

cherchée dans l'état du cœur. On ne l'emploiera que dans les cas où avec un œdème plus ou moins considérable existent des signes bien nets de dilatation cardiaque, pouls faible et mou. On se rappellera que la digitale déchlorure surtout le cardiaque, et la théobromine le brightique.

On prescrit la digitale à faibles doses : soit 20 à 50 centigrammes en macération, ou XXX à XL gouttes de teinture ou X gouttes de solution alcoolique de digitaline (pendant 4 à 5 jours).

Avant l'introduction de la théobromine, la caféine était considérée comme le meilleur diurétique rénal; elle est détrônée aujourd'hui par la *théobromine* qui n'exerce aucune influence sur le cœur (Cohnstein), mais qui par contre, en agissant directement sur l'épithélium rénal (Schröder), détermine une diurèse considérable. Chez un malade, soigné par nous avec le Professeur G. Sée, atteint de néphrite parenchymateuse avec œdèmes considérables, la théobromine déterminait en quelques heures une polyurie de 5 à 5 litres et le lendemain de l'administration du médicament il n'existait plus de traces d'œdèmes.

Si la caféine détermine fréquemment des vomissements, la théobromine n'est pas toujours bien tolérée. Elle peut également déterminer des nausées, des vomissements et surtout une céphalalgie pulsatile, en casque, des plus pénibles.

G. Sée prescrivait la théobromine à la dose de 5 à 5 grammes, mais ces doses sont souvent mal tolérées et il est préférable de prescrire seulement 1 à 2 grammes en cachets, par doses fractionnées de 0 gr. 50. L'addition de phosphate de soude à raison de 4 grammes pour 1 gramme de théobromine favorise la dissolution de celle-ci (Brissemoret).

Les recherches récentes de MM. Vidal et Javal ont montré que l'action favorable de la théobromine est liée à son action déchlorurante; les chlorures sont éliminés en grande quantité sous l'influence de la médication et les œdèmes disparaissent presque complètement.

La *théocine* à la dose de 1 gramme par jour amène également une déshydratation considérable avec hyperchlorurie.

« En somme, c'est le diurétique par excellence, la théobromine, qui, en rétablissant dans les reins le courant des chlorures, exonérera l'organisme du sel qui l'encombre et produira la polyurie libératrice » (Vidal et Javal, *Presse Médicale*, 7 oct. 1905).

Les *purgatifs*, très recommandés par Bright, sont surtout utiles dans l'urémie imminente, chez les malades atteints de néphrite interstitielle; ils seront de plus utiles, employés à intervalles espacés, pour aider à l'élimination des produits que le rein n'élimine qu'incomplètement, et notamment des chlorures.

On emploie de préférence les purgatifs salins, sels de soude ou de magnésie, la crème de tartre (12 à 15 grammes dans une infusion de séné), etc. Quant aux drastiques, ils doivent être réservés pour les cas où l'urémie vient d'éclater; on ne doit pas oublier, en effet, que les purgatifs violents sont susceptibles de déterminer une congestion réflexe du rein et des accidents aigus d'urémie.

L'indication des *sudorifiques* a été posée pour la première fois par Osborne qui considérait comme une nécessité absolue le rétablissement de la transpiration. Rosenstein considère la diaphorèse comme un excellent moyen de lutter contre les œdèmes, même lorsque l'urémie existe. Les expériences ont confirmé

l'utilité des sudorifiques; ainsi la sueur chez les brightiques présente une concentration plus élevée, due non à un excès de chlorures, mais à la présence de produits azotés d'excrétion (Strauss). La sueur contient en moyenne 10 à 20 pour 100 des substances éliminées par l'urine. Dans le but de provoquer les sueurs, on a prescrit la poudre de Dover, l'acétate d'ammoniaque, la pilocarpine et les bains chauds. Avec une injection de 1 centigramme de chlorhydrate de pilocarpine on peut obtenir des sueurs abondantes; mais on peut aussi provoquer des vomissements et même le collapsus chez les malades dont le cœur est altéré ou chez ceux qui sont atteints de bronchite; ce médicament est à rejeter d'une façon absolue. Quant aux *bains chauds* (à 40 degrés) préconisés par Bartels, Liebermeister, Ziemmsen, etc., ils sont réellement efficaces, lorsque les malades peuvent les supporter; la durée du bain doit être aussi longue que possible: on enveloppe les malades, après le bain, dans des couvertures chaudes et l'on provoque ainsi une sudation très abondante. Outre les bains chauds, on a prescrit les bains de vapeur ou d'étuve sèche; mais il faut bien savoir que les bains de vapeur, comme les bains chauds d'ailleurs, ne sont pas sans inconvénient; on a vu dans quelques cas l'urémie survenir brusquement à la suite de la résorption brusque de l'œdème.

Les *toniques*: *fer*, *arsenic*, ont été recommandés chez les malades anémiés. On a employé le tartrate de fer et de potasse, l'iodure de fer, le perchlorure de fer, le protoxalate de fer.

Les *amers* ont été donnés pour exciter l'appétit; quant à l'*oxygène*, il agit surtout comme agent antidyspeptique, bien qu'on ait vu parfois l'albumine disparaître à la suite de quelques inhalations. On fait inhaler chaque jour 25 à 30 litres d'oxygène, en deux fois.

Bien d'autres médicaments ont encore été employés dans le mal de Bright, d'une façon empirique. De ce nombre est la *fuchsine* qui a été proposée par Feltz et Ritter, puis par Bouchut, Dieulafoy, etc., à la dose de 50 centigrammes par jour, en deux cachets.

La *décapsulation du rein* a été proposée par Edebohls, comme un moyen de traitement des néphrites médicales; le chirurgien combine la décapsulation avec la néphropexie. Déjà le débridement de la capsule du rein et la néphrotomie superficielle avaient été pratiqués un certain nombre de fois pour remédier aux accidents douloureux produits par un rein congestionné, étranglé dans son enveloppe devenue trop étroite (Ledentu, Tiffany, Harrisson, etc...). Edebohls ne croit pas que la décapsulation agisse en tant que favorisant la décompression du rein; cette opération aurait surtout pour résultat de créer des anastomoses entre les vaisseaux de la couche corticale du rein dénudé et ceux de l'enveloppe cellulo-graisseuse, voies circulatoires plus larges et plus actives que les voies normales. Le résultat serait de favoriser la résorption des exsudats inflammatoires ainsi que la rénovation de l'épithélium. Quoi qu'il en soit de la théorie, quelques résultats favorables, mais toujours temporaires, ont été obtenus; bien qu'un nombre déjà respectable d'interventions aient été pratiquées (72 par Edebohls seul), il est difficile de se prononcer actuellement sur la valeur d'une opération qui a été pratiquée dans des cas très dissemblables, sur des malades dont les uns étaient à la période ultime, les autres, au contraire, tout au début du mal de Bright.