

brales parfaitement circonscrites ; nous n'admettons ni l'hémiplégie toxique, ni l'infection typique se manifestant par des symptômes unilatéraux, et quand des malades chloroformés ont eu quelques troubles cérébraux isolés et circonscrits, c'est qu'il existait dans la région atteinte *un lieu de moindre résistance*, une *cause prédisposante*, cette cause ne résidât-elle que dans une innervation anormale.

L'ingénieuse expérience de Raymond, apportée dans le but d'expliquer les convulsions urémiques unilatérales et les hémiplégies, vint jeter un jour nouveau sur cette question. Cet expérimentateur ayant enlevé à des lapins le ganglion cervical supérieur d'un côté observa, après ligature des uretères, que l'animal fut pris peu de temps avant la mort de convulsions parfaitement limitées au côté opéré ; et à l'autopsie, il fut absolument impossible de découvrir la moindre différence entre les deux hémisphères cérébraux.

Il n'y a pas de raison pour repousser la théorie mixte de Rosenstein telle que nous l'avons exposée plus haut. On sait que cet auteur unit les théories chimique et mécanique en admettant une cause médiate : intoxication du sang, et une cause immédiate : anémie aiguë limitée ou totale de la substance cérébrale par l'action d'éléments toxiques sur les nerfs vaso-moteurs. Quoique nous fassions, il faudra d'ailleurs toujours en revenir à une théorie de ce genre.

Nous rappellerons enfin la théorie de Leichtenstern ; elle explique l'urémie scarlatineuse aiguë, qui a des symptômes si rapides, par un œdème inflammatoire du cerveau et de ses enveloppes à localisations inconstantes, œdème provoqué non par un excès d'urée, mais bien par l'action des germes scarlatineux.

Nous ne passerons pas non plus sous silence la théorie d'Osthoff, bien qu'elle compte peu de partisans. D'après cette hypothèse, les accidents urémiques sont dus à l'exci-

tation réflexe des centres vaso-moteurs reliés par le nerf splanchnique aux vaisseaux rénaux enflammés.

En ce qui concerne les accidents urémiques de la *respiration* et de la *digestion*, il est probable que les *vomissements* sont dus à une lésion centrale (irritation du centre vomitif) et non à la présence d'urée ou d'autres substances dans l'estomac. Il est cependant des cas qui portent à croire à une excitation du nerf sensible de l'estomac par le carbonate d'ammoniaque. Ce dernier sel joue certainement un rôle des plus importants dans le développement des *diarrhées urémiques*. Cohnheim attribue en partie ces diarrhées à une augmentation des contractions péristaltiques de l'intestin produites par l'accumulation des substances urinaires retenues dans le sang.

Pour expliquer l'*asthme urémique*, Weiss invoque le mécanisme suivant ; les extrémités des pneumo-gastriques étant alimentées par du sang urémique, les fibres motrices qui innervent les muscles bronchiaux subiraient une excitation à laquelle se joindrait enfin une action directe du centre respiratoire.

Il est probable que la prédisposition des urémiques aux processus inflammatoires est liée à de l'hydrémie (Traube et Cohnheim).

Le *mode de compensation* paraît être, dans l'urémie, semblable à celui que nous connaissons déjà dans l'hydropisie. C'est d'abord l'hypertrophie du cœur qui est en jeu ; on sait que cet organe domine la *sécrétion rénale*, et par conséquent les parties constituantes de l'urine qui jouent un si grand rôle dans l'urémie.

Après le cœur, ce sont les *glandes sudoripares* qui modifient le plus la quantité des éléments solides de l'urine, éléments qu'elles sécrètent en abondance. Aussi l'évaporation de

la sueur des urémiques laisse-t-elle sur leur peau une légère rosée qui n'est autre que de l'urée (*urhydrose*) (1).

On sait quelle est l'action de la diaphorèse artificielle dans l'urémie ; cependant il ne faut pas oublier que chez les brightiques atteints d'hydropisie, une transpiration abondante peut faire disparaître l'hydropisie et amener après sa disparition des accidents urémiques. Ce fait qui nous semble singulier au premier abord, peut cependant facilement s'expliquer. Lorsque les éléments toxiques étaient tenus en dissolution dans le liquide même de l'œdème, il n'y avait aucune raison pour qu'ils aient une action nocive sur l'organisme, mais lorsque, pendant la résorption de ce liquide, ils ont été entraînés dans le sang, ils ont engendré les accidents bien connus (Bartels).

Des vomissements abondants et des diarrhées profuses peuvent jusqu'à un certain point suppléer à l'oligurie, et dans certaines circonstances réaliser un processus de guérison naturelle (2).

(1) Cette urhydrose, cause d'urémides dans quelques cas, n'autorise nullement le thérapeute, d'après le professeur Bouchard, à chercher dans la diaphorèse un mode de traitement de l'urémie, parce que non seulement les faits cliniques prouvent qu'on s'attire de graves mécomptes comme le prouve l'auteur, mais aussi parce que, théoriquement, on ne décharge pas le sang de ce qui est toxique. On enlève seulement à l'économie certaines substances toxiques qui doivent sortir normalement par la peau, mais non celles que le rein est chargé d'éliminer. De plus Lanceriaux semble admettre que dans certains cas, les dermatoses et les névropathies, regardées comme étant sous la dépendance l'une de l'autre, peuvent être au contraire deux expressions connexes ou contemporaines d'une même cause générale. La diaphorèse et les affections cutanées au cours de l'urémie ne prouvent nullement qu'il se fait une suppléance de l'élimination rénale par la peau. (G. C.)

(2) La thérapeutique se basant sur ces cas heureux fournis par la clinique en favorisant les vomissements dans l'urémie, n'a pas obtenu de

Enfin les *secrétions bronchique et salivaire* peuvent aussi servir à l'évacuation de l'urée, mais seulement en très petite quantité (Fleischer et Thomayer) (Voir la thérapeutique des néphrites).

Diagnostic. — Les éléments du *diagnostic* de l'urémie ne sont guère plus nombreux aujourd'hui que ceux que Frerichs avait indiqués il y a quelque 30 ans. Lorsqu'on se trouve en présence d'un malade ayant des antécédents brightiques, qu'il est atteint d'hydropisie, d'hypertrophie cardiaque, d'albuminurie, le diagnostic d'urémie, surtout lorsqu'elle est épileptiforme, n'offre guère de difficulté, si inexpérimenté que soit le médecin. Mais il n'en est pas de même lorsqu'un homme jusqu'alors en parfaite santé apparente, en ressent subitement les premières atteintes et tombe dans le coma. Dans ce cas, non seulement une erreur de diagnostic est excusable, mais on peut dire que souvent, on ne peut que soupçonner l'urémie, alors même, qu'après avoir sondé le malade, on a découvert dans son urine et de l'albumine et des cylindres.

Il ne faudrait pas croire que tout accès convulsif, tout coma observé chez des néphrétiques avérés soient nécessairement de cause urémique. Différentes observations de Desnos et de Rosenstein nous ont appris qu'une apoplexie cérébrale et une méningite surajoutées à la néphrite pouvaient présenter les mêmes symptômes (méningite purulente accompagnant une néphrite avec albuminurie).

On a même vu un cas dans lequel, bien que l'autopsie révélât une méningite tuberculeuse et un rein contracté, il fut im-

bons résultats. Il n'est pas démontré (Bouchard) que les vomitifs augmentent la sécrétion gastrique et ils ont par contre les deux inconvénients : 1° d'abaisser la tension artérielle et de diminuer par suite l'excrétion rénale ; 2° d'augmenter la sécrétion cutanée qui diminue d'autant l'excrétion rénale. (G. C.)

possible d'établir la part qui revenait à chacune de ces deux affections faute de symptômes suffisants pendant la vie. Par contre, nous avons toujours, sauf une seule exception, rencontré des lésions organiques du cerveau (hémorragie, embolie, ramollissement) à l'autopsie de brightiques qui nous avaient été envoyés comme urémiques avec symptômes uni ou bilatéraux.

Rosenstein a prétendu que la paralysie des nerfs moteurs devrait *à priori* faire rejeter le diagnostic d'urémie. Nous nous rangeons volontiers à son avis, et nous insistons sur la valeur pratique de cette affirmation ; mais, contrairement à cet auteur, nous attachons une grande valeur à l'élévation de température ; cette hyperthermie peut manquer dans l'urémie et est un symptôme capital dans l'apoplexie.

En dehors de cette affection, il en est encore un grand nombre avec lesquelles on peut confondre l'urémie : signalons l'épilepsie, l'hystérie, les hémorragies cérébrales, la méningite, la fièvre typhoïde, les intoxications surtout par l'opium et la belladone (pupille), enfin le coma diabétique.

D'autre part, on a confondu l'urémie avec des maladies graves de l'estomac et de l'intestin, avec de l'asthme bronchique, et même avec de la sténose du larynx. Nous avons autopsié une jeune femme ayant un rein contracté et que l'on avait trachéotomisée pour une affection laryngée. Run eberg signale un cas du même genre.

On ne saurait trop recommander de ne pas s'attacher à quelques symptômes isolés pour baser son diagnostic, mais de s'efforcer au contraire de les grouper, et de ne se prononcer qu'après un examen minutieux.

Nous apprendrons à différencier l'urémie de l'ammoniémie au chapitre « *ammoniémie* ».

Le *pronostic* de l'urémie aiguë doit toujours être réservé, celui de l'urémie chronique est souvent fatal.

Pour le *traitement*, voir la thérapeutique de la néphrite diffuse.