

XXX. — NÉPHROSLÉROSE

- I. EXPOSÉ CLINIQUE : Dyspnée toxi-alimentaire; insomnie d'origine dyspnéique; tachycardie toxique; hypertension artérielle; aortite avec ou sans artérite généralisée.
- II. NÉPHROSLÉROSE ET DEUX HYPERTENSIONS. — Hypertension aortique par artériosclérose; hypertension pulmonaire par dyspepsie. — Rétrécissement mitral des artérioscléreux.
- III. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES; TRAITEMENT.
- IV. INFLUENCE AGGRAVANTE DES VOYAGES.

I. — Exposé clinique.

L'histoire clinique de cette femme est des plus intéressantes.

Agée de cinquante-deux ans, elle vint nous trouver dans notre service il y a quelques mois. L'examen de la malade à ce moment nous révéla une arthritique avérée, ayant souffert de vagues douleurs rhumatismales à plusieurs reprises; elle nous apprit, en outre, qu'il y a une dizaine d'années elle eut quelques crises de coliques néphrétiques. Elle se plaint actuellement de dyspnée et de palpitations, et c'est pour cela qu'elle vient aujourd'hui nous consulter.

Les urines ne sont pas albumineuses, le pouls marque 136 pulsations; il est serré, concentré, cordé. A l'auscultation du cœur, pas de bruit de galop, mais par contre, tachycardie très marquée, laquelle est souvent le phénomène précurseur du bruit de galop. En effet, quelques mois après, la malade revenait dans notre service; on constatait à ce moment un galop cardiaque très manifeste. On la soumit au régime lacté, et chaque jour, matin et soir, elle prit un cachet de *théobromine* à 50 centigrammes.

Examinons-la et voyons son état actuel.

Elle présente de l'élévation des sous-clavières, de l'hyper-

tension artérielle, et elle se plaint de douleurs angineuses. A l'auscultation, on perçoit un retentissement diastolique clangoreux à droite du sternum, signe indéniable de dilatation cylindroïde de l'aorte avec aortite chronique et hypertension.

Dyspnée toxi-alimentaire; insomnie d'origine dyspnéique. — L'oppression, quoique moins forte, persiste encore. N'est-ce pas là ce que l'on a appelé « asthme cardiaque », ou « asthme aortique »? Mais, je vous demande ce que veulent dire ces mots, ce qu'ils indiquent au point de vue de la pathogénie et des indications thérapeutiques: rien, absolument rien. Il y a *des dyspnées chez les cardiaques, chez les aortiques*, et pour les traiter sûrement, il faut en connaître la cause, le mode de production. Or, celle-ci évoluant chez une aortique est d'origine rénale; elle est due à un commencement d'insuffisance du rein, quoique cet organe paraisse fonctionner régulièrement, quoique les urines assez abondantes ne renferment encore aucune trace d'albumine. Cela est tellement vrai, que l'on peut faire disparaître complètement la dyspnée en soumettant la malade au régime lacté absolu. Si, au contraire, elle se nourrit de viande, d'ici peu de jours la dyspnée réapparaîtra forte, intense; la malade se plaindra de ne pouvoir dormir parce qu'elle ne pourra pas librement respirer (*insomnie d'origine dyspnéique*), et nous aurons ainsi engendré une véritable *dyspnée expérimentale alimentaire* par alimentation carnée. Cette dyspnée s'accuse par l'effort, elle est donc paroxystique; de plus, elle présente parfois des exacerbations nocturnes.

Tachycardie toxique. — J'ai dit que la malade avait présenté de la tachycardie. L'administration de la digitale semblait donc s'imposer pour ralentir le cœur. Mais toutes les tachycardies ne sont pas justiciables de la digitale, car toutes n'ont pas une origine cardiaque. Dans le cas présent,

nous avons affaire à une tachycardie *d'origine toxique*; la digitale ne ferait donc qu'ajouter une intoxication à une autre, elle augmenterait la tachycardie au lieu de la diminuer. Ici encore, le régime lacté fera disparaître dyspnée et tachycardie, parce qu'elles ont une commune origine.

Le pouls présente des caractères particuliers : véritable pouls de la néphrosclérose, il est concentré, serré, *corde*, et petit, en apparence. C'est la néphrite interstitielle, qui, de toutes les affections, élève le plus la tension artérielle, et quoique le pouls dans cette maladie paraisse faible, la tension artérielle doit être forte, comme nous l'apprend le sphygmomanomètre, qui marque le chiffre de 24 au lieu de 16 ou 17. Ce pouls diffère nettement du pouls vibrant et à hautes oscillations de l'insuffisance aortique : il nous montre aussi que si la lésion est à l'aorte, la maladie est dans tout l'arbre artériel.

L'aortite palustre est plus limitée ; la lésion se cantonne sur l'aorte où elle est disséminée sous forme de plaques, laissant entre elles des intervalles où l'endartère est presque normal. Nous en avons un exemple salle Chauffard. Ce malade atteint d'aortite palustre n'a jamais présenté de phénomènes dyspnéiques, puisque la lésion aortique constitue ici toute la maladie. Au double point de vue clinique et thérapeutique, il y a donc lieu de faire une distinction entre l'aortite *avec* ou *sans* artérite généralisée.

II. — Néphrosclérose et deux hypertensions.

Si nous continuons à interroger notre malade, nous apprenons qu'elle digère mal son lait, qu'elle a été obligée de le cesser momentanément ; elle se plaint en outre de violentes *palpitations nocturnes*. Cette révélation a son importance au point de vue du traitement, et il est utile à ce sujet de rapporter brièvement l'observation d'un autre malade.

Hypertension aortique par artériosclérose ; hypertension pulmonaire par dyspepsie. — Je vis le malade pour la première fois il y a trois ans. Agé de cinquante-sept ans, il présentait alors des symptômes cardiaques très nets : palpitations, dyspnée, surtout retentissement diastolique à droite du sternum, ce qui est l'indice d'une augmentation de la tension sanguine dans le système aortique. Une année plus tard, on percevait un double retentissement, à droite et à gauche du sternum, avec exagération de tonalité des bruits du cœur ; le deuxième bruit surtout frappait l'oreille fortement. Cet état cardio-aortique s'accompagnait d'une dyspepsie très prononcée.

Je le revis, il y a quinze jours, et à l'auscultation je trouvai cette fois que le retentissement diastolique était plus fort à gauche du sternum, ce qui est un indice d'une augmentation de la tension sanguine dans le système de la petite circulation. Mais, mon ancien interne, le Dr Weber, qui l'avait examiné un matin, avait trouvé ce retentissement diastolique plus marqué à droite.

Qu'est-ce à dire ?

J'avais examiné le malade après son repas ; mon interne l'avait vu à jeun, alors que l'hypertension aortique, due à la sclérose artérielle, était prédominante. Après le repas, chez ce dyspeptique, survenaient des troubles digestifs, surtout le soir, caractérisés du côté de l'appareil cardio-pulmonaire par de violentes palpitations, un véritable affolement du cœur avec intermittences et faux pas, par une sensation d'oppression très intense, par des menaces de syncope, tous accidents créés en grande partie par l'*hypertension pulmonaire*. On pouvait croire à l'existence d'une cardiopathie grave, et cependant il n'y avait aucune trace d'affection valvulaire : pas de souffle orificiel, rien à l'aorte ni à la mitrale, pas de bruit de galop, mais seulement quelques signes d'une artériosclérose généralisée et commençante chez un malade manifestement dyspeptique. Nous avons voulu nous assurer de l'état de son chimisme stomacal.

Cet examen nous a permis de constater une hyperchlorhydrie manifeste :

$$(H + C) = 241 \text{ au lieu de } 214;$$

$$\text{Coefficient } \frac{T}{F} = 4,49 \text{ au lieu de } 3.$$

Que survenait-il chez ce malade artérioscléreux, en même temps atteint de dyspepsie hyperpeptique ?

Sous l'influence du travail digestif, le cœur avait à lutter doublement contre deux obstacles : le cœur gauche contre l'*hypertension et la vaso-constriction artérielle* dues à l'artériosclérose, le cœur droit contre l'*hypertension et la vaso-constriction pulmonaire* produites incidemment par les troubles profonds de la digestion stomacale.

Il est une maladie qui aboutit encore à ce résultat, je veux dire aux deux hypertensions : c'est le *rétrécissement mitral des artérioscléreux* que j'ai décrit pour la première fois au Congrès de médecine interne de Lyon en 1894 (1), et dont il est utile de rappeler les caractères cliniques avec ses conséquences thérapeutiques.

Cette maladie hybride est faite de contrastes. Hypertension pulmonaire due au rétrécissement mitral lui-même, et davantage encore, lorsque cette maladie est compliquée d'un état dyspeptique, ce qui est assez fréquent, hypertension aortique par artériosclérose généralisée. Dilatation et hypertrophie du cœur droit due à la première hypertension ; dilatation et hypertrophie du cœur gauche due à la seconde.

Ces deux affections combinées — la sténose auriculo-ventriculaire et la sténose artérielle — paraissent s'exclure et jouer le rôle d'antagonistes ; mais il ne faut pas croire que des effets contraires puissent toujours aboutir en clinique à des effets compensateurs. Loin de là, ces

(1) *Journal des Praticiens*, 1894-95.

deux maladies s'associent pour s'aggraver, non pour s'atténuer ; et dans le rétrécissement mitral des artérioscléreux, l'atténuation des signes physiques s'accompagne de l'aggravation des signes fonctionnels. Ainsi, le rétrécissement mitral pur est une maladie *dyspnéisante*, et la dyspnée est d'origine *mécanique*, puisqu'elle résulte en grande partie d'obstacles circulatoires dans le poumon. Par elle-même, la sclérose cardio-rénale est également une maladie dyspnéisante, et la dyspnée est d'essence *toxique* ou ptomainique, c'est-à-dire d'origine rénale. Dans le rétrécissement mitral artérioscléreux, ces deux dyspnées s'ajoutent, s'aggravent ; elles jettent le malade dans une anxiété respiratoire profonde. Elles sont la source d'indications thérapeutiques sur lesquelles je n'ai plus à revenir.

En tous cas, ces faits démontrent, une fois de plus, que la médication symptomatique visant toujours l'organe où se produisent les accidents doit être souvent abandonnée ; et quand on constate des palpitations, de la tachycardie ou de l'arythmie, il ne faut pas toujours s'adresser au cœur et aux médicaments cardiaques pour les combattre, mais souvent à l'estomac. Quand un malade est atteint de dyspnée, il ne faut pas toujours viser les organes respiratoires, mais le rein. Enfin, la *notion des deux hypertensions, pulmonaire et aortique*, devient très importante au point de vue thérapeutique ; elle permet de comprendre la violence de certains accidents cardio-pulmonaires avec les indications thérapeutiques qu'ils comportent.

III. — Indications thérapeutiques ; traitement.

Les résultats de cette lutte, vous les voyez dans les palpitations, souvent très intenses, *survenant une heure ou deux après le repas et pendant la nuit*, dans cet affolement du cœur, dans cet état de dyspnée si accusée. Si vous faites simplement la thérapeutique des symptômes, vous en arriverez fatalement à prescrire la digitale pour calmer le cœur,

peut-être la morphine en injections hypodermiques pour diminuer l'angoisse respiratoire. Alors, vous ne calmez rien, et votre médication n'aura qu'un résultat, celui d'exaspérer les accidents. Mais, remontez à leur cause, élevez-vous jusqu'à leur pathogénie. *Soignez l'estomac*, et dans ce but prescrivez le *laitage* et des *alcalins* à haute dose, avec l'alimentation spéciale aux hyperchlorhydriques. *Soignez le système artériel*, et dans ce but ne prescrivez pas d'une façon banale la médication iodurée plus ou moins offensive pour les fonctions gastriques; contentez-vous de prescrire la *trinitrine* à la dose de 6 à 12 gouttes par jour en trois ou quatre fois, pour abaisser la tension artérielle. Surtout, *pas de digitale*.

Ainsi, par une médication vraiment pathogénique, vous arriverez à vaincre, d'une part l'hypertension pulmonaire, d'autre part l'hypertension aortique, et tous ces symptômes, en apparence si graves, finiront par disparaître.

N'oubliez pas que, chez les hyperchlorhydriques, le lait, qui agit déjà comme alcalin, *ne doit pas être prescrit à doses massives, mais à doses fractionnées*. Les hyperchlorhydriques, et le nôtre en particulier, digèrent trop rapidement; il en résulte, pour le lait pris en grande quantité à la fois, la formation d'un gros coagulum qui, incomplètement digéré dans ses parties centrales, agira presque à l'instar d'un corps étranger, et augmentera encore les accidents dyspeptiques. C'est pour cela qu'il faut recommander aux malades de prendre le lait par gorgées en mangeant, par quantités petites et répétées dans l'intervalle des repas.

En un mot, de ce qu'un malade se plaint de son cœur, il ne faut pas en conclure que le cœur seul est à traiter. Celui-ci pousse souvent, par les palpitations, par l'arythmie et les syncopes, le cri de la souffrance; mais la souffrance a parfois son siège dans un organe voisin ou éloigné, souvent dans l'estomac, l'organe réflexogène par excellence.

Quand les malades supportent mal le lait, je leur prescris après chaque tasse, un de ces cachets :

Benzonaphtol	15 grammes.
Charbon.....	10 —
Pancréatine.....	5 —

Pour 40 ou 50 cachets.

En résumé, lorsque vous verrez survenir des troubles cardiopulmonaires chez les artérioscléreux, ne les mettez pas toujours entièrement sur le compte de la maladie artérielle ou aortique, mais cherchez du côté de l'estomac, et si vous constatez *à la fois* de l'hypertension aortique et de l'hypertension pulmonaire, dites-vous bien que là est le nœud du problème thérapeutique à résoudre, et agissez en conséquence.

IV. — Influence aggravante des voyages.

Depuis nombre d'années, je me suis élevé avec force contre les voyages en voiture ou en chemin de fer dans tous les cas d'albuminurie, de néphrite parenchymateuse, et surtout de néphrite interstitielle.

A ce sujet, n'oublions pas l'incident de la maladie de l'empereur de Russie, Alexandre III, atteint de néphrite conjonctive. Il partit de la Pologne à Livadia en Crimée (plusieurs jours et nuits en chemin de fer). Or, quelques jours après la fin de son long voyage, il fut pris d'accidents urémiques très graves, que nous avions prévus, auxquels il succomba rapidement, accidents déjà préparés par des symptômes indéniables d'insuffisance urinaire.

L'interprétation des faits auxquels je fais allusion n'était pas alors très connue, quoique j'eusse depuis quelques années attiré l'attention sur les dangers des longs voyages dans les cardiopathies et néphrites artérielles. Par conséquent, il n'entre dans l'observation d'aujourd'hui aucune pensée de désapprobation dans la conduite thérapeutique alors suivie. J'ai vu une douzaine de faits semblables.

Un malade atteint de néphrite interstitielle part, contre

mon gré, pour une station hydro-minérale très éloignée de l'étranger. En arrivant, il est pris d'accidents urémiques très graves auxquels il succombe.

Un autre malade, chez lequel l'insuffisance urinaire s'était traduite par des accidents légers en apparence, entreprend un long voyage, de Paris à Naples, et en route il succombe à une urémie presque foudroyante.

La cause de ces accidents est facile à comprendre. Vous n'avez pas été sans remarquer les phénomènes d'excitation dont l'appareil génito-urinaire est presque normalement le siège chez beaucoup de sujets, soit au cours ou à la suite des voyages en chemin de fer. La cause doit en être rapportée à la trépidation du wagon, qui produit dans ces organes une congestion rapide et parfois intense. Chez les malades atteints de cardiopathie artérielle, dans laquelle l'insuffisance urinaire est la règle, et surtout chez ceux qui présentent des néphrites interstitielles, cette congestion du rein transforme une imperméabilité rénale incomplète en une imperméabilité complète, d'où phénomènes urémiques qui amènent parfois des accidents rapidement mortels.

Il résulte de ces faits, que dans tous les cas où l'on se propose d'envoyer aux stations hydro-minérales des malades atteints de néphrite interstitielle ou parenchymateuse avec symptômes, même légers, d'insuffisance urinaire, il faut au préalable les soumettre au régime lacté absolu, pour leur permettre d'accomplir leur voyage dans les conditions les plus favorables et réduire au minimum les menaces de l'intoxication urémique.

XXXI. — LES URÉMIES ET LEUR TRAITEMENT

- I. HYPOCHLORURIE ET ACHLORURIE. — Pronostic. Médication chlorurée intensive.
- II. URÉMIES ASSOCIÉES. — Associations microbiennes. — Urémie gravidique.
- III. URÉMIE EXOGÈNE DANS LA SCLÉROSE CARDIO-RÉNALE. — Encore la dyspnée toxi-alimentaire; importance du régime alimentaire.
- IV. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — 1° Régime alimentaire. — 2° Les trois lavages: *a.* lavages de l'estomac; *b.* lavages des intestins; *c.* lavages du sang.
- V. URÉMIE ENDOGÈNE. — Auto-intoxication multiple.
- VI. INTOXICATIONS ALIMENTAIRES AIGUES. — Pseudo-asthme d'origine alimentaire. Asthme « nerveux » d'origine alimentaire.

Lorsqu'il a été démontré que l'urémie est un empoisonnement multiple et complexe, on a eu certainement en vue l'urémie constituée, l'urémie en quelque sorte ultime, dont on a fait la synthèse. Il est utile d'en faire maintenant l'analyse et de procéder au démembrement clinique des urémies. Du reste, cette œuvre a déjà été commencée, au moins au point de vue chimique, puisqu'on est parvenu à isoler sept ou huit substances toxiques ayant des propriétés diverses: convulsive, comateuse, dyspnéique, arthralgique, hypo ou hyperthermique, sialogène, myotique.

I. — Hypochlorurie et achlorurie.

Dans l'examen des urines au cours de différentes maladies, on se préoccupe beaucoup, et avec juste raison, de la présence d'éléments anormaux, tels que le sucre, l'albumine, la bile, l'urobiline, l'indican, etc., des modifications dans la quantité de l'urée, de l'acide urique, des phosphates. Mais on a eu tort de ne pas tenir un compte suffisant des *chlorures*, et dans certains cas déterminés, l'*hypochlorurie*, surtout