

XXVIII. — NÉPHRO-SCLÉROSE. — ACCIDENTS CARDIAQUES.

I. LA TACHYCARDIE DE LA NÉPHRO-SCLÉROSE.

II. HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET HYPERTENSION PULMONAIRE COMBINÉES.

III. TRAITEMENT.

I. — La tachycardie de la néphro-sclérose.

Voici une femme dont l'histoire clinique 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, qui avait 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. A l'auscultation du cœur, on ne trouve pas de bruit de galop, mais par contre, on note une tachycardie très marquée et celle-ci est 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 de 50 centigrammes.

Examinons-la et voyons quel est son état actuel.

Elle présente de l'élévation des sous-clavières, de l'hypertension artérielle, et elle se plaint de douleurs angineuses. A l'auscultation, on perçoit un retentissement diastolique clangoreux à droite du sternum, ce qui est un signe indé-

niabile de dilatation cylindroïde de l'aorte avec hypertension.

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'aliments azotés, 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, et nous aurons ainsi engendré une véritable *dyspnée expérimentale alimentaire* par alimentation carnée.

J'ai dit également 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 la dyspnée et la tachycardie qui ont une commune origine.

Le pouls présente des caractères particuliers: véritable pouls de la néphro-sclérose, il est concentré, serré, *cordé*, et petit, seulement 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, comme Lancereaux l'a remarqué. 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. — Hypertension artérielle et hypertension pulmonaire combinées.

Si nous continuons à interroger notre malade, elle nous dit 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.

Je le vis 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* due à l'ar-

tériosclérose, le cœur droit contre l'*hypertension et la vaso-constriction pulmonaire* produite 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 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,

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

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. — 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. Et 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 six à douze 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'une autre part l'hypertension aortique, et tous ces symptômes, en apparence si graves, finiront par disparaître. Mais 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.

Ainsi, lorsque vous verrez survenir des troubles cardio-pulmonaires chez les artério-scléreux, 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.

XXIX. — LES URÉMIES ET LEUR TRAITEMENT

I. HYPOCHLORURIE ET ANACHLORURIE.

II. URÉMIES ASSOCIÉES.

III. URÉMIE EXOGÈNE DANS LA SCLÉROSE CARDIORÉNALE.

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.

VI. INTOXICATIONS ALIMENTAIRES AIGUES.

Lorsque Bouchard est arrivé à démontrer que l'urémie est un empoisonnement multiple et complexe, il a eu certainement en vue l'urémie constituée, l'urémie en quelque sorte ultime, dont il a fait la synthèse, et qui sert à désigner « la rétention et l'accumulation dans le sang des principes azotés résultant de la combustion nutritive » (Lancereaux).

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 (Bouchard).

I. — Hypochlorurie et anachlorurie.

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 pas tenir un compte suffisant des *chlorures*, et dans certains cas déterminés, l'*hypochlorurie*, surtout