

core. Cependant la perte quotidienne en albumine par cette voie ne dépasse presque jamais 20 grammes. Les quantités d'albumine éliminées diffèrent considérablement d'après les cas.

La recherche des *autres matériaux fixes* qui n'est pas de pratique courante, donne le plus souvent une diminution de l'urée, de l'acide phosphorique, etc., correspondante à la réduction de la masse de l'urine.

Autres symptômes de la néphrite aiguë. Rarement il existe des *symptômes locaux* de la part du rein même. Parfois il y a un certain degré d'*endolorissement de la région rénale*, mais beaucoup trop vague pour qu'on puisse y attacher de la valeur sémeiotique. Il arrive plus communément que l'urine anormalement concentrée sollicite le malade à uriner plus souvent que d'habitude et que la miction elle-même s'accompagne d'une sensation pénible de cuisson, d'une sorte de ténésme vésical.

Les symptômes locaux le cèdent beaucoup en importance aux *manifestations consécutives* qui se déclarent dans d'autres endroits du corps et parmi lesquelles l'*hydropisie* occupe la première place. Quoique l'œdème puisse faire totalement défaut dans la néphrite aiguë, il existe le plus souvent dans la plupart des cas graves et commande quelquefois toute la scène morbide. On doit toujours s'attendre à son apparition quand l'urine baisse notablement en quantité.

L'œdème se révèle tout d'abord à la face qui devient bouffie et en même temps pâle et luisante. Les paupières sont d'ordinaire infiltrées en premier lieu et le plus fortement. Après la figure ce sont les malléoles, les jambes, le scrotum, les parties déclives du tronc qui deviennent le siège principal de l'œdème, dont l'intensité et l'étendue varient naturellement dans les différents cas. Si l'hydropisie s'accroît et se généralise, elle est pour les malades une source de malaises subjectifs considérables. Ils ont beaucoup de difficulté à se mouvoir, tous les changements de position sont pénibles et réclament de grands et douloureux efforts. Quand l'infiltration est à son plus haut degré, la peau tendue à l'excès s'éraille par ci, par là, et donne lieu à un suintement séreux. Ces petites plaies deviennent parfois le point de départ d'inflammations érysipélateuses plus incommodes encore.

Une fois l'anasarque devenue intense, il existe d'ordinaire en même temps un degré plus ou moins prononcé d'*hydropisie des cavités séreuses*. Cependant la démonstration physique de l'ascite et de l'hydrothorax est parfois empêchée par la coexistence de l'œdème cutané. Les deux phénomènes susdits empruntent leur principale valeur clinique à la *gêne de la respiration* qu'ils provoquent nécessairement, puisque l'ascite refoule le diaphragme en haut et que l'hydrothorax comprime le poumon. L'*action du cœur* peut aussi être

sérieusement mise en péril, quand un vaste hydrothorax siège à gauche et surtout quand l'eau envahit le péricarde.

Les *muqueuses* présentent assez rarement une infiltration marquée; on constate parfois l'œdème de la conjonctive, du voile du palais et de la glotte. Nous avons déjà signalé parmi les œdèmes internes, l'*œdème cérébral*, comme pouvant donner lieu à de graves symptômes nerveux (urémiques). L'*œdème pulmonaire* qui se déclare parfois comme phénomène ultime, quand la maladie prend une tournure fatale, n'est pas tant un élément constituant de l'œdème général qu'une suite de la défaillance terminale du cœur.

Parmi les *symptômes relevant de divers organes en particulier*, notons en premier lieu ceux qui sont fournis par l'*appareil circulatoire*. Le *pouls* est parfois excessivement tendu (v. p. 512), fort et plein. Au début de la maladie, il est quelquefois un peu ralenti; plus tard il s'accélère le plus souvent. Dans les cas qui ont duré un certain temps (2 à 4 semaines), on peut constater anatomiquement et souvent aussi par l'examen clinique, un commencement d'*hypertrophie du cœur*. Il paraît qu'elle se développe le plus rapidement chez des enfants bien portants jusqu'alors et de forte complexion. On tâchera surtout de trouver l'endroit où bat la pointe et de découvrir l'accentuation du second ton aortique. L'*épistaxis* qu'on observe quelquefois, dépend probablement de l'augmentation de la tension artérielle. La *péricardite* est une complication insolite; elle s'explique par ce fait que, chez tous les brightiques, existe une tendance aux inflammations de tous les organes internes, particulièrement des membranes séreuses. Mais il est impossible d'affirmer positivement si cette tendance dépend de la rétention des matériaux de l'urine, comme on l'a supposé.

Au nombre des symptômes qui ont pour théâtre l'*appareil de la respiration*, la dyspnée provoquée par les phénomènes hydropiques a été mentionnée plus haut. Dans les cas graves, le *poumon* même est parfois compromis, et il s'y développe une *bronchite* diffuse ou une forme particulière de *pneumonie* qui occupe le milieu entre l'inflammation catarrhale et croupale. Elle constitue en quelque sorte un œdème inflammatoire dur et complique la néphrite chronique tout autant que la néphrite aiguë. En envahissant les deux poumons dans une grande étendue, elle peut être une cause immédiate de mort. Le développement d'un *œdème pulmonaire* essentiel généralisé est presque toujours, comme nous l'avons vu, un indice de la faiblesse imminente du ventricule gauche.

Le *vomissement* est le symptôme le plus important dans la sphère de l'*appareil digestif*. Quand il est très violent, il peut toujours être envisagé

comme ayant un caractère *urémique* et alors il est le précurseur habituel des phénomènes graves d'ordre nerveux. — *L'appétit* est constamment diminué dans la néphrite aiguë. Les *selles* retardent d'ordinaire, quoiqu'on note quelquefois des *diarrhées* assez intenses (v. p. 511). A titre de complication très exceptionnelle, signalons encore l'invasion de la *péritonite* (parfois purulente).

La néphrite aiguë n'exerce d'influence manifeste sur la *chaleur animale* que pour autant que la maladie se déclare chez des personnes saines et du moins jusque-là exemptes de fièvre. Alors se déclare assez souvent une fièvre modérée à exacerbations irrégulières de 38° à 39° c. Il est rare qu'une néphrite aiguë apparemment primitive commence brusquement par un frisson et une chaleur élevée (40°). — Nous avons parlé plus haut du retentissement qu'a sur le chaleur vitale, l'explosion des *phénomènes urémiques*.

L'état général se ressent fortement de la plupart des néphrites aiguës graves. Il est vrai que l'œdème masque parfois les progrès de l'*émaciation*; en revanche on voit l'anémie se dessiner plus fortement par suite de la pâleur particulière qu'elle prête à la bouffissure de la face.

Les *symptômes urémiques* peuvent se déclarer à tout moment au cours de la néphrite aiguë. Parfois on est préparé à l'apparition de l'urémie par une forte réduction de la diurèse ou par les symptômes prodromiques qui la présagent. Dans d'autres cas, elle commence avec un éclat soudain par des phénomènes éclamptiques graves. Pour ce qui concerne de plus amples détails, on peut s'en rapporter à ce que nous avons dit à la page 507.

Marche et formes diverses de la néphrite aiguë. Le tableau clinique de la néphrite aiguë pris dans son ensemble dépend essentiellement de son mode d'évolution. Si la maladie se déclare au cours d'une maladie générale grave de nature infectieuse, par exemple, une affection septique, une endocardite ulcéreuse, un typhus sévère, etc., les changements urinaires sont parfois le seul indice de l'invasion de la complication. L'appareil morbide fortement fébrile n'est en aucune manière modifié dans son essence par l'affection rénale incidente; l'œdème, les symptômes urémiques ne se déclarent pas d'ordinaire, peut-être parce que la mort ne tarde pas à mettre un terme à la maladie fondamentale.

Pareillement, dans la néphrite qui évolue chez des personnes bien portantes jusque-là ou chroniquement malades (tuberculose, etc.), les modifications de l'urine sont souvent l'unique symptôme révélateur, tandis que les autres symptômes généraux et consécutifs restent dans l'ombre ou sont à peine ébauchés. Ces cas d'*intensité légère* ne se traduisent que par une prostration générale plus ou moins accusée et par de l'inappétence. Les œdèmes

manquent complètement ou ne se montrent qu'à un faible degré. Quoi qu'il en soit, des circonstances semblables imposent une grande circonspection, car de leur milieu peut surgir subitement une véhémente attaque urémique.

L'image la plus accomplie de la *néphrite aiguë grave* est fournie par la *néphrite scarlatineuse* qui se déclare chez les enfants en pleine convalescence de la *scarlatine* ou complètement guéris en apparence, et puis par beaucoup de néphrites soi-disant *idiopathiques* ou dues à un *refroidissement*. C'est ici qu'on voit souvent se développer une hydropisie générale, des affections pulmonaires consécutives, des symptômes urémiques, les manifestations déjà décrites dont l'appareil circulatoire est le théâtre, etc. C'est encore l'examen de l'urine qui seul donne la clef du vrai diagnostic en cette occurrence. Toutefois les autres symptômes morbides qui apparaissent parfois de bonne heure en ces mêmes conditions (œdème, anémie, vomissements), peuvent donner l'éveil sur l'affection rénale qui est en train de couvrir.

On ne peut guère donner que des aperçus généraux sur la *marche* et la *durée* de la néphrite aiguë, parce qu'il existe trop de variété sous ce rapport. Nous serions entraîné trop loin en voulant décrire en détail et selon les conditions étiologiques qui y président, toutes les différentes formes de néphrite. Nous renvoyons par conséquent à la description de chacune des affections primitives où sont relevés les signes caractéristiques des complications rénales éventuelles. Il n'y a que la néphrite primitive (à frigore) et la néphrite gravidique qui demandent encore quelques développements.

La néphrite par refroidissement (idiopathique, primitive) se déclare assez rapidement après l'action de sa cause occasionnelle. Les premiers phénomènes morbides sont tantôt peu prononcés, tantôt assez violents (frisson, fièvre, douleurs rénales, etc.). Parfois ils coexistent avec d'autres « symptômes rhumatismaux » (angine, douleurs articulaires). La marche subséquente peut être légère ou grave. Dans le premier cas, l'œdème qui se forme reste modéré, les modifications de l'urine (albuminurie, mélange de sang, etc.) n'atteignent pas un haut degré et après quelques semaines la guérison est entière. Dans le second cas, au contraire, se développe le tableau morbide d'une néphrite aiguë sévère, très souvent hémorragique, avec forte hydropisie générale, urémie, etc., qui après 3 à 4 semaines et plus tôt encore peut conduire à la mort. Cependant malgré ce cortège de symptômes graves il peut encore se produire de l'amélioration. Alors la quantité d'urine augmente peu à peu, les matériaux anormaux de l'urine, les œdèmes et autres manifestations morbides disparaissent graduellement. Il est vrai qu'il se passe parfois un temps notable avant que la guérison soit complète, puisque, nonobstant le rétablissement intégral du bien-être

subjectif du malade, l'urine continue encore à renfermer un peu d'albumine, quelques cylindres, quelques hématies, etc. Il faut songer en outre à la possibilité d'une transformation de la néphrite aiguë en néphrite chronique.

La néphrite gravidique a d'ordinaire un début insidieux. Il se manifeste un besoin plus fréquent d'uriner et de l'œdème aux extrémités inférieures, parfois encore un état nauséux et une tendance aux vomissements. Si l'on examine l'urine, on y trouve une assez bonne quantité d'albumine, mais relativement peu d'éléments fixes. Ce sédiment peu copieux consiste en cylindres hyalins, en quelques rares leucocytes et en débris d'épithélium, etc. Il est rare aussi que l'urine présente une teinte hémorragique.

L'état susdit persiste presque toujours jusqu'au terme de la grossesse. Dans les cas à terminaison propice, la guérison s'opère aussitôt après l'accouchement. Mais il faut redouter comme une complication dangereuse et assez fréquente, l'apparition de l'*éclampsie puerpérale*. Celle-ci doit être complètement assimilée à l'urémie. Elle commence par des signes prodromiques légers ou d'une façon subite par de violentes convulsions générales, au milieu desquelles la femme accouche ordinairement. Les attaques convulsives qui peuvent se succéder rapidement, font place à un coma plus ou moins prolongé. Dans un tiers environ des cas la mort survient, dans les autres la guérison a lieu, rarement le passage à l'état chronique. Le pronostic est plus défavorable encore pour l'enfant que pour la mère, puisqu'il succombe à peu près dans la moitié des cas.

Les lésions anatomiques de la néphrite gravidique ne sont jamais très apparentes à l'œil nu. Les reins sont pâles et peu élargis. Au microscope on trouve ordinairement un œdème interstitiel léger et de la dégénérescence épithéliale. Il est rare qu'il y ait des altérations néphritiques plus prononcées.

Diagnostic. La néphrite aiguë ne passe inaperçue que pour autant qu'on néglige d'examiner l'urine ou que cet examen ne soit pas praticable. Cette dernière circonstance se présente quand, par exemple, les malades ne tombent sous l'observation médicale qu'après l'apparition des phénomènes urémiques graves. Les altérations de l'urine offrent du reste assez de caractères distinctifs pour faire reconnaître l'existence de l'affection rénale. Quant à dire si l'on a affaire à une néphrite aiguë, il n'y a que les données anamnestiques, les circonstances étiologiques et l'évolution de la scène morbide qui puissent décider cette question. Il faut tenir compte encore de l'éventualité d'une crise d'exacerbation aiguë qui vient se greffer

sur une néphrite chronique existant depuis longtemps et vierge peut-être de tout symptôme (*néphrite hémorragique aiguë récurrente*).

Pronostic. Le pronostic de la néphrite aiguë, en beaucoup de cas, ne dépend pas seulement de l'affection rénale en elle-même, mais aussi de la maladie primitive fondamentale. Les éléments multiples qui sont à considérer ici ne sont pas susceptibles d'une analyse détaillée, ils seront signalés dans les chapitres traitant de ce genre de maladies.

Beaucoup de néphrites primitives (à la suite d'influences toxiques, de refroidissements, etc.) et un grand nombre de néphrites consécutives (à la scarlatine, à la pneumonie, au typhus, à la syphilis, à l'état de grossesse, etc.) aboutissent, selon la gravité de chaque cas, à une guérison complète, en peu de temps ou après plusieurs semaines. Il faut dire cependant que la néphrite, quelle qu'elle soit, doit toujours être considérée comme une affaire sérieuse, en partie parce qu'elle peut devenir le point de départ d'une affection chronique permanente du rein, en partie parce que les cas en apparence légers à leur début, ont quelquefois des conséquences dangereuses. Les dangers de la néphrite aiguë consistent principalement : 1. dans l'apparition de l'hydropisie généralisée, surtout quand elle envahit les cavités internes. C'est l'hydrothorax qui offre le plus de danger sous ce rapport, par l'asphyxie que la compression du poumon peut produire. 2. Dans l'urémie, surtout dans sa forme convulsive avec haute température et paralysie finale du cœur. 3. Dans les inflammations des organes internes, parmi lesquelles les pneumonies secondaires constituent une source de mort assez fréquente, tandis que la péricardite et la péritonite secondaires, comme il a été dit, ne s'observent que dans des circonstances exceptionnelles. Il faut observer néanmoins que chez les personnes saines sous tout autre rapport, les suites fâcheuses dont nous venons de parler peuvent heureusement être conjurées. L'hydropisie la plus intense est susceptible de résorption, et même après les symptômes urémiques les plus véhéments, on voit parfois, surtout chez les enfants, la guérison avoir lieu.

Traitement. En faisant abstraction de l'affection fondamentale, nous pouvons nous borner à parler des remèdes dont le médecin se sert contre la néphrite elle-même et ses conséquences.

Quelque séduisante que soit l'idée de vouloir agir favorablement sur les processus néphritiques à l'aide de médicaments qui, de même que les substances nocives, parviennent directement aux reins, les résultats pratiques dont on pourrait se prévaloir sous ce rapport sont loin d'être acquis. Les remèdes préconisés dans cette vue, le tannin (en poudres de 0,05 à 0,2 plusieurs fois par jour) et les drogues qui en renferment (*feuilles*