

Les urines renfermaient une grande quantité d'albumine ; examinées au microscope, le dépôt laissait voir des globules de sang très-nombreux, pas de tubuli, ni de cylindres protéiques, quelques cellules épithéliales, et quand elles avaient été exposées au contact de l'air, elles exhalaient une odeur fétide et renfermaient des bactéries.

Ainsi cette femme était atteinte d'une albuminurie hématurique avec les lésions de la rétine qu'on rencontre dans la maladie de Bright avec de l'anasarque, avec des soupçons de tuberculisation commençante à un des sommets, et enfin avec une lésion cardio-artérielle. Probablement, pour le dire en passant, cette lésion avait préexisté à l'hémiplégie dont cette malade nous avait fait mention. Car les altérations de l'appareil circulatoire sont la condition pathogénique la plus active et la plus commune des affections cérébrales qui s'expriment par l'hémiplégie. Cette femme, par son état de blanchisseuse, avait été exposée aux influences extérieures qui produisent le plus souvent le rhumatisme ou en favorisent l'évolution, et ces influences peuvent limiter leur action au système circulatoire et y provoquer un travail morbide qui est le plus souvent accompagné ou suivi d'autres manifestations rhumatismales, mais qui peut aussi être l'unique expression du rhumatisme.

Le cœur, du reste, ne paraissait pas sérieusement atteint dans son tissu musculaire ; il fonctionnait régulièrement ; et si nous ne répugnions pas à l'idée que les artères cérébrales altérées avaient pu céder à un effort énergique, et permettre un léger épanchement de sang, nous ne pouvions faire qu'une part insignifiante à ces anomalies de l'appareil circulatoire, dans la série de symptômes qui se déroulaient sous nos yeux ; tout au plus avaient-elles été des facteurs très-secondaires des troubles de circulation accusés par l'anasarque.

Deux symptômes dominaient la scène morbide : l'anasarque et les urines albumineuses. Ces deux symptômes peuvent se montrer indépendants l'un de l'autre ; nos salles nous en fournissaient des exemples ; mais leur connexion est si fréquente que la manifestation de l'une porte toujours à rechercher l'autre.

Les réactions chimiques et le microscope nous avaient montré la présence simultanée des globules du sang et de l'albumine dans les urines. Cette coïncidence n'est pas rare au début de la néphrite albumineuse, surtout de celle qui succède à la scarlatine. Mais il est beaucoup plus rare que l'hématurie persiste pendant des mois : nous pouvions nous demander si l'albuminurie n'était pas sous la dépendance de l'hé-

maturie. La présence du sang dans l'urine entraîne nécessairement celle de l'albumine, mais le sang n'était pas assez abondant pour rendre cette explication admissible. L'urine ne renfermait pas de ces coagulums fréquents dans les hématuries réno-vésicales et qui parfois passent avec difficulté ou douleur à travers les canaux excréteurs.

L'anasarque, qui s'était montrée dès le début, avait pris rapidement un développement considérable et n'avait rien de comparable à cet œdème qui survient quelquefois chez les sujets anémiés par des hémorrhagies abondantes et prolongées.

D'ailleurs, il y avait chez cette femme un signe presque pathognomique de l'albuminurie, c'était la lésion rétinienne.

L'hématurie peut se lier aux affections organiques du rein. Mais outre cette affection de la rétine, qui est une note caractéristique et qui dirigeait le diagnostic dans une autre voie, on n'observait chez cette malade ni les douleurs vives, ni les urines fétides, ni les hémorrhagies abondantes du cancer rénal ; on ne trouvait pas davantage les dépôts mucoso-purulents qui accompagnent la pyélo-néphrite tuberculeuse.

Nous arrivions par élimination à supposer, derrière ce flux albumineux sanguin, une congestion rénale analogue à celle qui accompagne le premier degré de la maladie de Bright, mais empruntant des caractères particuliers aux conditions dans lesquelles elle s'était développée.

L'examen de ces conditions éclairera peut-être la pathogénie de l'affection que nous avons sous les yeux. Par sa profession, cette femme est souvent exposée à l'impression du froid humide et aux brusques variations de température, circonstances qui ont été signalées parmi les causes les plus actives de la néphrite albumineuse ; en d'autres termes, cette femme est placée dans des conditions qui doivent amener des perturbations fréquentes des fonctions de la peau, et nous pouvons, à l'aide des données fournies par la physiologie, comprendre les retentissements que ces troubles peuvent produire dans l'organisme et dans l'action des reins en particulier.

La peau n'est pas seulement, en effet, une enveloppe protectrice, un organe sensoriel, aboutissant d'un grand nombre de nerfs, c'est un appareil sécréteur très-actif, un émonctoire très-important et à produits variés. Ainsi, comme le foie, elle sécrète des substances grasses à réaction alcaline ; c'est la matière sébacée. Comme le rein, elle élimine par la sueur de l'eau, un acide, des matières protéiques ; elle exhale de l'acide

carbonique comme le poumon, dont sa trame vasculaire est un auxiliaire et comme un foyer de combustion respiratoire.

Les fonctions de ce grand organe sont sans cesse modifiées et exposées à être troublées par les conditions du milieu dans lequel nous sommes plongés ; mais les organes chargés de fonctions analogues lui servent de pondérateurs et de suppléants ; ainsi, lorsque, après un temps chaud, l'air devient frais et humide, la diurèse augmente ; elle diminue dans les conditions inverses. Si l'intestin sécrète avec excès, la peau devient sèche : *alvus laxus, cutis sicca*. Aussi les anomalies de l'action cutanée jouent-elles un rôle considérable en pathogénie, et elles fournissent par conséquent des indications très-importantes à la thérapeutique.

Quand les fonctions de la peau sont suractives, quand sa trame vasculaire est turgescente et que tous ses appareils sécrétoires sont surexcités, si une cause extérieure, le froid, vient déterminer une contraction brusque des vaisseaux et arrêter, par un choc subit, cette impulsion fonctionnelle si énergique, si les vaisseaux et les autres éléments organiques n'ont pas cette élasticité physiologique, si je puis parler ainsi, qui diminue avec l'âge et certaines conditions morbides, si les organes congénères à la peau n'entrent pas dans un surcroît d'activité pour suppléer à son inertie, on pourra alors voir survenir des troubles graves dans l'économie.

Dans ce refoulement circulatoire, des congestions peuvent se localiser, soit dans les organes sous-jacents, le tissu cellulaire sous-dermique, la plèvre, le péritoine, soit dans les organes chargés si subitement de cette suppléance fonctionnelle. Et si cette suppléance n'intervient pas immédiatement, la composition du sang est modifiée ; des matières protéiques, de l'eau, des gaz, qui devaient être rejetés au dehors, restent dans le liquide circulatoire, l'altèrent ; et alors celui-ci produit sur les organes des incitations anormales qui peuvent se manifester d'abord dans les tissus périphériques.

Notre malade était en outre dans l'imminence de la période menstruelle. Il y a alors un molimen congestif qui doit aboutir à l'écoulement menstruel et se limiter dans l'appareil génital, mais qui peut très-facilement être dévié et se porter dans d'autres organes. Il faut aussi noter que cette femme était arrivée à l'âge de la ménopause, où cette disposition congestive semble exagérée, comme le prouvent les ménorrhagies, si communes à cette époque, les *bouffées* vers la tête, et toutes les modalités morbides qui apparaissent si souvent vers cette période de la vie, et dont la congestion est le phénomène initial.

Nous ajouterons enfin que le rein semble être, plus que d'autres organes, accessible aux retentissements de la congestion menstruelle. Dans un travail sur l'ectopie rénale, j'ai montré qu'aux époques menstruelles ces reins déplacés devenaient quelquefois le siège de congestions périodiques très-douloureuses.

Telles furent les conditions physiologiques et hygiéniques qui précédèrent, chez cette femme, l'explosion de la maladie, et n'ont probablement pas été sans influence sur son développement. Nous en avons indiqué l'évolution : le flux menstruel avorte après une courte apparition ; alors apparaissent les signes de la congestion rénale : douleurs dans les flancs, vomissements, urines hématuriques, puis bientôt l'anasarque.

Quoique la présence du sang dans les urines me fit soupçonner une forme aiguë dans cette affection déjà ancienne, je fus conduit à tenter la teinture d'iode par l'apyrexie, par la durée de la maladie et par l'opiniâtreté des vomissements, me rappelant que ce médicament avait été préconisé dans les vomissements incoercibles des femmes enceintes. Cette dernière indication fut remplie ; la malade cessa de vomir, mais le caractère hématurique des urines devint plus accentué, et, au bout de quelques jours, je cessai cette médication. J'essayai les astringents : l'acide tannique à la dose d'un gramme, puis l'acide gallique, qui résisterait mieux, dit-on, aux actions chimiques du travail digestif, et arriverait au rein avec ses propriétés inaltérées.

Cette médication ne réussit pas mieux que la précédente ; le sang diminua peut-être, mais l'albumine ne diminua pas ; l'anasarque augmenta, le ventre se tuméfia de plus en plus, et la malade, voyant l'insuccès de mes efforts, tomba dans le découragement ; alors survinrent des phénomènes de congestion pulmonaire, qui furent combattus par des vésicatoires.

N'obtenant rien de la médication topique, car l'iode et l'acide gallique devaient, dans ma pensée, agir topiquement sur les éléments sécréteurs et vasculaires du rein, je réfléchis de nouveau aux conditions dans lesquelles la maladie s'était développée, à ce trouble de la fonction cataméniale, dont le molimen congestif augmente et se prolonge quelquefois bien au delà de sa durée habituelle, aux approches de la ménopause : malgré les quarante-huit ans de la malade, et je pourrais dire à cause de ses quarante-huit ans, je pouvais attribuer à une déviation menstruelle l'état congestif du rein. Je dressai mes batteries dans cette direction ; nous touchions à la période cataméniale ; il fallait tâcher de rappeler sur

l'utérus cette fluxion égarée. L'anémie, l'œdème énorme des grandes lèvres, m'interdisaient les sangsues. Je n'aurais pas même osé appliquer des sinapismes sur les membres inférieurs, distendus par l'œdème, dans la crainte d'y provoquer un érythème ou un érysipèle gangréneux.

Quand j'avais dû opposer un vésicatoire à la congestion pulmonaire, je l'avais placé sur la partie antérieure du thorax, sur le point le moins œdématié; je n'avais laissé l'emplâtre épispastique en place que pendant quelques heures, et je l'avais remplacé par un cataplasme amylicé.

Privé de ces ressources, j'administrai des emménagogues : une infusion de safran en boisson, et, n'ayant pas d'apiol, je fis donner des quarts de lavement avec une forte décoction de persil; et en même temps je prescrivis des boissons doucement diurétiques et des demi-bains de vapeur avec de l'infusion d'armoise, limités à la moitié inférieure du corps. J'ai peur des bains de vapeur entiers chez les albuminuriques; je me rappellerai toujours qu'en 1843, remplaçant à l'Hôtel-Dieu Magendie, qui avait pour interne, à cette époque, l'illustre Claude Bernard, je prescrivis un bain de vapeur à un albuminurique. A la suite de ce bain, le pauvre malade éprouva des accidents de congestion pulmonaire auxquels il succomba. Je l'avais ordonné dans l'espérance d'atténuer la congestion rénale, en incitant la peau, et de ranimer l'activité fonctionnelle de celle-ci, qui paraissait annihilée.

Chez la malade qui nous occupe en ce moment, en plaçant la poitrine en dehors de l'atmosphère du bain, j'espérais conjurer tout danger de cette nature.

Pas plus que l'utérus, la peau ne parut sentir la stimulation que je lui adressais; mais cette stimulation retentit sur l'organe synergique; et pendant quelques heures la malade éprouva une véritable polyurie, avec diminution notable de l'anasarque. Les urines étaient beaucoup moins albumineuses; mais cette diminution, qui pouvait être toute relative, était sans valeur pour le pronostic. J'attachais plus d'importance à la polyurie, que j'avais vue précéder la guérison dans plusieurs cas d'albuminurie congestive.

J'insistai sur cette médication, et ses effets se soutinrent; l'anasarque diminua rapidement et disparut presque entièrement. Mais en même temps le ventre ne diminuait pas de volume, une fluctuation évidente s'y faisait sentir d'un flanc à l'autre; une matité, régulièrement limitée, des régions déclives circonscrivait une zone tympanique occupant la

partie antérieure de l'abdomen; celui-ci était partout indolent; la palpation n'y faisait percevoir ni tumeur ni résistance, ni empâtement; les intestins, libres de toute adhérence, se déplaçaient avec une extrême facilité, et dans le décubitus latéral, le liquide, dont la matité marquait les limites, se portait instantanément en masse du côté sur lequel la malade reposait, et la sonorité intestinale reparaisait immédiatement de l'autre côté.

On voit fréquemment l'ascite survenir à une période avancée de la maladie de Bright et comme conséquence de l'anasarque; il est beaucoup plus rare qu'elle survive à celui-ci, et à plus forte raison qu'elle lui succède. J'admets que l'ascite avait commencé avant la disparition de l'anasarque; mais après que le liquide infiltré dans les mailles du tissu connectif sous-cutané eût été résorbé, non-seulement la collection séreuse péritonéale n'a pas diminué, mais elle a considérablement augmenté. Tandis que l'absorption a été active dans la sphère de la veine cave, la circulation de la veine porte semble accuser un trouble exprimé par les progrès de l'ascite.

D'où venait cette anomalie? Je me suis demandé si cette ascite ne pourrait pas être imputée à une péritonite chronique. Mais l'absence d'adhérences intestinales, démontrée par les signes que je relatais plus haut, c'est-à-dire la délimitation régulière de la sonorité et de la matité, la mobilité absolue de l'intestin et de la masse liquide ne permettaient pas de s'arrêter à cette hypothèse; d'ailleurs, les péritonites tuberculeuses ou cancéreuses sont presque toujours des épisodes d'affections organiques viscérales; elles peuvent être indolentes, mais plus souvent leur évolution est accompagnée de douleurs, de fièvre, de diarrhée s'il s'agit de tuberculose. J'ai déjà dit plus haut pourquoi je rejetais toute idée de cancer ou de tubercules des reins.

Y avait-il quelque lésion modifiant la circulation de la veine porte? Il n'est pas rare que la cirrhose du foie coïncide avec la maladie de Bright; mais le foie avait conservé son volume normal; cette complication existe surtout chez les personnes adonnées aux excès alcooliques. La fluxion congestive, déviée de son foyer normal, qui était l'appareil utérin, après s'être portée sur les reins, avait-elle irradié sur le péritoine, et était-elle pour quelque chose dans cette ascite qui avait succédé à l'anasarque? Dans l'évolution de l'hydropisie albuminurique, comme dans les caractères de l'albuminurie elle-même, il y avait quelque chose d'insolite.

Les urines étaient beaucoup moins albumineuses; j'éloignai les demi-

bains de vapeur, qui fatiguaient la malade. Je lui fis faire des applications quotidiennes de teinture d'iode sur la paroi abdominale; pour stimuler la nutrition et l'hématose, je donnai des préparations ferrugineuses; l'ascite commença à diminuer, puis disparut avec l'albuminurie; les lésions rétinienne se dissipèrent à leur tour; et quand l'harmonie semblait rétablie dans cet organisme si longtemps troublé, les règles reparurent. Ce retour de la fonction utéro-ovarienne mit le sceau à la guérison. La malade avait repris de l'appétit et des forces, et elle sortit de l'hôpital, trois ou quatre mois après y être entrée, complètement guérie.

Nul doute que, comme je l'avais soupçonné, la lésion rénale ne fût une simple congestion. Les dégénérescences et les hyperplasies qui suivent la période congestive ne rétrogradent pas, et dans ma conviction nous avons eu là un curieux exemple de déviation menstruelle survenue aux approches de la ménopause.

DE L'ALBUMINURIE LATENTE (1)

Sommaire. — Phénomènes légers qui peuvent être pendant longtemps les seuls indices de cette forme d'albuminurie.

Celle-ci est souvent liée à la diathèse goutteuse et dépend de l'atrophie du rein.

Accidents soudains de toxurie : dyspnée, délire, coma.

Observations.

MESSEURS,

Dans beaucoup de cas, l'albuminurie se développe d'une manière latente, elle n'est accompagnée ni de l'anasarque ni des troubles oculaires qui la dénoncent au médecin; trop souvent alors elle échappe à l'observation, ou l'on n'en reconnaît l'existence que quand des phénomènes ultimes ou irrémédiables se refusent à toute autre interprétation et font soupçonner cette dyscrasie.

A un degré peu prononcé, l'albuminurie peut exister pendant bien des années sans apporter à la santé de troubles graves: un peu de faiblesse musculaire, de dyspepsie, d'amaigrissement, d'altération des facultés génitales, de dépression morale, des vertiges, des défaillances, de la céphalée, et parfois une légère bouffissure de la région circum-malléolaire après les fatigues de la journée, en sont les principales manifestations extérieures; elles sont suffisantes cependant pour éveiller l'attention du médecin, et le déterminer à faire des investigations qui ont une grande importance pour son malade, et qui n'en ont pas une moindre pour sauvegarder sa réputation et couvrir sa responsabilité. Aux symptômes que nous venons d'énumérer s'ajoute souvent une tendance anémique; les urines sont plutôt rares qu'abondantes; plus habituellement pâles que très-colorées; quelquefois, cependant, elles ont une teinte rougeâtre ressemblant à de la lavure de chair; elles ren-

(1) Leçon publiée dans l'*Union médicale*, 10 janvier 1874.