

gastro-intestinaux, diarrhée et vomissements, manquent ordinairement; le coma est précoce si l'urémie est aiguë, mais elle revêt souvent la forme lente; au début de l'encéphalopathie, les qualités de l'urine sont les mêmes que dans les jours antécédents, on ne voit pas cet abaissement considérable de densité qui est observé dans les formes toxiques; souvent, en revanche, il y a depuis plusieurs jours une diminution quantitative d'urine voisine de l'anurie; enfin l'air expiré et les sécrétions ne contiennent point d'ammoniaque. — D'après Traube, les malades présenteraient toujours dans ce cas une hypertrophie du cœur; j'ai déjà dit les raisons qui m'empêchent d'accepter cette proposition; le fait important ici n'est point l'œdème, c'est l'anémie du cerveau, laquelle peut être produite sans désordre cardiaque, par un simple trouble de l'innervation vaso-motrice.

Dans l'empoisonnement par le carbonate d'ammoniaque, que j'ai nommé *ammoniémie*, c'est l'élément convulsif qui domine, la bouche est sèche, la soif vive, l'élimination quotidienne de l'urée tombe au minimum, les vomissements et la diarrhée sont très-fréquents, les matières renferment soit de l'urée, soit de l'ammoniaque, et cela alors même qu'il n'y en a ni dans l'air expiré, ni dans le sang; l'urine est parfois ammoniacale sans que l'on puisse attribuer cette anomalie au séjour du liquide dans la vessie; il est sécrété avec cette propriété (Graves).

Quant à l'empoisonnement par les matières extractives, variété que j'ai appelée par abréviation *créatinémie*, elle ne peut être soupçonnée que par exclusion; c'est-à-dire que si, dans un cas donné, l'encéphalopathie ne peut être rapportée ni à l'hydropisie ni à l'anémie du cerveau, et que d'autre part les signes de l'intoxication ammoniémique manquent totalement, l'empoisonnement par les matières extractives devient la seule interprétation possible.

L'**urémie par résorption** est caractérisée par les phénomènes de l'ammoniémie, avec cette différence considérable que la *fièvre* est constante; les accidents gastro-intestinaux ne manquent pas davantage, la soif est vive, les lèvres et la langue sont fuligineuses, les convulsions sont le symptôme dominant, et la mort a lieu dans un état typhoïde très-marqué. L'urine est ammoniacale, l'air expiré contient de l'ammoniaque, les malades n'ont dans leurs antécédents ni hydropisie ni symptômes brightiques, l'albuminurie peut faire totalement défaut; en revanche, on trouve une lésion abdominale ou pelvienne qui fait obstacle au cours de l'urine. La provenance de l'ammoniaque dans ces cas-là n'est pas toujours la même: elle peut résulter de la décomposition de l'urée résorbée, elle peut aussi être formée dans la vessie et être reprise directement par absorption sous forme d'ammoniaque; c'est ce qui a lieu lorsque l'obstacle, siégeant très-bas, permet l'arrivée de l'urine dans son réservoir et en empêche l'évacuation.

Le groupement pathogénique des diverses modalités de l'encéphalo-

pathie urinaire est résumé dans le tableau suivant, que j'extrai de ma *Clinique médicale*:

Encéphalopathie urinaire ou Urémie.	{ Par insuffisance de la sécrétion (insuffisance rénale. — Ré- tention). { Par insuffisance de l'excrétion (Résorption).	Hydropisie et anémie du cerveau.
		Ammoniémie. Créatinémie.
		Ammoniémie.

Le **pronostic** de l'urémie varie avec les conditions diverses de la lésion rénale; si elle est chronique et irréparable, l'urémie est mortelle, puisque les conditions qui l'ont amenée sont permanentes. Lorsque, au contraire, l'insuffisance de l'uropoïèse et l'urémie consécutive tiennent à des lésions récentes, superficielles et réparables, la guérison peut être espérée, et c'est pour cette raison que l'urémie scarlatineuse et la puerpérale sont moins graves que les autres. C'est donc dans l'état des reins, apprécié par l'examen microscopique de l'urine, qu'il faut chercher les raisons du pronostic, et non pas dans la forme symptomatique de l'urémie. On a dit cependant que la modalité clinique a son importance, que l'urémie lente, par exemple, est constamment mortelle, et que la forme éclamptique pure pardonne plus souvent que toute autre; le fait est vrai, mais il justifie ma proposition: si l'urémie lente tue toujours, c'est parce qu'elle est toujours liée à une néphrite parenchymateuse chronique, lésion irréparable; si la forme éclamptique pure est moins fatale, c'est parce qu'on la voit surtout dans la scarlatine et dans l'état puerpéral, et que les lésions rénales sont souvent bornées alors à une simple desquamation catarrhale.

#### TRAITEMENT.

L'indication fondamentale est d'activer la sécrétion rénale et de favoriser l'élimination des matériaux urinaires contenus dans le sang; cette indication est remplie par les drastiques et les diurétiques. Ces moyens, vu la spoliation qu'ils produisent, font baisser la pression dans le système vasculaire et préviennent l'exosmose séreuse, conséquemment ils ne sont pas moins rationnels dans l'encéphalopathie par œdème; chez les sujets vigoureux, la saignée est le moyen le plus efficace pour remplir cette indication mécanique, mais il faut que le diagnostic pathogénique soit bien certain. On ne négligera pas d'exciter les fonctions de la peau, soit au moyen de frictions sèches, soit au moyen d'ablutions tièdes ou froides (Richardson), et dans l'urémie lente les toniques et les stimulants doivent être largement administrés. — Dans la forme *réflexe pure*, c'est-à-dire dans cette encéphalopathie indépendante de l'uropoïèse et des troubles



mécaniques de la circulation, qui est parfois observée dans les premiers mois de la grossesse et après l'achèvement du travail, les inhalations répétées de chloroforme sont extrêmement utiles; en diminuant l'excitabilité nerveuse, cet agent éloigne les accès convulsifs, et, par suite, il prévient la congestion et la transsudation encéphaliques, suite des convulsions elles-mêmes; je crois même qu'on peut lui attribuer une *action plus directe*, dans ces cas où l'anémie cérébrale est le résultat d'un simple spasme vasculaire sans œdème antécédent. Cette médication, de laquelle on peut rapprocher l'administration à l'intérieur du chloral et du bromure de potassium, suppose un diagnostic pathogénique solidement assis, car dans les autres formes d'encéphalopathie elle n'est pas seulement inefficace, elle peut être nuisible (1).

## CHAPITRE V.

### NÉPHRITE SUPPURÉE.

#### GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Cette maladie est rare, soit qu'on en considère la fréquence absolue, soit qu'on la compare aux affections rénales que nous venons d'étudier (2).

(1) Les indications et les méthodes thérapeutiques de l'urémie et de l'éclampsie sont complètement discutées et exposées dans mes *Leçons cliniques de l'hôpital Lariboisière*.

(2) RAYER, VOGEL, ROSENSTEIN, *loc. cit.*

WALTER, *Einige Krankheiten der Nieren*. Berlin, 1800. — DOLCIUS, *De renum inflammatione*. Halle, 1826. — CHOMEL, *Recherches sur la néphrite* (*Arch. gén. de méd.*, 1837). — SENHOUSE KIRKES, *Med. chir. Transact.*, 1852. — CHAMBERS, *Brit. and for. med. chir. Review*, 1853. — BECQUEREL et RODIER, *Chimie path.* Paris, 1854. — JOHNSON, *Die Krankheiten der Nieren* (Deutsch von Schütze). Berlin, 1856. — BECKMANN, *Zur Kenntniss der Niere* (*Virchow's Archiv*, 1857). — ULLRICH, *Med. Central-Zeit.*, 1859. — HASSAL, *The urine in health and disease*. London, 1863. — MOSLER, *Beiträge zur Path. und Therapie der Krankh. der Harnwege* (*Arch. der Heilk.*, 1863). — TREITZ, JACKSCH, *loc. cit.* — KUSSMAUL, *Beiträge zur Pathologie der Harnorgane* (*Würzburger med. Zeits.*, 1864). — HARLEY, *Lectures on the urine and diseases of urinary organs* (*Med. Times and Gaz.*, 1864).

LEYDEN, *De paraplegiis urinaris*. Regiomonti, 1865. — W. ROBERTS, *A practical treatise on urinary and renal diseases*. London, 1865. — GORDON, *Case of reno-pulmonary fistula* (*Dublin Journ. of med. Sc.*, 1866). — TYSON, *Cystic abscess of both kidneys* (*American Journ. of med. Sc.*, 1866). — GINTRAC, *Abcès du rein gauche ouvert dans le colon* (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1867). — OGLE, *St. George's Hosp. Reports*, 1867. — HILTON, *Guy's Hosp. Reports*, XIII, 1867. — SCHUSTER, *Stichwunde der Niere; Heilung*

Les causes en sont assez précises; ce sont 1° le TRAUMATISME de la région lombaire, coups, chutes, contusions, plaies; — 2° les INFLAMMATIONS DES VOIES URINAIRES INFÉRIEURES (uretères, vessie, urèthre); — 3° la RÉTENTION D'URINE, quelle qu'en soit la cause (maladies cérébro-spinales, lésions de la vessie ou de l'urèthre); l'urine ainsi retenue se décompose, devient alcaline, et agit alors par irritation directe sur le tissu du rein; — 4° l'inflammation du tissu périrénal ou PÉRINÉPHRITE; — 5° l'INFECTION PUTRIDE OU PURULENTE. Dans ces dernières conditions, les foyers purulents des reins sont souvent produits par embolies, ce sont des *infarctus métastatiques*, mais ce mode de production ne paraît pas constant; dans bon nombre de cas, il s'agit réellement d'une néphrite suppurée née sur place, le rein étant enflammé par le sang altéré, comme le sont fréquemment, dans les mêmes circonstances, la plèvre et le péritoine. Au point de vue clinique, cette NÉPHRITE SEPTIQUE n'a pas à beaucoup près l'importance des autres formes; elle n'est qu'un élément de plus dans un processus morbide généralisé, et, en raison de l'état grave des malades, elle passe souvent inaperçue.

L'abus des diurétiques, l'élimination par l'urine de substances irritantes, ont souvent figuré dans cette étiologie; c'est à tort, ces substances bornent leur action à l'épithélium et ne peuvent donner lieu qu'à une néphrite catarrhale. En revanche, je ne puis m'associer à l'opinion des auteurs qui nient l'influence étiologique du REFROIDISSEMENT; certes cette cause est rare, mais elle est réelle, et j'ai observé deux fois déjà une néphrite suppurée mortelle à laquelle il était impossible d'assigner une autre origine.

La néphrite est souvent double; mais contrairement à la néphrite diffuse, elle peut être unilatérale, tout dépend de la cause qui lui donne naissance.

(*Oester. Zeits. f. prakt. Heilk.*, 1868). — BURRITT, *Renal abscess* (*Med. and surg. Reporter*, 1868). — ROMAUD, *Thèse de Paris*, 1869. — OWEN REES, *On the early indications of nephritic irritation* (*Guy's Hosp. Reports*, 1869). — RABORG, *New-York med. Record*, 1869. — CURLING, *Case of severe rupture of the kidney; Recovery* (*Brit. med. Journ.*, 1869). — HADLOCK, *Abscess of the left kidney from renal calculus* (*Philad. med. surg. Rep.*, 1871). — ROSENSTEIN, *Ueber complementäre Hypertrophie der Niere* (*Virchow's Archiv*, LIII; 1871).

ROBERT, *On pyuria in young children* (*Med. Times and Gaz.*, 1872). — HACKENBERG, *Fall von vollständigem Mangel der rechten Niere und linksseitiger suppurativer Nephritis* (*Berlin. klin. Woch.*, 1872). — HOWSHIP DICKINSON, *On disseminated suppuration of the kidney secondary to certain conditions of urinary disturbance* (*Med. chir. Trans.*, 1873). — GOODHARDT, *Surgical Kidneys* (*Trans. of the path. Soc.*, 1873). — SMITH, *Nephritic abscess opened from the back* (*The Lancet*, 1873). — DOWSE, *Nephritic abscess* (*Med. Times and Gaz.*, 1874).