

## IV. — Indications thérapeutiques.

1° *Régime alimentaire.* — Comme cette intoxication alimentaire peut persister pendant des mois et des années, il est bien entendu que l'alimentation lactée ne doit pas être continuée pendant tout ce temps dans sa rigueur absolue. Je prescris le régime lacté exclusif pendant huit jours, puis le régime lacté mitigé pendant huit autres jours (1 litre et demi à 2 litres de lait par jour, légumes de toutes sortes, quelques fruits, peu de viande et jamais le soir). Éviter : viandes faisandées et peu cuites, viandes en excès, fromages faits, gibier, conserves alimentaires, poissons de mer, bouillons et potages gras en excès.

Par l'observation clinique, je suis arrivé à démontrer que les toxines alimentaires ont une *action vaso-constrictive* des plus marquées. En effet, lorsque ces malades sont soumis à l'alimentation carnée, l'intoxication qui en résulte se manifeste par la pâleur du visage et des téguments, par un aspect des plus anémiques, par l'exagération des caractères du pouls qui devient réellement serré, concentré et cordé, comme disaient les anciens. Voilà « le chloro-brightisme » de quelques auteurs. Singulière chlorose qui peut disparaître *en quelques jours* par la prescription du régime lacté absolu, due au trouble fonctionnel du contenant (contracture vasculaire) et non spécialement à la lésion du contenu, c'est-à-dire du sang ! Singulière chlorose amendée et guérie par le régime lacté exclusif et par la prescription de l'alimentation carnée ! Comme les noms ont de l'importance en médecine, puisqu'ils peuvent constituer ou perpétuer l'erreur, dites plutôt, si vous le voulez absolument, *pseudo-chlorose brightique*, ou encore *anémie urémique*, et vous serez dans la vérité.

J'ai dit que cette dyspnée toxi-alimentaire est d'origine rénale ; mais on doit penser que l'insuffisance hépatique

joue également un rôle. En effet, Paulow et Massen (de Saint-Petersbourg) ont reproduit sur des chiens l'opération de Eck, consistant dans l'abouchement direct de la veine porte avec la veine cave, ce qui réalise la suppression fonctionnelle du foie. Or, ils ont remarqué que dans ces conditions les animaux ne peuvent manger de la viande sans s'exposer à des accidents nerveux et toxiques très intenses, parmi lesquels la dyspnée tient une place importante.

Chez ce malade atteint de sclérose rénale ou cardio-rénale, il arrive un jour où la langue devient saburrale, où des fermentations gastro-intestinales se produisent, caractérisées par du météorisme abdominal, une tendance à la diarrhée fétide. Ce n'est pas encore l'urémie, dans le sens que l'on attache à ce mot, et ce n'est encore que de l'intoxication gastro-intestinale. Le traitement consiste alors en quelques purgatifs, lavages de la bouche, lavages d'estomac, lavements copieux (entérolyse), injections sous-cutanées plus ou moins abondantes (300 grammes au moins par jour) de solutions salines ou sérum artificiel.

2° *Les trois lavages.* — Pourquoi trois lavages ?

Pour une raison très simple. S'il y a bien certainement dans l'urémie autre chose que des toxines gastro-intestinales, si nous ne connaissons pas tous les éléments toxiques qui entrent en jeu, nous savons qu'un grand nombre de ceux-ci se forment dans l'estomac, dans l'intestin, et que d'autres restent dans le sang. Sans doute, on va me répondre par l'antisepsie intestinale, que l'on croit faire avec le bétol, le naphтол, le benzonaphтол, le salol et bien d'autres drogues encore ; car la liste n'est pas close. Eh bien, au risque de paraître paradoxal, au risque de détruire une de nos plus grandes illusions thérapeutiques, je dis, j'affirme que *l'antisepsie intestinale avec les médicaments n'existe pas*, ou qu'elle existe si peu qu'elle devient quantité négligeable. Vous voulez « antisepsier » l'intestin ? Alors, donnez du lait, rien que du lait. — Le lait est mal supporté, il



devient insuffisant, et mal digéré il peut devenir la source d'une véritable intoxication? Alors, pratiquez les trois lavages, et répétez-les.

a. *Lavages de l'estomac.* — C'est celui qui est accepté avec le plus de difficulté. Mais il ne s'agit pour nous que d'imposer notre autorité, et cette autorité vient presque toujours de la confiance que nous avons en nous-mêmes et que nous savons alors bien faire partager. Le malade peut être hyperchlorhydrique et l'on sait qu'alors l'estomac renferme parfois des toxines d'une grande puissance, plus même que dans l'hypochlorhydrie. Dans un cas de ce genre, avec complication de contracture des extrémités, on est parvenu à isoler une substance toxique très active, capable de tuer un lapin en quelques minutes. Voilà un poison convulsivant dont pourrait et devrait bien se passer l'intoxication urémique! Et alors, quand l'estomac atteint de stase alimentaire retient les toxines, ne pensez-vous pas que s'impose l'indication de les évacuer? Inutile d'insister.

b. *Lavages de l'intestin.* — Il ne s'agit pas de lavements qui ne vont pas assez loin, mais de *lavages*, de ce qu'on appelle l'*entérolyse*. Deux ou trois fois par jour, après avoir placé le malade dans le décubitus latéral gauche, à l'aide d'une sonde longue et molle que vous introduirez profondément dans le rectum de façon à franchir l'S iliaque, faites pénétrer 2 litres d'eau bouillie sans addition de chlorure de sodium. De deux choses l'une : ou le malade gardera le liquide, ou il ne le gardera pas. S'il le garde (surtout lorsque la quantité ne dépasse pas 600 à 1 000 grammes), c'est parfait, cette quantité d'eau finissant par devenir diurétique et forcer la barrière rénale. S'il ne le garde pas, c'est encore bien, puisque l'injection devient réellement un lavage intestinal et fait de l'antisepsie bien autrement que tous les médicaments en *ol.*

c. *Lavages du sang.* — Il n'est pas question ici de l'introduction directe d'un liquide salin dans les veines. C'est là une opération délicate, difficile, dangereuse parfois, et j'estime que les injections sous-cutanées de 200 à 300 grammes et même 500 grammes d'eau chlorurée (7 grammes de chlorure de sodium pour 1 000 grammes d'eau bouillie), répétées deux ou trois fois par jour, agissent presque aussi bien. La quantité que l'on peut introduire dans l'hypoderme semble toucher à l'invraisemblance, et contre une pyélo-néphrite infectieuse d'une gravité exceptionnelle, on a pu injecter 2 000 grammes à la fois; dans l'espace d'un mois, la malade, que j'ai suivie attentivement avec plusieurs médecins, a reçu en injections sous-cutanées 16 litres 670, et en lavements 14 litres de solution chlorurée à 7 p. 1 000, soit 215 grammes de chlorure (1). Sans doute, tout n'a pas été absorbé; mais cette femme, qui a été en danger de mort plus de dix fois, a guéri contre les pronostics les plus désespérés. C'est là une puissante médication, puisqu'elle a pour résultat d'élever la tension artérielle, de favoriser la diurèse, d'introduire dans l'organisme une quantité assez considérable d'eau chlorurée pour activer ainsi les échanges.

Sans doute, avec les idées actuellement régnantes sur la rétention chlorurée, on va regarder cette médication comme dangereuse ou paradoxale. Mais, je répète que, tout en reconnaissant l'importance de cette rétention, je ne la confonds pas avec l'absence des chlorures dans l'organisme. Ce sont là deux faits absolument différents qu'il faut savoir distinguer au lit du malade. D'autre part, il est certain que les injections salines, dont on a tant abusé, ont encore leurs indications.

Telle est la médication de l'urémie par les trois lavages. Elle m'a donné des résultats excellents, et je crois rendre service aux praticiens en la leur recommandant. Je la pré-

(1) H. HUGHARD, *Journal des Praticiens*, 1897.



fière aux *vomitifs*, aux *purgatifs*, qui peuvent par leur répétition affaiblir les malades et qui ne remplissent pas complètement le but; aux *antiseptiques intestinaux* qui n'antiseptisent pas; à toutes les drogues avec lesquelles on empoisonne parfois les malades, déjà suffisamment empoisonnés. Je ne renonce pas aux purgatifs, aux vomitifs, surtout à la *saignée*, un moyen héroïque dans certains cas. Parfois même, une large émission sanguine doit précéder les injections sous-cutanées d'eau chlorurée; elle doit les précéder, parce qu'alors l'absorption du liquide salin se fait plus rapidement, plus complètement, et qu'elle contribue ainsi à maintenir la quantité de la masse sanguine.

Par ce rapide exposé, on voit que je n'attache pas une grande importance à la médication purement symptomatique. Pour ce qui est de la dyspnée, il faut chercher à la prévenir, parce qu'on ne peut la guérir au moment même où elle se produit. Les potions à l'*éther* ou au *valérianate d'ammoniaque* que l'on prescrit d'une façon banale, les *inhalations d'oxygène*, d'*iodure d'éthyle*, de *nitrite d'amyle* sont insuffisantes, si même elles ont la moindre action. Les injections sous-cutanées de *morphine* dont j'ai contribué autrefois à démontrer les bons effets eupnéiques ne sont pas sans danger, surtout lorsqu'elles sont souvent répétées ou longtemps continuées; elles finissent par diminuer ou entraver la diurèse. Quoique la médication pathogénique et préventive de la dyspnée ait seule des chances de succès, je préfère à tous les moyens dirigés contre l'élément dyspnéique l'emploi du *quebracho blanco* dont j'ai étudié en 1886 l'action physiologique et thérapeutique et que je prescris à la dose de X gouttes d'extrait fluide, deux à cinq fois par jour, dans un peu d'eau. J'ai aussi parfois recours à l'*iodure d'amyle* en inhalations; il suffit de déboucher le flacon qui renferme cet iodure et d'en respirer les vapeurs pendant quelques minutes. Pour en augmenter l'action eupnéique, on peut associer le chloroforme à l'iodure d'amyle d'après cette formule:

Iodure d'amyle .....	25 grammes.
Chloroforme.....	5 —

Mais, encore une fois, tous les médicaments employés au moment de la dyspnée et contre elle sont infidèles et insuffisants; seule, la médication pathogénique et préventive a de la valeur (1).

Dans un état morbide comme l'urémie, caractérisé par l'intoxication de l'organisme, la formule la plus simple du traitement est celle-ci, et elle indique à la fois ce qu'il ne faut pas faire et ce qu'il convient de faire: *Pas ou peu de drogues qui peuvent encore intoxiquer; une médication rationnelle et antitoxique par les trois lavages*. On répand moins d'encre pour formuler, on écrit moins; on agit mieux.

#### V. — Urémie endogène.

A la fin de la maladie, arrive l'urémie *endogène*, par auto-intoxication multiple. Je n'ai pas à parler de son traitement qui est bien connu.

On n'insiste pas assez sur la *médication purgative intensive* dont les bons effets sont physiologiquement établis par les expériences de Cl. Bernard et Barreswill démontrant qu'après l'ablation des reins chez les animaux, l'élimination de l'urine s'effectue par l'estomac et par l'intestin. Il y a ainsi des vomissements et des diarrhées qu'il faut savoir respecter, et il est indiqué de prescrire, non pas des purgatifs salins qui sont souvent insuffisants, mais des *drastiques* (scammonée, eau-de-vie allemande, huile de croton). Il ne faut pas se contenter de prescrire une fois

(1) H. HUCHARD, Guérison rapide des accès d'asthme par l'emploi des injections hypodermiques de morphine et action eupnéique de la morphine (*Union médicale*, 1878). Des injections hypodermiques de morphine dans les dyspnées (*Soc. clinique de Paris*, 1878). Action antithermique des alcaloïdes du quebracho (*Union médicale*, 1884). Action physiologique et thérapeutique du quebracho (en collaboration avec Ch. ÉLOY, *Archives de physiologie*, 1866). Action antidyspnéique de l'iodure d'amyle (*Traité clinique des mal. du cœur*, 2<sup>e</sup> édition, 1893).



ces divers purgatifs, mais plusieurs jours de suite, à doses élevées, parce que « pour éliminer du sang les matières excrémentielles qui y sont retenues, pour combattre avantageusement l'urémie en un mot, il faut non seulement purger, mais produire une superpurgation ». Lancereaux, qui insiste judicieusement sur ce mode de traitement, rappelle un fait qui lui avait été signalé autrefois par Cl. Bernard. Notre grand physiologiste lui disait que, lorsqu'il avait fait prendre de l'iode aux animaux et qu'il leur donnait ensuite des purgatifs légers, il fallait un temps très long pour arriver à les en débarrasser, tandis qu'un purgatif énergique faisait disparaître presque immédiatement cette substance de la salive (1).

Autrefois on croyait, et Fournier avait même affirmé dans sa thèse d'agrégation sur l'urémie, que celle-ci était caractérisée par deux symptômes négatifs d'une haute valeur : l'absence de fièvre et de paralysies. Or l'urémie fébrile existe, et les paralysies toxiques sans lésions encéphaliques peuvent survenir dans le cours de cette intoxication, comme le prouvent des faits nombreux observés par Lancereaux, Raymond, Chantemesse et Tenneson, par nous, par mon ancien interne E. Baillet dans son excellente thèse inaugurale (2). On croyait autrefois, et l'on croit encore parfois à une hémorragie ou à une embolie cérébrale, d'où une certaine inaction thérapeutique très préjudiciable aux malades. Or, dans ces cas, le *traitement antitoxique* par les diurétiques et les purgatifs répétés est capable de faire disparaître promptement ces divers accidents.

Ce n'est pas seulement le tube digestif qui est amené à remplacer les reins insuffisants, et l'élimination des

(1) LANCEREAUX, De l'urémie (*Ann. des maladies génito-urinaires*, 1887).

(2) LANCEREAUX, *Loc. cit.* — RAYMOND, Sur la pathogénie de certains accidents paralytiques observés chez les vieillards, leurs rapports probables avec l'urémie (*Revue de méd.*, 1885). — CHANTEMESSE et TENNESON, Hémiplegie et épilepsie urémiques (*Revue de méd.*, 1885). — HUCHARD, Observations de la thèse inaugurale de BAILLET, 1898, sur les paralysies urémiques.

matières toxiques peut se faire encore par les *ulcères suintants* des jambes, qui se produisent parfois spontanément sur les membres œdématiés, comme Lancereaux en a cité quelques exemples. Aussi, doit-on chercher à provoquer des ulcères de ce genre, qui ont souvent pour résultat de prolonger l'existence en donnant accès à la sortie des matières toxiques. Rien n'est plus vrai, comme le démontre un fait observé par moi à l'hôpital Bichat, en 1885.

Un malade était atteint de sclérose cardio-rénale avec accidents urémiques extrêmement graves et œdème considérable des membres inférieurs pour lequel je fis pratiquer des mouchetures à l'aide d'une aiguille flambée au rouge blanc. On ne prit pas la précaution de faire l'asepsie de la peau sur laquelle les mouchetures devaient être pratiquées, et il en résulta un phlegmon diffus que l'on dut bientôt ouvrir largement en plusieurs endroits. Dès ce jour, après l'évacuation du pus, il s'écoula une quantité considérable de liquide, et les graves symptômes urémiques, jusque-là très rebelles à toute médication, cessèrent complètement. Ces ouvertures restèrent béantes pendant trois mois environ, grâce à l'introduction de plusieurs drains, et le malade dont l'existence était menacée à brève échéance sortit complètement guéri, à la fois de ses accidents asystoliques et urémiques. Cette guérison inespérée n'est jamais sortie de ma mémoire, et j'ai observé plusieurs faits semblables — le phlegmon diffus en moins — dont l'un très intéressant avec mon collègue de la Société de thérapeutique, le D<sup>r</sup> Créquy. Fait important à remarquer, dès le moment où le liquide des membres œdématiés a trouvé issue au dehors, j'ai vu assez souvent cesser la diarrhée urémique, alors insuffisante, dont les malades étaient atteints.

L'observation et l'interprétation de ces faits sont donc exactes, et je n'hésite pas, dans des cas semblables, à pratiquer de grosses mouchetures sur les membres œdématiés avec la pointe rougie d'un thermocautère.



## VI. — Intoxications alimentaires aiguës.

Il est utile de dire un mot sur les *intoxications alimentaires aiguës* que l'on observe quelquefois dans la sclérose rénale et dont la vraie cause est souvent méconnue. L'intoxication *aiguë* est à opposer à l'intoxication alimentaire *chronique* dont il a été question jusqu'ici.

En 1894, un de mes malades, artérioscléreux, soumis depuis dix-huit mois avec succès au régime alimentaire que vous connaissez, vient à Paris et a la mauvaise idée d'entrer dans un restaurant où il mange du caviar, du gibier et du fromage avancé. Le soir même, il fut atteint d'accidents dyspnéiques formidables, puis le lendemain, comme il arrive souvent dans les intoxications alimentaires, d'une éruption scarlatiniforme presque généralisée. En quarante-huit heures, il fut emporté par cette dyspnée intense, coïncidant avec une anurie presque complète.

En 1895, il a été publié un fait presque identique, terminé par la mort en quelques jours (1). L'un de mes collègues, que j'ai interrogé à cet égard, se rappelle avoir assisté à des accidents semblables dont l'importance ne doit pas nous échapper, puisqu'à côté de l'intérêt clinique peut se dresser dans ces cas une question médico-légale intéressante et facile à trancher, surtout si l'on est en possession du diagnostic et de la connaissance pathogénique.

Que de morts rapides ainsi inexplicables chez les vieillards atteints d'une néphrosclérose latente, ou tout au moins d'imperméabilité rénale; si fréquente à cet âge ! Et que d'accès « d'asthme ou de pseudo-asthme », d'origine toxi-alimentaire, et non pas de nature nerveuse, comme on le dit si souvent !

Comme je l'affirmais déjà en 1895, l'asthme essentiel, dit *nerveux*, est souvent le résultat d'une intoxication, et si ses

(1) *Presse médicale*, 1895.

accès sont ordinairement nocturnes, c'est parce que les urines de la nuit étant moins toxiques que celles du jour, l'organisme est lui-même plus intoxiqué. Dans les cas de ce genre, le nitrite d'amyle préconisé par quelques auteurs n'a aucune action antidyspnéique et la médication alimentaire s'impose (1). Voici un exemple :

Il y a plusieurs années (1891), je voyais avec le D<sup>r</sup> O. Larcher (de Passy), une femme de cinquante-cinq ans environ, atteinte depuis plusieurs années d'un asthme essentiel extrêmement intense, contre lequel l'iodure et toutes les médications avaient échoué. Depuis quelques semaines, les accès avaient pris une intensité extrême et le cœur droit commençait à se dilater. J'instituai alors pendant un mois une médication par le régime lacté exclusif, suivi du régime végétarien. Les accès d'asthme disparurent en quelques semaines, et pendant quatre ans que cette malade a été soumise à ce régime, elle n'a vu que très rarement réapparaître quelques accès dyspnéiques nocturnes, toujours très atténués.

Depuis cette époque, je soumetts tous les asthmatiques à cette médication dont ils retirent les meilleurs résultats. Cela prouve donc, encore une fois, que l'asthme « nerveux » n'est pas autre chose parfois qu'une forme de dyspnée ptomainique, et que pour en éviter le retour, il faut instituer une médication dans laquelle les régimes lacté et végétarien occupent la première place.

Ces exemples suffisent pour démontrer que les toxines alimentaires, à titre de poisons vaso-constricteurs, sont des poisons artériels. La vaso-constriction plus ou moins répétée, plus ou moins permanente qui en résulte, aboutit au surmenage artériel et devient ainsi *une des causes les plus fréquentes de la sclérose vasculaire*. C'est une vérité que je ne cesse de répéter depuis plus de vingt ans, et dont je trouve

(1) HUCHARD, Traitement de la dyspnée ptomainique nocturne (*Soc. de thérapeutique*, 1895).



heureusement la confirmation dans les lignes suivantes, écrites par W. Broadbent : « Une tension vasculaire exagérée, quand elle est permanente, est susceptible de déterminer à la longue des lésions cardio-vasculaires telles que hypertrophie et dilatation du cœur, dilatation de l'aorte, sclérose de ce vaisseau et d'autres artères de gros calibre, la dégénérescence fibreuse du myocarde et l'épaississement des valvules (1). »

Voyez la goutte : elle est aux artères ce que le rhumatisme est au cœur ; on est goutteux par droit de naissance ou de conquête, et on acquiert la goutte par une alimentation azotée excessive. Le régime alimentaire doit être la base du traitement, non seulement de la dyspnée toxi-alimentaire et de la sclérose artérielle confirmée, mais encore de la sclérose artérielle à venir.

(1) W.-H. BROADBENT, *The pulse*, Londres, 1890.

## SYSTÈME NERVEUX

### XXXVIII. — CRISES GASTRIQUES DU TABES

- I. EXPOSÉ CLINIQUE. — Observation. Erreurs de diagnostic. Caractères et formes cliniques : vomitive, gastralgique, sécrétoire, flatulente, anorexique.
- II. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES. — Insuffisance de la médication par les anesthésiques, par la morphine, le chloral, l'antipyrine. Crises gastriques avec état hyperchlorhydrique de l'estomac. Chimisme stomacal variable. — Traitement de l'hyperchlorhydrie intermittente, et parfois guérison des crises gastriques du tabes par la médication alcaline. Médication alcaline intensive dans les formes douloureuse et sécrétoire.
- III. CHIMISME VARIABLE DE L'ESTOMAC. — Observation.
- IV. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES ; TRAITEMENT.

#### I. — Exposé clinique.

Une malade de trente-deux ans entre dans mon service de l'hôpital Necker pour des douleurs gastriques extrêmement intenses avec vomissements alimentaires et vomiturations répétées. Ces douleurs sont survenues tout d'un coup ; elles ont acquis très vite un haut caractère d'acuité ; elles existent non seulement au creux de l'estomac, mais dans le dos, à la région rachidienne, et un cercle de fer paraît enserrer la base de la poitrine avec quelques douleurs à l'épaule rappelant de loin l'angine de poitrine. Assise sur son lit, pliée en deux, l'angoisse peinte sur son visage pâle, la voix entrecoupée, elle peut à peine répondre, tant elle souffre ; les extrémités sont refroidies, le pouls est serré, concentré, à peine sensible.

En m'appuyant sur l'intensité des douleurs, sur leur *apparition soudaine*, je pense à une violente crise gastrique du tabes, et la malade m'apprend qu'effectivement elle est