
VINGT-NEUVIÈME LEÇON

DE L'URÉMIE

(FIN)

Diagnostic de l'urémie. — Principe et moyens du diagnostic. — Conditions dans lesquelles se présente le diagnostic pratique. — Signes fournis par les antécédents. — Signes fournis par l'urine. — Difficultés et sources d'erreurs. — Observations.

Pronostic et traitement.

Des conditions pathogéniques de l'urémie ou encéphalopathie urinaire. — Exposé et discussion des théories. — De l'urémie par insuffisance rénale. — De l'urémie par insuffisance de l'excrétion. — Conclusion.

MESSIEURS,

Le diagnostic de l'urémie repose tout entier sur le principe suivant : pour reconnaître l'urémie, le médecin ne doit pas compter sur les caractères des symptômes nerveux eux-mêmes, il doit se fonder exclusivement sur les phénomènes qui précèdent ou accompagnent les désordres de l'innervation. Ce principe, qui implique la nécessité de l'examen de l'urine dans chaque cas particulier, contient en lui toute la méthode du jugement. Pour l'appliquer utilement, il faut avant tout être renseigné sur les conditions diverses au milieu desquelles se présente au clinicien l'obligation de ce diagnostic; or, les trois catégories que voici me paraissent épuiser toutes les éven-

tualités de la pratique. L'encéphalopathie apparaît chez un malade que l'on sait atteint de néphrite catarrhale ou parenchymateuse, et plus généralement d'albuminurie avec lésion des reins; ici le diagnostic est fourni d'emblée par la simple notion de la maladie rénale antérieure. — Dans un second groupe de cas, l'encéphalopathie éclate chez un individu que l'on ne sait pas être albuminurique, mais qui se trouve dans des conditions favorables au développement de l'albuminurie et conséquemment de l'urémie; les scarlatineux, les femmes en couches, les alcooliques, les malades affectés de cachexie palustre, cancéreuse ou tuberculeuse, appartiennent à cette catégorie; au moindre signe d'accidents cérébraux, le médecin éclairé par la connaissance des conditions pathologiques antécédentes examine l'urine, et le diagnostic est encore révélé par ces notions extrinsèques. — Le troisième groupe comprend les cas dans lesquels le médecin doit se prononcer sur un malade inconnu en état d'urémie; on peut alors être privé de tout renseignement utile, et le diagnostic repose en entier sur la constatation des caractères de l'urine.

Telles sont les conditions réelles du diagnostic pratique; les moyens de jugement sont au nombre de deux : les circonstances pathologiques antérieures, et l'état de la sécrétion urinaire. La première notion ne pouvant en aucun cas dispenser de la seconde, vous voyez que chacun de ces moyens a un rôle distinct dans l'appréciation clinique : le premier éveille l'attention et montre la possibilité de l'urémie, le second révèle l'absence ou la présence de l'état morbide que l'autre a fait soupçonner.

Trois états de l'uropœse peuvent être observés qui

permettent également de conclure par l'affirmative : la sécrétion peut être supprimée ; le cathétérisme, répété à plusieurs heures d'intervalle, trouve la vessie vide ; il y a anurie persistante. Rare dans les néphrites et les lésions diverses du mal de Bright, ce phénomène appartient surtout à l'hydronéphrose, à la dégénérescence kystique des reins (je vous en ai cité un exemple), et à l'occlusion des uretères ; la valeur diagnostique en est absolue. Une réserve doit cependant être faite pour l'empoisonnement par la belladone ; la suppression de l'urine est au nombre des accidents possibles de cet empoisonnement, et l'on ne peut se guider alors que par les commémoratifs, puis par la prédominance et la forme spéciale du délire ; somme toute, l'erreur est facile, et Richardson rapportait, il n'y a pas longtemps encore, deux cas dans lesquels elle a été commise. On fit le diagnostic urémie, c'était une intoxication atropique. — Dans la majorité des cas, l'urine est albumineuse, mais ce fait n'est pas démonstratif à lui seul. Ce qui prépare l'urémie, je vous l'ai dit à satiété, c'est l'insuffisance de la dépuraction urinaire, laquelle est liée, non point à la présence ou à l'absence de l'albumine, mais aux lésions glandulaires des reins ; il faut donc que l'urine renferme, outre l'albumine, les éléments morphologiques qui révèlent ces lésions ; en l'absence de ceux-ci, il n'est permis de conclure qu'après que le densimètre ou une analyse complète a révélé une diminution notable des matériaux azotés urinaires. Les indications si commodément fournies par la pesanteur spécifique ont ici une valeur de premier ordre ; la densité de l'urine normale oscille dans des limites très-étendues, c'est vrai ; mais, en lui assignant pour minimum 1020, on est certainement à

l'abri de toute erreur. Lors donc que chez un individu atteint d'encéphalopathie, on trouve une urine pesant 1014, 1012 ou moins encore, on peut affirmer l'insuffisance de l'europoèse et l'urémie. Une seule réserve doit être exprimée, je vous l'ai déjà signalée en étudiant les effets de la dégénérescence amyloïde ; si le chiffre aréométrique est d'un ou deux degrés seulement inférieur à la moyenne normale, la conclusion ne peut plus être aussi rigoureuse, parce que cette diminution légère peut résulter d'une formation insuffisante, et non d'une élimination incomplète des produits azotés. — Dans d'autres cas enfin, l'urine n'est pas albumineuse ; mais, par ses éléments microscopiques, par sa densité, par sa composition chimique, elle dénote le désordre de la dépuraction urinaire ; sa signification au point de vue du diagnostic de l'urémie est aussi précise que lorsqu'elle contient de l'albumine, ne l'oubliez pas, je vous le recommande encore.

Dans l'urémie du mal de Bright chronique, la quantité de l'urine est variable ; elle peut être au-dessous, elle peut être au-dessus de la normale ; mais la densité, toujours faible, est comprise entre 1008 et 1015 ; l'acide urique et les chlorures sont diminués, et l'urée tombe à un chiffre qu'on ne retrouve dans aucune autre condition. La moyenne de Frerichs est, pour vingt-quatre heures, de grammes 6,47 ; celle de Rosenstein est de 7,26 ; Schottin donne 6,75 ; le malade de Parkes en rendait 8,23 : nous voilà bien loin du chiffre physiologique de 30 à 32 grammes. L'acidité de cette urine est aussi très-affaiblie. Ces caractères chimiques sont ceux que l'on constate dans le plus grand nombre des cas, mais des phénomènes différents peuvent être observés, notamment

dans l'urémie du mal de Bright aigu. Nous reviendrons bientôt sur ce point en discutant les théories urémiques, je vous ferai seulement remarquer ici que cette inconstance des caractères chimiques, quelque rare qu'elle soit, montre la nécessité de l'examen microscopique du liquide pour tous les cas sans exception; de plus, si l'analyse chimique est bornée au dosage de l'urée et de l'acide urique, elle est dans l'espèce sans valeur suffisante : la créatine, la créatinine, tous les matériaux azotés englobés sous le nom de *matières extractives* doivent aussi être dosés, vu que, pour la dépuration organique, leur élimination n'est pas moins importante que celle de l'urée et de l'acide urique.

D'après un grand nombre d'observateurs, un autre symptôme devrait être pris en considération pour le diagnostic, c'est l'hydropisie. Lorsqu'elle présente les caractères de l'hydropisie rénale, elle peut, en effet, aider le jugement, dans ce sens qu'elle éveille l'attention sur la possibilité d'une maladie de Bright, mais l'urémie peut éclater chez des individus qui n'ont pas vestige d'hydropisie; c'est ce qui a eu lieu chez notre tuberculeux du n° 14 : c'était le cas aussi chez cette femme à la néphrite granuleuse, qui m'a présenté la forme articulaire de l'urémie; d'un autre côté, quand l'encéphalopathie se développe à la suite de lésions rénales autres que celle du mal de Bright, il n'y a pas de raison pour qu'il y ait de l'hydropisie, et, si l'on attendait ce phénomène pour songer à l'urémie, on se tromperait constamment. Je vous ai parlé d'une femme qui a succombé à une urémie de forme tétanique, suite de dégénérescence kystique totale des deux reins : cette malade n'avait pas d'œdème. En présence de ces faits, la conclusion la plus sage est cer-

tainement celle-ci : l'hydropisie n'a qu'une valeur accessoire comme élément diagnostique de l'urémie. Notons en passant que chez les individus qui sont pris d'urémie étant hydropiques, il n'existe aucun rapport constant entre l'apparition de l'encéphalopathie et la modification en plus ou en moins de l'hydropisie. D'autres phénomènes peuvent être rappelés, mais ils sont plus incertains encore, en raison de leur inconstance : ce sont les troubles de la vue survenant subitement, les symptômes gastro-intestinaux et l'expiration ammoniacale. L'absence de cette dernière ne prouve absolument rien ni pour ni contre; lorsqu'elle est persistante, et qu'on a pris soin d'ailleurs de se mettre à l'abri de toutes les causes d'erreur que je vous ai signalées, elle devient un signe positif d'urémie.

Je vous ai répété avec insistance que les phénomènes nerveux de l'urémie ne présentent aucun caractère distinctif, parce que je voulais vous montrer avant tout l'importance prépondérante des autres sources de signes; mais il est deux particularités qui méritent positivement d'être mises en lumière : c'est l'absence de toute paralysie motrice et l'absence de fièvre. L'apyrexie est la règle, à moins que l'on ait affaire à un concours insolite de circonstances, comme chez cette malade dont je vous ai parlé, et dont l'urémie était compliquée de péricardite aiguë. Ces deux caractères négatifs, l'absence de paralysie motrice et l'absence de fièvre, dégagent le diagnostic différentiel en éliminant d'emblée un grand nombre de maladies qui pourraient l'embarrasser sérieusement : ce sont, entre autres, les méningites, les encéphalopathies des fièvres graves, et les maladies cérébrales à lésions cir-

conscrites. Quant aux névroses et aux accidents nerveux produits par certains poisons, c'est uniquement, je vous le dis encore, la connaissance des antécédents et des caractères de l'urine qui peut éclairer le jugement. L'urémie éclamptique, par exemple, se distingue de l'épilepsie par quelques traits que j'ai eu soin de vous indiquer; mais ce sont là des nuances incertaines souvent, et insuffisantes toujours pour un diagnostic différentiel. L'état de l'urine, au contraire, ne saurait tromper; rien n'est plus rare que l'albuminurie dans l'épilepsie: lorsqu'elle existe par hasard, je l'ai observée une fois, elle est tout à fait passagère; elle se montre durant quelques heures à la fin de l'accès, puis elle disparaît. C'est un phénomène accidentel résultant, vraisemblablement, de la gêne circulatoire qui a lieu pendant la période tétanique du paroxysme; si, d'ailleurs, il reste quelques doutes, l'examen microscopique de l'urine les fera bientôt disparaître.

L'éclampsie puerpérale a deux origines: tantôt elle tient à l'urémie, tantôt elle résulte de l'excitabilité anormale de l'axe spinal, c'est une éclampsie réflexe; eh bien! entre ces deux formes si profondément dissemblables, toute distinction est impossible si l'on n'a égard qu'aux symptômes éclamptiques eux-mêmes; la connaissance des antécédents individuels est même stérile, puisque, se résumant dans le fait de la grossesse et de l'accouchement, ils sont identiques dans les deux cas; l'examen de l'urine seul peut trancher la question; albumineuse, modifiée dans ses caractères physiques, chimiques et microscopiques, s'il s'agit d'éclampsie urémique, elle est normale dans l'éclampsie réflexe.

La situation n'est pas différente dans l'éclampsie infantile, et je puis vous citer un fait qui vous montrera que les notions anamnestiques, si importantes d'ordinaire, peuvent elles-mêmes induire en erreur. Cette observation intéressante m'a été communiquée par mon savant ami et collègue le docteur Desnos. Peu de temps après une scarlatine heureusement guérie, un enfant est pris de convulsions éclamptiques; il est évident qu'en raison de cette condition morbide antécédente, on devait songer à l'urémie, encore bien que l'enfant n'eût eu jusque-là ni albuminurie, ni anasarque; cette présomption si légitime fut démentie par l'examen de l'urine, qui était normale; accordant avec toute raison une prépondérance exclusive à cette source de signes, M. Desnos renonce à l'idée d'urémie, il tient l'éclampsie pour réflexe, et comme les désordres gastro-intestinaux sont une cause fréquente de convulsions réflexes chez les enfants, il administre un purgatif énergique, lequel, au grand ébahissement des parents, amène l'expulsion d'une tête de vis métallique que le petit malade avait avalée en jouant. Les accidents ont disparu. Dans ce cas donc, et il n'est pas le seul de ce genre, si l'on avait tenu compte uniquement de la scarlatine antécédente, on affirmait l'urémie et l'on commettait une grosse erreur qui, par omission du seul traitement opportun, pouvait tuer le malade.

Les occurrences diverses de la pratique sont vraiment innombrables, je ne prétends pas en épuiser la liste et vous signaler à l'avance toutes les éventualités qui peuvent égarer le diagnostic de l'urémie; il en est une cependant que je veux encore vous faire connaître, tant elle est improbable *a priori*. Dans le fait que je viens de vous

raconter, la considération des antécédents du malade pouvait conduire à l'erreur, mais l'état de l'urine redressait le jugement; or l'inverse peut être observé, il se peut que les caractères de l'urine soient ceux de l'urémie, que cependant l'urémie n'existe pas, et que la connaissance précise des circonstances antécédentes soit le seul moyen d'éviter la faute. Ce n'est pas là une subtilité analytique, je n'oublierai jamais le fait suivant que j'ai observé l'an dernier. J'avais dans mon service une femme atteinte de néphrite parenchymateuse, le diagnostic était dûment établi; un matin, on m'annonce que la malade est en état d'urémie depuis la veille au soir, et je la trouve, en effet, avec des convulsions générales à forme tonique prédominante; l'urine était d'ailleurs, comme les jours précédents, de densité faible, elle contenait de l'albumine en abondance et les cylindres caractéristiques, qui nous avaient fait depuis quelque temps déjà diagnostiquer une néphrite diffuse. Supposez que j'eusse vu cette femme à ce moment-là pour la première fois, l'examen de l'urine me forçait à admettre l'urémie, la conclusion était nécessaire, fatale, et pourtant elle était erronée; mais j'avais suivi cette malade, et je connaissais dans ses antécédents une petite circonstance qui, malgré l'état de l'urine, changeait du tout au tout la situation: depuis huit jours je faisais prendre à cette femme de la noix vomique, et sa prétendue urémie n'était qu'une attaque de convulsions strychniques. La suppression du médicament fit cesser rapidement les accidents.

Malgré les particularités qui le distinguent quelquefois, le coma urémique peut être facilement confondu avec le coma apoplectique, avec celui de l'alcool, avec le narco-

tisme de l'opium; mais je n'insiste pas plus longtemps sur ces questions de diagnostic, les moyens de solution sont toujours les mêmes, ce sont les caractères de l'urine, ce sont les antécédents, ce sont les phénomènes concomitants de l'attaque comateuse. S'il est vrai que, dans quelques cas, l'encéphalopathie saturnine soit d'origine urémique, fait qui, je vous l'ai dit, n'est point démontré, c'est encore par l'examen de l'urine, et par lui exclusivement, que vous distinguerez cette forme morbide de celle qui est due à l'action nuisible du plomb sur le système nerveux.

Le pronostic de l'urémie est toujours sérieux, mais la gravité varie avec les conditions diverses de la lésion rénale; si elle est chronique et irréparable, l'urémie est mortelle, puisque les conditions qui l'ont amenée sont fatalement permanentes; il se peut bien alors que le malade ne succombe pas à la première attaque, mais d'autres paroxysmes suivront nécessairement, la mort est inévitable. Lorsqu'au contraire l'insuffisance de l'uro-poèse et l'urémie consécutive tiennent à des lésions récentes, superficielles et réparables, la guérison peut être espérée, et c'est pour cette raison que l'urémie scarlatineuse et la puerpérale sont moins graves que les autres. C'est donc dans l'état des reins, apprécié par l'examen microscopique de l'urine, qu'il faut chercher les raisons du pronostic, et non pas dans la forme symptomatique de l'urémie; une proposition différente a été formulée par plusieurs auteurs: on a dit que la forme clinique avait son importance au point de vue pronostique, que l'urémie lente, par exemple, est constamment mortelle, et que la forme éclamptique pure pardonne plus fréquemment que toute

autre; le fait est vrai, mais il me donne parfaitement raison; si l'urémie lente tue toujours, c'est parce qu'elle est toujours liée à une néphrite parenchymateuse chronique, lésion irréparable; si la forme éclamptique pure est moins fatale, c'est parce qu'on la voit surtout dans la scarlatine et dans l'état puerpéral, et que les lésions rénales sont souvent bornées alors à une simple desquamation catarrhale.

La thérapeutique de l'urémie est peu considérable; l'indication fondamentale est d'activer la sécrétion rénale et de favoriser l'élimination, par d'autres voies, des matériaux urinaires contenus dans le sang; pour remplir cette indication, vous vous adresserez aux diurétiques, non pas aux agents simplement hydragogues, qui augmentent la proportion d'eau sans modifier en rien la quantité des matériaux organiques éliminés, mais aux diurétiques proprement dits, à ceux que Golding Bird appelle avec juste raison les dépurants rénaux, c'est-à-dire aux alcalis et à leurs carbonates ou acétates, notamment l'acétate de potasse, que l'on peut donner à la dose de 6 à 12 grammes en vingt-quatre heures; les purgatifs drastiques sont également indiqués; enfin vous ne négligerez pas d'exciter les fonctions de la peau, soit au moyen de frictions sèches, soit au moyen d'ablutions tièdes ou froides, selon le précepte de Richardson. A côté de cette indication fondamentale commune à tous les cas d'urémie, la forme éclamptique en présente une autre dont l'urgence est directement en rapport avec le nombre et le rapprochement des accès; ces convulsions éclamptiques sont une cause efficace de congestion cérébrale, il importe de combattre cette complication; deux moyens répondent à

cette indication par deux voies différentes, la saignée en diminuant la stase encéphalique, les inhalations de chloroforme en prévenant le retour de l'accès convulsif cause prochaine de la stase. Aucune de ces médications n'agit sur l'urémie, elles sont dirigées contre l'un des effets les plus immédiatement redoutables de l'éclampsie urémique. Le chloroforme compte de nombreux succès dans l'urémie puerpérale, et il tend de plus en plus à remplacer la saignée dans la pratique; cette substitution est d'autant plus opportune que même dans la forme éclamptique la congestion cérébrale n'est point constante; l'anatomie pathologique a démontré la possibilité d'un état tout opposé, savoir de l'anémie cérébrale. Le fait seul de l'éclampsie ne suffit donc pas pour justifier la saignée, il faut encore que l'état de la face et la distension des jugulaires révèlent positivement la stase céphalique.

Chez les sujets qui succombent à l'urémie, on rencontre des lésions nombreuses et diverses qui ne doivent pas toutes, il s'en faut, être attribuées à cet état morbide; la plupart sont le fait de la maladie antécédente: ainsi les altérations des reins, les phlegmasies séreuses et viscérales, les lésions gastro-intestinales, appartiennent au mal de Bright et non pas à l'urémie; cette dernière ne tient sous sa dépendance que deux espèces de lésions, lesquelles ne sont pas constantes; ce sont des lésions cérébrales d'une part, et des altérations du sang d'autre part. L'hydrocéphalie sous-arachnoïdienne et ventriculaire, l'œdème cérébral qu'on a le grand tort de négliger à peu près complètement, constituent le premier groupe de faits; quant aux altérations du sang, elles sont variables, c'est tantôt une augmentation d'urée qui peut