

200 grammes de salive ; mais ces injections sont très difficilement supportées par les malades ; aussi avec Rosenstein et Henoch nous en rejetons l'emploi. Nous avons vu trop souvent ce médicament ne produire aucun effet, et n'amener chez les malades que de mauvais résultats. Lorsque la pilocarpine produit des accidents tels que du collapsus, des vomissements pénibles, on devra en suspendre l'emploi tant que l'on n'aura pas observé un mieux sensible. Si le cœur est très fatigué ou s'il y a une complication pulmonaire, on devra d'une façon absolue rejeter ce remède qui entraîne si facilement le collapsus. Quant à croire que la pilocarpine guérisse des lésions rénales, comme certains médecins l'ont prétendu, c'est être dupe d'une étrange illusion.

Ce sont là les seuls moyens diaphorétiques que nous ayons à notre disposition pour combattre l'hydropisie et l'oligurie. (Comparer *traitement de l'urémie*).

Avant d'avoir recours à la dérivation par *voie intestinale*, il importe de bien examiner les forces de son malade. La *coliquinte* et le *jalap* paraissent être les médicaments de choix ; cependant les purgatifs salins et le séné nous ont paru donner des résultats presque aussi satisfaisants (1). Toute faiblesse du cœur doit être considérée comme une contre-indication à l'usage des drastiques.

(1) L'huile de croton donne aussi de bons résultats, une ou deux gouttes dans de la mie de pain. Le lavement des peintres est aussi d'un usage précieux. Nous verrons que la dérivation intestinale n'est pas toujours cependant un bon moyen de combattre l'hydropisie. Tant que le malade n'est pas sous le coup d'accidents urémiques graves il est préférable de s'adresser aux diurétiques vrais. Ce n'est pas tant les forces du malade que l'on doit prendre en considération que le fonctionnement du rein que l'on ne doit pas laisser dans l'inaction. D'ailleurs l'excrétion urinaire est bien supérieure à tous les autres émonctoires, même à l'intestin.

Les *diurétiques proprement dits* avaient déjà été mis en usage par Bright et Christison. On sait que la sécrétion urinaire peut dépendre de la pression sanguine (filtration à travers les glomérules) ou du fonctionnement des cellules épithéliales (sécrétion) ; or les diurétiques peuvent agir en augmentant la pression sanguine, ou en excitant les épithéliums rénaux (Munk), ou encore en modifiant les conditions de diffusibilité en ce sens que leur élimination par les reins augmente la quantité d'eau qui passe par ces organes. C'est donc surtout dans les néphrites accompagnées d'hydropisies que les diurétiques sont indiqués.

Certains auteurs (Ewald, Labadie-Lagrave) rejettent absolument l'emploi de tout diurétique *au début* de la néphrite ; mais il n'est nullement prouvé que leur élimination augmente l'hyperhémie rénale ou la crée dans des organes sains. Cantani prétend que leur emploi est illogique en ce sens qu'il favorise la stase veineuse, mais nous sommes complètement de l'avis de Leyden, Immermann, Gardner, Penzoldt, Thorn, Hagenbach et autres, et nous pensons que les diurétiques *salins* sont absolument inoffensifs, même lorsque la néphrite est en pleine évolution. Il va de soi que la scille et la teinture de cantharide pourraient avoir de graves inconvénients, mais il n'est pas de praticien à l'heure actuelle qui soit capable de commettre de pareilles fautes.

Gerhardt et Coignard ont fait avec raison remarquer que les urines alcalinisées détachaient et dissolvaient les exsudats qui obstruent en partie les canaux urinaires, et Cantani a vérifié l'exactitude de ce fait. Il y a déjà quelques années, que les études faites sur l'influence des sels de potasse sur les urémiques, nous avaient conduit à ne plus

employer que les *sels de soude* (1), dont les acides étaient soit de l'acide carbonique soit des acides végétaux ; pourtant nous ne nous sommes jamais aperçu, malgré les recherches les plus attentives, que les sels de potasse aient provoqué des lésions quelconques, ou amené des accidents urémiques.

Le sel de potasse de beaucoup le plus fidèle est sans contredit l'*acétate de potasse*. Quand tous les moyens diaphorétiques ont échoué, nous l'ordonnons à des doses considérables de 10,0 à 20,0 par jour. Malheureusement il n'est pas rare que ce médicament inspire une telle répugnance au malade qu'il entraîne quelquefois des vomissements, surtout chez les femmes, et comme Rosenstein le fait justement observer, ces accidents deviennent une contre-indication. Il est exceptionnel que ce médicament produise de la dyspepsie, il ne donne guère qu'une légère diarrhée, d'ailleurs peu dangereuse. Dans ces cas-là, on réduit la dose à la moitié ou au

(1) Le discrédit, dans lequel sont tombés les sels de potasse, est dû surtout aux expériences du professeur Bouchard qui les a rangés et classés au nombre des sept produits amenant des accidents urémiques déterminés. Cependant le professeur G. Sée et A. Robin ne considèrent pas la potasse comme une substance toxique dont on doit se défier. Bien plus la potasse est un élément histogénique nécessaire dont la soustraction et la déperdition constituent un facteur de gravité surtout dans les fièvres et dans certains traitements comme dans celui de la fièvre typhoïde par l'acide phénique. Son élimination semble donc être plutôt nuisible que sa rétention. Roger et Gaume cependant ont essayé de prouver que la gravité de la pneumonie était due à cette dernière cause. En effet, ils ont constaté dans les urines de pneumoniques, au moment de la défervescence, des décharges considérables de potasse. Pour A. Robin, il y aurait là une interprétation pas tout à fait exacte d'un examen chimique. Le procédé de dosage de Salkowski, au moyen de l'acide tartrique pour la recherche de la potasse et employé par ces auteurs, est d'un maniement délicat et dans la pneumonie, comme dans la scarlatine, la rougeole, il se fait des décharges d'acide hippurique et non de potasse.

quart, et on mélange le remède dans un sirop ou un julep que l'on n'administre qu'après les repas. L'effet est très rapide ; si le malade n'a pas été soulagé au bout de trois jours, il est inutile de continuer le traitement.

Toutes les fois que la compensation cardiaque est insuffisante, il est évident que le diurétique par excellence doit être la *digitale*. Mais lorsque l'on se trouve en présence d'une *glomérulo-néphrite*, c'est-à-dire en présence d'une oligurie qui tient à des lésions rénales, il est clair que la digitale, qui est un *tonique cardiaque*, reste sans effet. Enfin, quoi qu'en dise Rosenstein, nous ferons remarquer, sans revenir sur les modifications de la circulation sanguine intra-glomérulaire, que la faiblesse du cœur est bien plus souvent la cause *essentielle* de l'anurie et de l'hydropisie qu'on ne le croit communément et nous ne saurions trop engager les praticiens à essayer de se servir avec précaution de la digitale ; ce remède nous a donné à maintes reprises les meilleurs résultats.

Nous n'avons pas assez de documents pour donner notre opinion sur la valeur de la *Blatta orientalis* (Bogomolow) que l'on emploie souvent en Russie comme antihydro-pique.

Nous nous sommes déjà étendu suffisamment au chapitre de la stase rénale sur l'action de l'*adonis*, de la *caféine*, de la *convallarine*, du *strophantus* et du *calomel*. Nous ne pouvons que répéter ce que nous avons dit, et affirmer que la *teinture de strophantus* ne possède nullement les propriétés curatives sur les néphrites que Pins voulait lui attribuer ; enfin nous ne saurions trop recommander de ne pas se servir de calomel pour combattre l'hydropisie néphrétique. Nous ne connaissons pas de remède qui, employé aux doses aussi hautes que celles que l'on prescrit dans les néphrites, soit à la fois plus incertain et plus dangereux. Dans le gros rein blanc, il est

presque toujours inefficace, et dans d'autres cas, il abrège souvent les jours du malade.

Lorsque les différents procédés que nous avons indiqués ne réussissent pas séparément, on devra les combiner ; on a parfois de cette façon obtenu de bons résultats. Enfin si tous ces moyens médicaux échouent, il faut avoir recours aux moyens chirurgicaux, mais seulement quand on n'a obtenu que des échecs avec tous les agents thérapeutiques.

Les *ponctions* doivent être faites avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses ; elles n'amènent pas toujours la guérison, mais elles ont parfois donné des résultats absolument inattendus. Toutefois nous devons mentionner d'après nos observations personnelles que les brightiques hydro-piques et cardiaques ont une tendance toute particulière à suppurer, et leur sérosité se transforme facilement en foyers purulents. On n'est jamais sûr, même en opérant proprement, d'éviter de graves complications telles qu'un érysipèle ou la gangrène, et cela arrive surtout dans la clientèle privée. C'est pour cela que nous ne recourons à ces petites interventions qu'en dernier ressort, bien que Rosenstein ait voulu les remettre dernièrement en honneur.

Bock a proposé un procédé spécial contre l'hydropisie ; il procède à un *drainage capillaire*. Les piqûres se font avec une seringue de Pravaz armée d'un long tube de caoutchouc qui plonge dans un antiseptique. Ce procédé a l'inconvénient de ne donner qu'un résultat éphémère et d'exposer à l'infection.

La canule de Klaat sch se prête encore à cette opération ; elle doit être dorée pour éviter l'oxydation.

Pour aspirer les liquides, nous nous sommes encore servi avec succès d'une canule dorée de gros calibre (1-2 mill.) et d'une longueur de 8 centimètres environ ; cette canule garnie d'un manche en caoutchouc durci est recourbée et porte à son

extrémité des ouvertures latérales comme des drains employés en chirurgie ; on l'enfonce jusqu'au manche et on la change tous les deux jours.

Southey et Soulier ont présenté ces derniers temps une série d'instruments à ces usages, mais ce dernier semble être quelque peu optimiste lorsqu'il prétend que tout processus inflammatoire est écarté avec son système.

Avec Traube nous considérons comme bien moins dangereux, et en même temps comme beaucoup plus pratique de remplacer ces ponctions par des *scarifications* ; nous préférons les incisions *profondes et longues*, et faites en *petit nombre à la fois* (au nombre de 6 environ) en ayant soin de placer sous le malade une couverture de tourbe. On peut répéter ces scarifications plusieurs fois par jour, à la condition d'opérer toujours selon les règles de l'antiseptie. Ces scarifications procurent un soulagement considérable en soustrayant aux tissus infiltrés quelquefois plusieurs livres en un jour. La petite saignée locale qui accompagne les scarifications est absolument insignifiante. Nous avons répété ce traitement jusqu'à cinq fois dans l'espace d'un mois, et jamais notre malade n'a présenté la moindre réaction inflammatoire, locale ni générale. Straube avait proposé un drainage avec aspiration des liquides ; nous jugeons ces précautions inutiles. Si la peau éclate *spontanément*, les précautions antiseptiques à prendre seront encore bien plus minutieuses.

Lorsque le malade a de l'*ascite* nous conseillons avec Ewald, Jessner et Bettelheim de ne pas ponctionner trop tôt ; d'abord, afin de ne pas priver le malade trop rapidement d'une grande quantité d'albumine, et ensuite parce que toutes les fois que la peau de la paroi abdominale est œdématiée, elle est beaucoup moins bien irriguée et la blessure faite par la ponction ne se referme que difficilement.

Tacke recommande de ponctionner avec *un gros trocart* afin de favoriser le passage du liquide ascitique dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans la fosse iliaque où il l'a vu se résorber ; mais nous ne conseillons pas de l'imiter.

Nous avons essayé plusieurs fois du drainage permanent que Caillé avait mis en usage, mais il est bien difficile de panser plusieurs fois par jour le malade en maintenant continuellement la canule au contact des liquides antiseptiques. De plus, dès que la plus grande partie du liquide s'est écoulée, le fin trocart se bouche facilement. Enfin il faut éviter d'employer de grosses canules afin de ne pas faire de larges plaies.

4. URÉMIE. — Il n'existe peut-être pas d'affection de l'importance de l'urémie dont la thérapeutique soit plus discutée. L'un prétend avoir obtenu d'excellents résultats avec des *narcotiques*, le second au moyen d'*excitations* et de *diurétiques* ; le troisième attribue des guérisons aux *laxatifs*, un quatrième à des injections de *pilocarpine*, enfin les sudations et les saignées ont été considérées comme des moyens excellents, « et ce qu'il y a de plus singulier, c'est que les auteurs qui se vantaient d'avoir obtenu de si brillants résultats avec leur traitement décriaient toutes les autres méthodes thérapeutiques.

Suivant nous, on ne doit pas s'étonner de la variété des opinions. Elle provient d'une part de ce que dans une série de ses formes l'urémie guérit spontanément, et que la guérison que l'on a attribuée au traitement n'est alors qu'une simple coïncidence, et d'autre part de ce que beaucoup de médecins, découragés par quelques échecs qui se sont produits malgré l'emploi d'une bonne thérapeutique, ont le tort de condamner sans appel les moyens qu'ils ont employés ; enfin il ne faut pas oublier, et c'est peut-être à cette cause que tiennent surtout ces discussions, que l'ensemble des symptômes que nous

groupons sous le nom d'urémie sont loin de reconnaître toujours *la même pathogénie*.

Nous avouons que le grand nombre d'études qui ont été faites à ce sujet dans ces dernières années, ainsi que la multiplicité des opinions qui ont été émises, ont singulièrement modifié les idées que nous avons développées il y a 5 ans dans la première édition de cet ouvrage. Malheureusement nos opinions actuelles sont plutôt négatives que positives. Nous avons appris que l'urémie était une affection de nature toute particulière qui suit son cours sans être entravée le moins du monde par les efforts que nous faisons, et qui emporte nos malades malgré la thérapeutique la plus rationnelle, alors qu'elle guérit chez des individus soumis à un traitement absolument dénué de bon sens (1). Cependant nous devons avouer

(1) Le professeur Bouchard est arrivé cependant, après avoir fait une étude raisonnée de la pathogénie de l'urémie, à formuler des règles thérapeutiques rationnelles de cette grave complication des néphrites. Avant de les aborder le professeur Bouchard a traité la question de la suppléance possible du rein par d'autres organes éliminateurs. Cette suppléance a été recherchée du côté de la peau et du poumon. Ainsi les bains d'air chaud et sec ont été proposés dans le but d'introduire à chaque inspiration une certaine quantité d'air sec qui, ressortant pendant l'expiration chargé d'humidité, soustrait ainsi de l'eau à l'organisme. Cette suppléance a été cherchée aussi du côté de la peau en activant la sécrétion sudorale soit par l'administration de bains de vapeur, soit par la pilocarpine. Dans tous ces cas, dit-il, on décharge le sang de quelque chose mais non malheureusement de ce qui est toxique. On enlève l'eau surtout. L'urine est diminuée de quantité et ce résultat n'est certes pas avantageux au malade dont les urines sont déjà diminuées de quantité et de densité. Il est plus logique de provoquer, comme certains médecins le faisaient d'ailleurs, et d'augmenter la sécrétion urinaire par les révulsifs ou de stimuler le système nerveux en irritant ses réflexes cutanés afin d'obtenir une accélération de la circulation rénale et par suite une suractivité sécrétoire du rein. Par la digitale on peut arriver au même but, mais dans ce cas on s'adresse au système nerveux central. Quand on manie ce médicament il faut