

elle ne pouvait être tolérée assez longtemps, on pourrait ajouter 1 à 2 grammes de sel de nitre ou d'acétate de potasse à l'une des infusions diurétiques. Mais dans cette circonstance on irait plus rapidement et plus sûrement au but en substituant à la digitale la caféine, selon les indications que je vous ai données dans notre conférence sur l'insuffisance aortique.

## VINGT-CINQUIÈME LEÇON

### MAL DE BRIGHT

De la forme commune du mal de Bright, ou néphrite parenchymateuse. — Histoire de deux malades atteints de mal de Bright aigu et de mal de Bright chronique.

Conditions étiologiques de la néphrite parenchymateuse. — Ses divers modes de début. — Étude des symptômes fondamentaux de la maladie. — Caractères de l'urine. — Urine de la phase aiguë, — de la phase intermédiaire, — de la phase chronique. — Altération du sang. — Hydropisie. — Son début et sa marche. — Composition du liquide. — Difficultés de l'interprétation pathogénique.

De la rétinite. — Ses symptômes, ses caractères ophthalmoscopiques et anatomiques.

MESSIEURS,

Deux de nos malades de la salle Saint-Charles sont atteints du mal de Bright ; tous deux en présentent la forme commune, celle qui est caractérisée anatomiquement par des lésions parenchymateuses diffuses, et à eux deux ces hommes vous offrent un tableau complet de la maladie. L'un, celui du n° 16, est un garçon robuste de trente-trois ans ; malade depuis cinq semaines seulement, il a subi une attaque aiguë, et il est arrivé aujourd'hui à cette période douteuse et incertaine qui est l'avant-coureur, soit de la guérison, soit de l'état chronique, période durant laquelle le pronostic est nécessairement suspendu. L'autre malade, celui du n° 13, est un homme âgé de

quarante-six ans, d'une constitution vigoureuse; atteint depuis huit ou neuf mois, il a présenté la forme chronique d'emblée; les accidents, chez lui, ont toujours été s'aggravant, il est irrévocablement perdu, quelques semaines mesurent aujourd'hui le terme de son existence.

Chez le premier de ces individus, les circonstances étiologiques sont des plus nettes: compositeur d'imprimerie et travaillant dans un atelier très-chaud, ce garçon a été exposé, pendant les quinze jours qui ont précédé le début de sa maladie, à une série de refroidissements; il ne présente d'ailleurs aucune des conditions hygiéniques ou constitutionnelles qui sont aptes à provoquer le développement de la néphrite parenchymateuse, l'action du froid est chez lui la seule influence étiologique saisissable: c'est là, vous le savez, l'une des causes les plus fréquentes et les plus puissantes du mal de Bright, notamment de la forme aiguë.

Chez notre second malade, la question étiologique demeure obscure. De constitution robuste, je vous l'ai dit, cet homme n'a souffert d'aucune de ces maladies aiguës ou chroniques qui préparent silencieusement les désordres de la néphrite diffuse; il affirme n'avoir jamais commis d'excès alcooliques, il soutient n'avoir jamais été exposé au froid; bref, les résultats de notre enquête anamnestique sont entièrement négatifs; il en est fort souvent ainsi dans la forme chronique d'emblée, qui peut se développer spontanément en dehors de toute cause occasionnelle appréciable, et par le seul fait de la prédisposition constitutionnelle. En remontant avec soin dans les antécédents de cet individu, nous avons découvert une circonstance qui, en raison de sa date reculée, ne peut

pas être invoquée dans son cas particulier, mais que je tiens à vous signaler, parce qu'elle est une cause réelle, efficace et peu connue du mal de Bright, tant aigu que chronique; cette circonstance, c'est la blennorrhagie; toutes les maladies prostatato-uréthrales peuvent devenir le point de départ d'une néphrite parenchymateuse, aussi bien que d'une néphrite suppurative commune; mais parmi ces maladies, la blennorrhagie violente et rebelle est certainement celle qui a l'influence pathogénique la plus puissante. Deux ou trois fois déjà j'ai constaté l'existence de cette cause à l'exclusion de toute autre; je n'ai pas vu jusqu'ici l'urétrite grave de la femme avoir cette triste conséquence, mais l'analogie et les exemples positifs de cystite et de néphrite commune développées dans ces conditions justifient pleinement cette présomption. Chez notre homme, cette relation étiologique ne peut pas être admise, parce que sa dernière blennorrhagie remonte à seize années, et qu'il n'a conservé à la suite aucune lésion, ni de la prostate, ni de l'urèthre, ni de la vessie.

Toute réserve faite de la prédisposition, les causes ordinaires de la néphrite parenchymateuse sont, par ordre de fréquence, le refroidissement, puis les exanthèmes fébriles, en tête desquels se place la scarlatine. N'oubliez pas, toutefois, que les déterminations rénales de la scarlatine sont loin d'être toujours l'indice d'un mal de Bright; fort heureusement, l'albuminurie scarlatineuse est, dans la majorité des cas, un phénomène temporaire, lié à une simple desquamation épithéliale des reins, que l'on peut qualifier de néphrite catarrhale, par opposition à la néphrite parenchymateuse; je ne saurais donc

adhérer à la proposition de certains auteurs qui tiennent pour brightique toute albuminurie survenue sous l'influence de la scarlatine. Cette fâcheuse évolution de la détermination rénale scarlatineuse est au contraire exceptionnelle; mais la simple possibilité du fait crée pour la pratique une obligation impérieuse, celle de suspendre le pronostic jusqu'à ce que l'observation ait révélé les véritables caractères de cette albuminurie, jusqu'à ce qu'elle ait appris entre autres choses si le symptôme est passager ou persistant, distinction qui domine la sémiologie du phénomène, ainsi que je l'ai établi ailleurs. Sur vingt-six scarlatineux albuminuriques, Abeille n'a observé le mal de Bright que huit fois, c'est un rapport de 30 pour 100 entre la néphrite diffuse et la simple albuminurie avec desquamation catarrhale.

La variole est au nombre des pyrexies qui peuvent donner lieu à la maladie de Bright, mais cette conséquence est très-rare; elle n'est observée que dans la variole grave, en particulier dans la forme hémorrhagique, et elle ne se rencontre que dans certaines épidémies; au rapport de Beer, cette complication n'était pas rare dans l'épidémie de Berlin en 1858, mais les recherches anatomiques de cet observateur ont appris que ce n'est pas la néphrite parenchymateuse que l'on constate d'ordinaire en pareille circonstance; ce processus est exceptionnel; ce sont les lésions interstitielles ou intertubulaires qui dominent, elles peuvent même exister seules, il ne s'agit donc plus de la forme commune du mal de Bright que nous étudions en ce moment. — La rougeole détermine parfois une albuminurie temporaire, mais aucun fait jusqu'ici ne prouve qu'elle puisse devenir l'origine d'une néphrite diffuse.

A côté des fièvres éruptives doivent prendre place deux maladies constitutionnelles, le rhumatisme et la goutte, dont Todd, Johnson et les observateurs anglais en général, ont signalé l'influence étiologique; viennent ensuite les excès alcooliques, les fièvres intermittentes invétérées et la cachexie palustre sans accès fébriles actuels.

Il y a peu d'années, le catalogue des causes de la néphrite parenchymateuse était plus riche, il l'est encore aujourd'hui pour les observateurs qui persistent à identifier le mal de Bright et la néphrite diffuse; je vous ai montré l'erreur et les dangers de cette synonymie, je n'y reviens pas; la néphrite parenchymateuse est la forme la plus fréquente du mal brightique, soit; mais pour fréquente qu'elle soit, cette forme n'est pas la seule; l'anatomie pathologique et l'observation clinique indiquent comme une autre forme distincte la dégénérescence amyloïde des reins, et c'est au profit de cette forme, dont je vous parlerai bientôt, que le cadre étiologique de la néphrite parenchymateuse a été légitimement rétréci. Malmsten a même prétendu récemment que la fièvre intermittente ne doit plus figurer parmi les causes de cette néphrite; mais si les observations d'Axel Key démontrent les rapports de cette cause avec la forme amyloïde, elles ne peuvent annuler les exemples de néphrite diffuse observés dans les mêmes conditions. — Quelques observations de Rosenstein établissent l'influence du traumatisme accidentel et opératoire, des amputations en particulier, sur le développement de la néphrite parenchymateuse (1).

(1) Rosenstein, *Virchow's Archiv*, XIV. — Plus tard, *Pathologie und Therapie der Nieren-Krankheiten*. Berlin, 1863.

Cette étiologie, si nette d'ailleurs, présente une autre particularité, qui est bien digne d'intérêt; la puissance de ces causes varie selon les pays, et ce n'est pas seulement parce que ces conditions étiologiques ne sont pas également répandues dans toutes les contrées, c'est aussi parce qu'en raison de circonstances inconnues encore, une même cause qui est efficace dans une région reste stérile dans une autre. En Angleterre, la goutte est la cause ordinaire de la néphrite parenchymateuse; rien de plus rare en Allemagne, en Écosse et en France; l'alcoolisme n'est nulle part plus général qu'en Suède et en Norvège, ce n'est pourtant pas dans ces pays-là qu'il produit le plus fréquemment la maladie de Bright, c'est en Écosse, où les trois quarts des néphrites, au rapport de Christison, se développent sous cette influence. Rien de plus rare en France que la néphrite parenchymateuse d'origine palustre; d'après Frerichs, elle est également exceptionnelle à Breslau et sur les côtes de la mer du Nord, mais Rosenstein nous apprend qu'elle est fréquente à Dantzig et sur les rives de la Baltique. Enfin, une même cause, dans la même localité, n'a pas à toutes les époques la même puissance; ce n'est pas seulement pour la néphrite scarlatineuse et variolique que l'on constate l'influence variable des épidémies, c'est aussi pour la néphrite paludéenne. Heidenhain a observé à Marienwerder une série d'épidémies de fièvres intermittentes; dans la dernière il n'y eut pour ainsi dire pas un cas grave qui ne présentât la néphrite secondaire, dans les premières il n'avait vu ni hydropisie, ni maladie rénale.

La différence que nous offrent, au point de vue de l'étiologie, les deux hommes de notre service, se retrouve

non moins grande dans le mode de début de la maladie. Chez celui du n° 16, un refroidissement provoque une néphrite parenchymateuse aiguë, le mal éclate avec une brusquerie qui en révèle la date à coup sûr; l'invasion a eu lieu il y a cinq semaines, elle a été caractérisée par des frissons, de la fièvre, des douleurs lombaires, des vomissements, et au quatrième jour est survenue une anasarque générale qui a disparu dans le cours de la troisième semaine. Rien de plus net, rien de plus précis; mais ce mode d'invasion, qui, par parenthèse, ressemble à s'y méprendre à celui d'une variole, est exclusivement propre au mal de Bright aigu, et c'est le seul cas dans lequel le médecin soit assuré de connaître exactement l'époque du début de la maladie; ici elle s'impose, elle se révèle elle-même aussi clairement qu'une pneumonie ou une péritonite aiguë, par la soudaineté et l'acuité de son développement; mais dans tout autre cas l'affection est latente pendant une période plus ou moins longue, elle ne se démasque pas elle-même, il faut la chercher, il faut la découvrir; il est donc fort important de connaître les diverses allures qu'elle présente dans ses commencements, et d'être renseigné sur certains phénomènes qui sont souvent l'occasion de la découverte de la maladie, parce qu'ils annoncent à un médecin expérimenté l'opportunité de l'examen de l'urine.

Or, à côté du début franchement aigu qu'a présenté la néphrite chez notre homme du n° 16, sa marche chez l'autre individu offre un étrange contraste. Nous ne savons pas durant combien de temps le mal est resté latent chez lui; il n'a eu ni accidents fébriles, ni douleurs lombaires; seulement, il y a neuf mois, il s'est aperçu que sa

figure était enflée le matin, bientôt cette hydropisie s'est généralisée, alors il est entré à l'hôpital, et l'examen de l'urine a révélé la cause de cette hydropisie. Le premier phénomène appréciable a donc été l'hydropisie, et il en est fort souvent ainsi; mais vous comprenez de reste que l'albuminurie existait déjà depuis plusieurs mois peut-être, et que dans ce cas, comme dans tous les faits analogues, nous ne savons quoi que ce soit sur l'âge exact de la néphrite diffuse. L'hydropisie a été l'occasion de la découverte du mal, elle n'en révèle point le début véritable. Dans d'autres cas, ce sont des douleurs lombaires persistantes ou paroxystiques qui doivent mettre le médecin en éveil et le décider à examiner l'urine du malade; ces douleurs sont souvent prises pour un simple lombago et traitées en conséquence; elles peuvent être complètement apyrétiques, elles s'exaspèrent par la marche, par la station debout, par les mouvements de rotation du tronc sur le bassin, par la pression sur les régions rénales, et elles devancent souvent de plusieurs mois l'hydropisie ou tout autre phénomène indicateur. Ce serait une erreur que d'attribuer ces douleurs exclusivement à la forme aiguë, elles appartiennent également aux formes subaiguës et à celles qui sont chroniques d'emblée; mais elles n'y sont point constantes; elles ont toujours manqué chez le malade du n° 12, et ce fait doit vous enseigner que l'absence des douleurs n'autorise point à rejeter la possibilité d'une néphrite brightique.

Le début peut être plus insidieux; un catarrhe laryngo-bronchique qui surprend par sa persistance est parfois le premier symptôme cliniquement appréciable; ailleurs ce sont les désordres de la vue, c'est l'amblyopie qui

éveille la sollicitude du malade; on examine l'urine, on la trouve chargée d'albumine, et l'ophthalmoscope montre les lésions de la rétinite albuminurique. Dans quelques circonstances rares, les commencements de la maladie sont encore plus trompeurs: un individu vient à vous, il est bien portant en apparence, il se plaint seulement d'avoir depuis peu des insomnies causées par la nécessité d'uriner plusieurs fois dans la nuit; la quantité d'urine n'a pas sensiblement augmenté, la miction est fréquente et peu abondante. Cette modification peut être le signal d'un mal de Bright commençant, elle doit en tout cas vous engager à examiner l'urine; j'appelle toute votre attention sur ce détail pratique dont j'ai plusieurs fois apprécié l'importance.

Dans d'autres cas, c'est une céphalalgie rebelle, ou bien une anémie avec amaigrissement rapide qui vous mettra sur la voie du diagnostic; quelquefois enfin le début apparent est tout à fait insolite, ce sont les accidents de l'œdème pulmonaire qui ouvrent la série des manifestations morbides. L'individu est pris en bonne santé d'une attaque de dyspnée sans fièvre, l'auscultation et la percussion dénotent l'existence d'un œdème plus ou moins généralisé des poumons, il n'y a pas d'autre symptôme appréciable; voyez l'urine, vous y trouverez la cause et l'explication du phénomène.

Une relation qu'il est bon de connaître existe entre le mode de début de la néphrite parenchymateuse et les causes qui lui donnent naissance; la forme franchement aiguë ne se voit guère qu'après les refroidissements, les fièvres éruptives et les traumatismes; dans toute autre circonstance, la marche est subaiguë ou chronique d'emblée.

Une fois constituée, la maladie est caractérisée par un groupe de symptômes dont nos deux hommes nous présentent l'un et l'autre un tableau complet. Ces phénomènes sont : des modifications de l'urine, des altérations du sang, des hydropisies et une rétinite à caractères spéciaux.

L'état de l'urine n'est pas le même dans les diverses formes de la maladie, et il y a lieu d'en distinguer au moins trois types : l'un caractérise la forme franchement aiguë, le second appartient aux phases initiales de la forme chronique, ou bien à cette époque de transition qui sépare l'état aigu de l'état chronique, le troisième est observé dans les périodes avancées de la forme chronique. L'urine du premier type présente à un très-haut degré les caractères physiques de l'urine fébrile; de 1500 à 1800 grammes la quantité quotidienne peut descendre à 900, 700, 600, 500 et même au-dessous; Rosenstein l'a vue tomber à 200 grammes. La réaction est acide, et la densité toujours augmentée oscille entre 1025 et 1047; la coloration est d'un rouge plus ou moins foncé; cette coloration est due à la présence du sang, que l'on peut reconnaître à l'œil nu d'après l'intensité de la teinte. Ce n'est pas de l'hématine dissoute qui colore ainsi l'urine; c'est du sang en nature à globules intacts, qui se réunissent souvent en couche épaisse au fond du verre où l'on a laissé reposer le liquide; il ne s'agit donc pas ici d'une transsudation de la sérosité colorée en rouge à travers les parois vasculaires, transsudation que j'ai désignée sous le nom de pseudo-hémorrhagie (1); il s'agit d'une hé-

(1) Jaccoud, *De l'humorisme ancien comparé à l'humorisme moderne*. Thèse de concours pour l'agrégation. Paris, 1863.

morrhagie véritable qui se fait dans la substance corticale des reins : cette hémorrhagie résulte de la rupture de quelques capillaires sous l'influence de la fluxion active qui marque le début du travail pathologique. L'urine contient une quantité variable d'albumine; la proportion en est quelquefois tellement considérable que le liquide se prend en masse sous l'influence des réactifs. Le microscope décèle de l'épithélium rénal, des globules sanguins et des cylindres allongés qui sont, pour le coup, de véritables cylindres fibrineux; ils sont formés par de la fibrine coagulée unie à des globules; on leur donne aussi le nom de cylindres sanglants. Lorsque l'hématurie est terminée, ces cylindres disparaissent peu à peu de l'urine, ils y sont remplacés par des cylindres épithéliaux ou colloïdes; le coagulum albumineux est alors moins abondant, et il n'a plus la teinte brun rougeâtre des premiers jours. — Quoique cette urine présente les caractères physiques de l'urine fébrile, elle en diffère totalement par ses caractères chimiques, et cette opposition est d'autant plus digne d'être notée que souvent alors le malade est en proie à une fièvre intense. Bien loin d'être accrue, la proportion de l'urée tombe à 20, à 15, à 10 grammes pour vingt-quatre heures; d'après Frerichs, la moyenne varie entre 7 et 12 grammes, la moyenne physiologique étant, vous le savez, de 30 à 32 grammes. Le fait de Mosler, dans lequel la quantité d'urée s'est élevée à 40 grammes par jour, est, à cet égard, tout à fait exceptionnel. L'acide urique dont la proportion normale est de 55 centigrammes par jour est ordinairement augmenté, et les chlorures subissent une diminution aussi notable que dans la pneumonie, par exemple. Le chiffre

physiologique des chlorures évalués en chlorure de sodium étant de 11 grammes par jour, on le voit s'abaisser à 2 grammes, à 1 gramme pour vingt-quatre heures. Dans un cas de Mosler, la proportion se maintint à 2,73; en revanche, dans une observation de Rosenstein elle est tombée à 0,6. Les phosphates qui, évalués en acide phosphorique, ont une moyenne normale de 3 grammes par jour, sont toujours diminués, et l'abaissement dépasse souvent la moitié du chiffre de l'état sain. Quant aux sulfates, dont le chiffre ordinaire est de 2 grammes, on n'en peut rien dire de positif; ils sont parfois diminués, mais souvent aussi ils présentent une augmentation légère.

La quantité d'albumine perdue en vingt-quatre heures varie considérablement; mon illustre ami le professeur Frerichs, qui a consigné les résultats de nombreuses recherches dans son ouvrage classique sur la maladie de Bright, a dû fixer comme limites extrêmes 5 et 25 grammes.

Quelle que doive être l'issue du mal, l'urine de l'état aigu présente bientôt les modifications qui caractérisent notre second type; par opposition au type aigu que nous venons de décrire, je l'appellerai, si vous le voulez, type intermédiaire; il marque la transition de la période aiguë à la guérison ou à l'état chronique; il appartient aussi aux phases initiales de la forme chronique d'emblée. Le type aigu n'est jamais suivi immédiatement de la guérison, il aboutit constamment au type intermédiaire, et aussi longtemps que ce type persiste, encore bien que tous les autres phénomènes morbides soient dissipés, le pronostic est nécessairement douteux; la guérison peut

être complète au bout d'un certain temps et l'urine peut reprendre ses caractères normaux, auquel cas la période intermédiaire a servi à la réparation des désordres initiaux, mais les modifications de l'urine peuvent s'accroître de plus en plus, et arriver graduellement au type chronique confirmé, auquel cas la période intermédiaire a servi à la genèse de lésions parenchymateuses irréparables, préparées par la congestion active et hémorrhagique de l'attaque aiguë.

C'est précisément à cette phase douteuse que nous sommes arrivés chez notre malade du n° 16. Il y a trois semaines qu'il n'a plus ni fièvre ni douleurs lombaires; il y a quinze jours au moins que l'hydropisie est totalement dissipée; à en juger par la blancheur du coagulum albumineux, l'urine ne contient plus de sang; l'abondance de la sécrétion quotidienne est sensiblement normale, elle oscille entre 1400 et 1700 grammes, la densité n'est pas moins satisfaisante, elle varie de 1019 à 1022; mais il y a toujours de l'albumine, il y a un sédiment composé d'urates et d'éléments morphologiques; il y a de l'épithélium rénal libre, il y a des cylindres albumineux chargés d'épithélium, il y a encore des cylindres fibrineux à globules sanguins; nous ne trouvons ni cylindres granulo-graisseux, ni cylindres hyalins; nous ne pouvons donc affirmer l'existence de la néphrite parenchymateuse chronique; mais nous ne savons pas non plus si cette urine reprendra d'ici à quelque temps ses caractères normaux, le pronostic est donc forcément douteux, et l'urine de ce malade nous présente un exemple parfait de ce que j'appelle le type intermédiaire. Désireux de faire contrôler les résultats de mon