

caséuse, la pire issue, n'est pas son fait; quelque peu de confiance qu'inspirent les antagonismes en médecine, il est certain que l'albuminurique n'apporte de prédisposition ni à la tuberculose ni à la caséification pulmonaire.

Je me souviens, comme si c'était hier, d'un malade que j'ai suivi pendant plus d'un mois avec le D^r Remond, son médecin ordinaire et mon excellent élève. C'était un jeune peintre, infiltré à l'extrême, crachant le sang incessamment par petits caillots, fiévreux, étouffant et chez lequel on constatait un large foyer de ramollissement pulmonaire apparent, avec les signes stéthoscopiques qui découragent les jeunes et déconcertent les vieux praticiens familiarisés avec les hasards stéthoscopiques de la broncho-pneumonie. Le cas était désespéré, mais le malade était albuminurique. Il a guéri comme par enchantement de l'affection pulmonaire sans que le mal de Bright, dont il souffrait, eût cédé. Il a repris ses occupations et vit peut-être encore maladif.

Le traitement des broncho-pneumonies, quelle que soit leur origine, est obligé de suivre les phases aventureuses de la maladie et de s'individualiser sous peine d'être plus nuisible qu'avantageux. Je n'ai pas d'indication spéciale à proposer en ce qui concerne la bronchite albuminurique parvenue à ce degré suprême.

J'ai exposé les caractères dominants et les formes types des bronchites qui surviennent sous l'influence toxique de l'albuminurie, je les ai montrées en rapport avec la maladie fondamentale et dégagées de toute complication.

Dans une prochaine leçon, j'essayerai, sans me dissimuler les difficultés de la tâche, de poursuivre l'histoire des bronchites albuminuriques complexes, modifiées dans leur aspect, dans leurs symptômes, dans leur développement, par la coïncidence d'affections cardiaques, d'affections pulmonaires préexistantes ou concomitantes, d'urémie à ses divers degrés. Ces combinaisons ne sont rien moins qu'exceptionnelles, et si on n'en tient compte, le tableau de la maladie artificiellement simplifiée ne concorde pas avec les rencontres de la pratique.

BRONCHITES ALBUMINURIQUES.

(SUITE).

Onzième leçon.

SOMMAIRE. — Bronchites albuminuriques. — 1° La bronchite est en rapport avec des manifestations urémiques multiples. — 2° Combinaison de cette bronchite avec une affection cardiaque préalable. — 3° Altérations du cœur consécutives à l'albuminurie. — Comparaison de ces deux états morbides. — Influence de la grossesse. — 4° Rapports avec la phthisie pulmonaire.

Messieurs,

J'ai, dans la précédente leçon, tracé à grands traits l'histoire des bronchites survenant chez des malades atteints d'albuminurie sous des formes et à des degrés divers, mais exempts d'affections pulmonaires ou cardiaques. L'albuminurie seule expliquait et justifiait les lésions.

Il s'agissait, avant tout, d'établir le type simple, dégagé de toute complication ou de tout accessoire. On a vu que la bronchite albuminurique variait de degré, sans perdre ses caractères propres que je me borne à résumer en peu de mots. Au point de vue subjectif: dyspnée par accès, souvent extrême, de préférence nocturne, angoisses respiratoires plus semblables à celles que provoque l'insuffisance sigmoïde qu'à toute autre. Objectivement, expectoration peu abondante, avec excrétion sanguine sans hémorrhagie vraie; râles sous-crépitaux fins, agminés, plus ou moins mobiles, en plaques sans foyer central, nettement limités et n'ayant pas pour siège de prédilection les

parties déclives de la poitrine ; matité douteuse ; pas d'épanchement ou un exsudat séreux insignifiant.

J'ai montré quelles proportions ces bronchites pouvaient atteindre dans les cas extrêmes et comment elles n'étaient pas susceptibles de transformations tuberculeuses.

Le plus souvent curables, les bronchites albuminuriques appartiennent à l'observation plus qu'à l'autopsie. Sans cette étude préliminaire, il eût été impossible de montrer la part qui revient à l'albuminurie dans les conditions plus complexes où le malade acquitte la double dette de l'albuminurie et d'une affection pulmonaire antécédente ou concomitante.

Cette seconde leçon a pour objet de décrire plutôt que de classer ces bronchites mixtes, d'en analyser les symptômes en dégagant ceux qui relèvent de l'albuminurie, d'indiquer la valeur des lésions qui concourent à la maladie et d'en faciliter à la fois le diagnostic et le pronostic.

Les bronchites albuminuriques peuvent coïncider : 1° avec une affection broncho-pulmonaire catarrhale ou tuberculeuse ; 2° avec une lésion cardiaque antérieure à celle des reins ; 3° avec un état pathologique du système circulatoire, cœur et artères, étroitement relié à l'affection rénale ; 4° avec des troubles nerveux en relation plus ou moins étroite avec l'albuminurie.

Un seul procédé m'a paru propre à représenter ces combinaisons multiples, ne se reproduisant jamais sous un aspect identique, variables suivant la constitution antérieure du sujet, suivant l'âge et le degré de chacune des maladies associées pour former un tout morbide.

I. Je commencerai par les cas où la bronchite est ou semble être en rapport avec des manifestations urémiques.

Quelle que soit l'interprétation des phénomènes, on est convenu de désigner cliniquement sous le nom d'urémie, nécessaire à maintenir, les accidents qui, dans le cours de l'albuminurie, portent sur le système nerveux. Cette localisation cérébro-spinale n'a rien de commun avec les névroses ; elle est au cerveau ce qu'est la bronchite aux poumons, avec cette diffé-

rence que la lésion accusée par ses conséquences est soustraite pendant la vie à l'examen direct de l'organe affecté.

L'urémie ainsi définie peut se mouvoir entre des limites extrêmes, depuis le simple mal de tête jusqu'aux convulsions éclamptiques les plus redoutables. Elle est lentement ou rapidement progressive, elle s'arrête sans aller au delà sur un point quelconque de la route qu'elle avait droit de parcourir, elle est continue ou intermittente, etc. Les espèces graves ont été parfaitement décrites, les formes moyennes, naissantes pour ainsi dire, attendent encore une description.

Une part doit être réservée, dans toute dyspnée, à l'élément nerveux, et aucun médecin n'en est à apprendre que la gêne de la respiration est loin d'être proportionnée à ces obstacles mécaniques.

Lorsqu'il s'agit d'une affection oppressive à l'excès, où l'étouffement éclate par crises, où il disparaît bien que les altérations apparentes persistent au même degré, où la crise essentiellement nocturne se dissipe souvent d'elle-même au petit jour, il est impossible de méconnaître le rôle afférent à l'influence nerveuse ; par contre, la présence d'une plaque de râle crépitant semi-humide, précédant et annonçant cet état de mal, ne permet pas d'expliquer la dyspnée par une paralysie ou par un spasme. La part proportionnelle de ces deux éléments reste indéterminée.

Les signes de l'urémie peuvent coïncider avec le début de la bronchite et de l'oppression ; le plus souvent ils apparaissent à une période assez avancée pour qu'on se demande s'ils ne sont pas provoqués par l'insuffisance du fonctionnement respiratoire. On comprend que les désordres nerveux, dits urémiques, se trouvent dans les cas graves où la bronchite albuminurique clôt la série des accidents. On comprend également qu'aux derniers jours de la vie, un engouement diffus, caractérisé par des rhonchus humides dus à la stase du mucus bronchique, ne permette plus d'entendre les râles sous-crépitaux fins : je me bornerai à rapporter une observation où la maladie s'est

rapidement terminée par la mort, ayant, dans la précédente leçon, fait une mention suffisante des formes bénignes ou atténuées.

II. La combinaison de la bronchite albuminurique avec une affection cardiaque préalable se présente dans des conditions différentes. Tantôt la maladie du cœur domine la situation, tantôt elle n'occupe que le second plan.

Dans les deux cas, il est impossible de discerner l'apport de l'albuminurie. La distinction est souvent assez nette pour qu'on reconnaisse, dès le début, l'invasion d'une complication rénale survenant au cours d'une maladie du cœur.

Un fait qui mérite une considération, parce qu'il se reproduit dans la majorité des cas, c'est la concomitance de l'affection bronchique avec des urines abondantes, riches en urée et plus ou moins chargées d'albumine. Tandis que les crises nerveuses sont en rapport presque constant avec la diminution de la quantité des urines et leur surcharge albumineuse, les accès de dyspnée n'obéissent pas à la même loi.

Raison de plus pour supposer que la bronchite, dût-elle se compliquer d'urémie, est sous la dépendance d'une lésion substantielle. On ne la voit d'ailleurs jamais survenir sans que des signes stéthoscopiques évidents la précèdent ou l'accompagnent.

La question des rapports de l'albuminurie avec l'appareil circulatoire, artères du cœur, a une telle importance qu'on ne saurait trop s'y attacher. En l'envisageant ici par un de ses moindres côtés, celui des complications pulmonaires, je ne puis cependant me borner à une simple mention.

Lorsque, chez un malade en pleine évolution albuminurique, le cœur a acquis les étranges proportions qu'il peut atteindre, quand sa texture a été profondément affectée, sa conformation non moins altérée, quand il est dans des conditions incompatibles avec un fonctionnement régulier, quel est le retentissement éprouvé par les poumons?

Parmi les maladies cardiaques, bien peu semblent se pour-

suivre sans exercer tôt ou tard sur le poumon une influence assez active pour que le trouble respiratoire devienne prépondérant et fasse presque oublier le trouble cardiaque.

Un certain nombre de malades sont, néanmoins, pendant un long espace de temps, préservés à la fois de la dyspnée et des accidents que l'auscultation révèle. On peut dire que lorsque l'altération porte primitivement sur le muscle et n'a pas son origine dans une altération préalable des orifices et des valvules, la respiration se maintient peu ou pas compromise. C'est ce qu'on observe chez les goutteux sujets à ce qu'on pourrait appeler des aventures cardiaques difficiles à classer et qui diffèrent des lésions orificielles propres au rhumatisme articulaire aigu.

L'albuminurique dont le cœur s'est amplifié progressivement arrive tout au plus à l'occlusion imparfaite des orifices; mais l'hypertrophie des parois a été et demeure le fait fondamental.

J'ai esquissé, en m'arrêtant de préférence aux cas qui peuvent être considérés comme des types, l'histoire des bronchites albuminuriques mixtes où la maladie rénale se double d'une affection du cœur antécédente ou consécutive. J'ai montré qu'il n'était pas impossible de reconnaître la part afférente à chacune des deux affections; j'ai indiqué comment, dans l'incessante mobilité des phénomènes, on voyait tantôt l'une, tantôt l'autre prédominer: mon désir était de faire ressortir la phénoménologie des crises reconnaissables à des éléments spéciaux et d'en assurer ainsi le pronostic.

Dans les maladies chroniques comme celles dont il est ici question, l'évolution avec ses hasards, on pourrait presque dire ses caprices, doit fixer l'attention du praticien. A première vue, les accès qui se succèdent sont à peine comparables, tandis qu'une analyse plus pénétrante supprime le vague et permet le classement.

Les bronchites albuminuriques mixtes, c'est-à-dire survenant dans les cas où l'albuminurie ne représente pas à elle seule le processus morbide, sont de plusieurs ordres, comme je l'ai précédemment indiqué.

Où l'albuminurie survient dans le cours d'une affection préalable et n'a que la proportion d'une complication; ou elle atteint les fonctions respiratoires après avoir déposé pour ainsi dire un groupe de lésions dans un autre organe. Tel est le cas des bronchites liées à l'urémie peu intense, trop souvent inaperçue; telle est surtout la condition des troubles pulmonaires rattachés par un lien plus étroit à des altérations cardiaques.

On ne saurait, à mon sens, attacher trop d'importance à ces localisations mobiles et multiples qui surviennent pendant la longue évolution d'une maladie générale à marche lente. Suivant le siège qu'elle occupe, soit momentanément soit d'une façon plus durable, la maladie fondamentale prend des aspects tout particuliers, non seulement une fonction nouvelle est en jeu à chaque déplacement, mais on retrouve les caractères afférents à des états pathologiques d'origine et de nature diverses.

A chaque invasion locale, qu'on me pardonne le mot que je crois le plus propre à rendre ma pensée, à chaque colonisation, la maladie importée fait des emprunts aux lésions essentielles de l'organe. Pour continuer la comparaison, les colons transplantés dans ce pays qui avait son climat, son sol, ses produits, ses mœurs et ses habitudes, introduisent pour une part seulement les traditions de la mère-patrie; pour le reste ils sont bien forcés de se conformer au milieu nouveau. Un double courant s'établit ainsi et l'apport contributif de chacun des deux éléments devient souvent difficile à discerner.

Ces données plus abstraites en apparence qu'en réalité sont d'une application quotidienne et il suffit de prendre au hasard des faits médicaux quelconques pour les saisir. L'alcoolisme, cette maladie intoxicante à sa manière comme l'albuminurie, vient-il à provoquer des manifestations cérébrales, chacune d'elles peut exister dans des excitations encéphaliques dues à d'autres agents.

L'insomnie appartient à certaines syphilis intra-crâniennes. Les hallucinations exclusives de la vue reproduisent les hallu-

cinations des délires puérils; l'excitation et les terreurs avec l'idée dominante de la mort imposée ou volontaire se retrouvent également dans les manies dites congestives des jeunes sujets. Le vertige, le tremblement ont à peine une valeur plus caractéristique.

L'ensemble des symptômes se compose d'une collection de phénomènes cérébraux dont aucun n'a de spécificité réelle et dont la signification diffère suivant qu'ils sont diversement combinés.

Autant le diagnostic, avec ces réserves, est praticable lorsque l'alcoolisme se produit chez un sujet exempt d'antécédents ou de lésions encéphaliques, autant il devient confus quand au lieu d'un homme sain c'est un malade cérébral qui s'alcoolise.

En appliquant ces simples préliminaires à l'étude clinique de l'albuminurie, on trouve d'un côté les albuminuriques *purs*, de l'autre les individus malades et chez lesquels l'albuminurie joue le rôle d'accident ou de complication. Il existe une troisième classe sur laquelle j'aurais voulu insister longuement si je n'avais craint d'être détourné de l'objectif limité de cette leçon. Je veux parler des sujets atteints d'abord d'une affection brightique et qui, du fait de leur maladie, subissent des lésions cardiaques tantôt moyennes, tantôt d'une extrême intensité. Dans ces cas le cœur frappé secondairement, hypertrophié, sclérosé, transformé dans sa musculature, dans les dimensions de ses parois et de ses cavités, est inapte à sa fonction. Il n'est plus pourvu à la circulation pulmonaire conformément à ses exigences: de là des troubles de la respiration soit pulmonaire soit bronchique. Le malade rentre par plus d'un point dans la condition des cardiaques à lésion valvulaire et à hypertrophie consécutive frappés d'albuminurie. Si les deux situations présentent de nombreuses ressemblances, elles sont loin d'être identiques.

Les recherches cliniques que je poursuis depuis longtemps sur les rapports des lésions du cœur avec les affections pulmonaires trouvaient ici une source précieuse d'informations.