

La *bradycardie* constitue parfois une forme larvée de l'urémie (action des toxines sur le bulbe).

Le *diagnostic des formes cliniques* de l'urémie repose sur les divers signes précédents, et aussi sur ceux qui indiquent l'existence d'une néphrite ancienne ou récente, tels que : troubles visuels, hypertrophie du ventricule gauche, bruit de galop et hypertension artérielle.

**Formes étiologiques.** — L'urémie est différée quand l'un des reins reste assez sain pour suppléer l'autre (cancer du rein). Par contre, l'urémie est fatale quand une lésion chronique bilatérale annihile peu à peu la fonction rénale, ou qu'une lésion aiguë ferme brusquement les deux reins. En matière d'urémie, l'étendue des lésions prime leur nature. L'occlusion peut du reste occuper tous les étages des voies urinaires, attribuable : à la *compression lente des uretères* par un cancer ou un fibrome utérin (dilatation des uretères, des calices, des bassinets), à l'*oblitération calculeuse*, au *rétrécissement cicatriciel* ou prostatique de l'*urètre*, à l'oblitération des glomérules et des tubes du rein, parfois très rapide et très diffuse dans les *néphrites aiguës* (surtout *a frigore*). On a vu cependant, quoique rarement, l'anurie se prolonger jusqu'à 20 et 29 jours, sans urémie, exemple de tolérance exceptionnel de l'organisme. Il est plus habituel que l'urémie complique plus ou moins vite les *infections à déterminations rénales* (*scarlatine, fièvre typhoïde, diphtérie, choléra*), dont elle défigure plus ou moins le tableau clinique. Chez le vieillard, le rein, à peine suffisant à l'état sain, faillit vite à sa tâche quand éclate une infection, comme la pneumonie, par exemple, que compliquent rapidement des accidents d'auto-intoxication.

Les *néphrites chroniques* tendent naturellement, par les progrès de l'atrophie rénale, vers l'urémie lente, mais elle est quelquefois assez tardive; il en est de même dans la maladie polykystique du rein. La *néphrite dite parenchymateuse* semble comporter une plus longue perméabilité rénale, et la diffusion des œdèmes y paraît reculer l'échéance des accidents urémiques.

Chez les *cardiaques artério-scléreux* parvenus à la phase myocardique, l'urémie vient compliquer le processus, grâce aux lésions rénales concomitantes.

Dans ces différents états, les accidents éclatent souvent grâce à certaines causes occasionnelles : *infections aiguës*, pneumonie, grippe, érysipèle; *grossesse, coup de froid, écarts de régime*, excès alcooliques surtout; *médications intempestives*, vésicatoires, pilocarpine, bains de vapeur, antipyrine; *suppression rapide d'un émonctoire cutané* tel qu'eczéma suintant étendu. Les malades atteints d'atrophie rénale progressive sont tout spécialement menacés, à toute occasion, d'intoxication rapidement fatale.

## CHAPITRE II

## SÉMIOLOGIE SPÉCIALE DES REINS

## I. — CONGESTIONS RÉNALES

Les troubles de la circulation glomérulaire retentissent directement sur la fonction rénale. On distingue des *congestions aiguës* et *chroniques* qui diffèrent autant par leur mécanisme que par leurs conséquences.

**Congestions aiguës ou actives.** — La congestion rénale dite *essentielle* n'est souvent qu'une néphrite passagère. A. Robin distingue une *forme simple a frigore* et une *forme typhoïde infectieuse*. Les formes simples revêtent les allures d'un lumbago, d'un embarras gastrique ou d'une fièvre herpétique, mais les urines troubles, couleur bouillon de bœuf, sont très albumineuses, déposent des hématies, des leucocytes, des cylindres hyalins et épithéliaux; en peu de jours, la fièvre tombe et l'albuminurie cesse, mais le sujet, amaigri, reste assez longtemps pâle et faible.

Les *congestions rénales hémoglobinuriques* et *hématuriques* décrites par Kelsch et Kiener dans le paludisme aigu semblent bien des congestions pures. Il en est de même des congestions rénales consécutives aux brûlures étendues, aux lésions cérébrales en foyer (hémorragies), à l'état de mal épileptique (vaso-dilatation active), aux irritations des uretères, de la vessie et de l'urètre chez les prostatiques, les rétrécis et les calculeux (par voie réflexe).

Cliniquement, la congestion a une expression différente suivant qu'elle frappe des reins sains ou déjà malades. Dans le premier cas, tout se borne à quelques douleurs lombaires accompagnées de polyurie et de pollakiurie, et à la présence, dans l'urine, d'un peu d'albumine et de quelques hématies; troubles cédant rapidement au repos et au régime lacté. Les *poussées congestives légères, secondaires aux néphrites chroniques*, ne se traduisent que par des urines réduites, louches, plus albumineuses, légèrement hématuriques. La *congestion massive suraiguë* aboutit à l'anurie brusque, souvent mortelle.

Au cours et au début de la *tuberculose rénale*, la congestion peut déterminer des hématuries abondantes et répétées.

**Congestion passive.** — La *stase rénale* durable fait partie de tous les états asystoliques prolongés, quelle qu'en soit la cause (lésions valvulaires, surtout mitrales, cardio-scléroses, symphyse cardiaque, insuffisance tricuspidiennne secondaire aux affections pleuro-pulmonaires, etc.).

L'urine des cardiaques est d'habitude rare, sédimenteuse, rougeâtre; les crises moyennes d'asystolie accentuent ces caractères; la quantité des urines tombe à un demi-litre ou moins; la densité s'élève à 1020-1050; l'acidité est

franche; le taux de l'acide urique et des urates augmente, celui de l'urée est diminué; l'albuminurie est la règle (1 à 2 gr.). Le culot de centrifugation contient, outre les cristaux d'acide urique et d'urates, des hématies et quelques cylindres hyalins ou épithéliaux (plus rares). La perméabilité au bleu peut être conservée. En résumé, lésions congestives superficielles, réparables, comme l'indique la disparition rapide de l'albumine sous l'influence du régime lacté et des toniques du cœur. Cependant, il est des asystolies graves, oliguriques, qui, malgré le lait, ne cèdent pas à la digitale; celle-ci ralentit le cœur, mais ne provoque pas la diurèse (Merklen), en même temps se manifestent les effets toxiques de l'insuffisance rénale: douleurs lombaires, céphalée, insomnie, agitation, dyspnée, vomissements, hypothermie, rythme de Cheyne Stokes, coma. Dans ces cas, les urines, rougeâtres et boueuses, atteignent difficilement 200 à 500 grammes en 24 heures. Même quand la situation s'améliore, des traces d'albumine, des cylindres, subsistent souvent longtemps dans les urines; la face et les malléoles restent œdémateuses. La distinction est alors fort délicate entre une cardiopathie compliquée de néphrite et une néphrite chronique arrivée à la phase cardiaque. Dans la dernière hypothèse, on constate dans le présent ou dans le passé: la polyurie claire avec pollakiurie et urines peu denses, l'hypertension artérielle et le bruit de galop gauche.

Huchard a signalé la *dyspnée toxique ptomainique* des cardiaques artérioscléreux, dyspnée paroxystique nocturne, sans signes stéthoscopiques, simulant l'asthme, cédant en quelques jours à la diète lactée: preuve de son origine plutôt rénale que cardiaque.

## II. — INFARCTUS DES REINS

L'infarctus du rein, d'origine embolique, complique surtout les cardiopathies. Il résulte de la mobilisation d'un petit caillot fibrineux ou d'une végétation de provenance variable: orifice mitral (rétrécissement ou insuffisance à forme végétante); pointe du cœur, oreillette ou auricule gauche, sigmoïdes aortiques, paroi de l'aorte athéromateuse (aortite chronique), anévrisme aortique, anévrisme de la pointe du cœur.

Cliniquement, la formation d'un infarctus rénal passe souvent inaperçue; quelquefois, pourtant, elle est brusquement signalée par une vive douleur lombaire, véritable *point de côté rénal* auquel correspondent des urines tout à coup rares et sanglantes. On a même pu, en même temps, prendre sur le fait le détachement d'une végétation marqué par la disparition d'un pialement attribuable à sa présence (Chauffard).

## III. — ABCÈS DU REIN

*Signes étiologiques.* — Les suppurations rénales reconnaissent des origines variables, permettant de les classer en: *abcès traumatiques*, consécu-

tifs à une plaie, à une déchirure ou à une contusion rénale; *abcès pyémiques ou miliaires*, hémotogènes, attribuables à des embolies microbiennes au cours des pyémies, compliquant: l'état puerpéral, l'endocardite ulcéreuse, la convalescence de la fièvre typhoïde, de la variole, des infections bronchiques; *abcès d'origine urinaire*, les plus communs, dus à l'*infection ascendante* par le *coli-bacille* (le plus souvent) qui pullule dans les voies urinaires inférieures obstruées ou dilatées (calculs rétrécis ou prostatiques).

*Signes cliniques.* — Le début clinique des abcès du rein reste en général obscur, sauf dans les *formes traumatiques* où il est signalé par une hématurie. Dans les *pyémies*, les urines rares, rougeâtres, sont plus ou moins albumineuses; les fosses rénales présentent une sensibilité profonde, vague, spontanée ou provoquée. L'état général est plus caractéristique; on constate: une *fièvre* rémittente ou par accès irréguliers suivis de sueurs profuses, un faciès terreux, de la sécheresse de la langue, une cachexie progressive avec anorexie absolue, du sub-délire; le tout aboutissant à la mort par infection généralisée. Les *formes traumatiques* ou a *frigore* peuvent débiter par un frisson, un point de côté rénal, une fièvre continue ou intermittente, dont l'origine est soupçonnée quand apparaissent: une tuméfaction rénale avec douleurs irradiées le long de l'uretère et des branches du plexus lombaire; des troubles de la miction et de la pyurie.

## IV. — PYÉLONÉPHRITE

Ce chapitre n'aura trait qu'aux *pyélonéphrites* dites *spontanées* et aux *pyélonéphrites ascendantes* des infections urinaires; celles qui compliquent la tuberculose et la lithiase rénale devant être étudiées avec les affections causales.

*Pyélonéphrites spontanées.* — Les *pyélonéphrites* dites *spontanées* (A. Robin) succèdent à l'élimination de produits irritants, toxiques ou microbiens: balsamiques, cantharide; urines altérées par un traumatisme, un refroidissement, le surmenage musculaire. Le rein et le bassinnet semblent atteints simultanément; le rein peut-être d'abord (A. Robin).

Les faits cliniques se groupent sous trois chefs: *Pyélonéphrites catarrhale, fibrineuse et suppurée.*

1° *Pyélonéphrite catarrhale.* — Forme très atténuée, provoquée, chez certains sujets, par les balsamiques (térébenthine, copahu, santal); elle se traduit par des douleurs affectant les deux reins et par l'émission fréquente et impérieuse d'urines surcolorées dont le dépôt abondant renferme de nombreuses cellules épithéliales du bassinnet; la suppression de la cause, les alcalins et le lait amènent rapidement la guérison. L'élimination massive de sels et de toxines qui succède aux grandes infections (pneumonie, fièvre typhoïde) peut aussi entraîner le catarrhe du bassinnet.

2° *Pyélonéphrite fibrineuse.* — Elle succède à l'application de *vésica-*

toires trop larges ou trop répétés. Bien plus grave, elle se traduit par de vives douleurs lombaires ou hypogastriques, de fréquents besoins d'uriner, des épreintes à chaque miction, quelquefois par une dysurie susceptible d'aller jusqu'à l'anurie. Très rares et foncées, albumineuses, souvent sanglantes, les urines sont chargées de mucus et de fibrine se prenant en gelée rose dans le bocal. Le dépôt contient nombre de cylindres fibrineux, épithéliaux, hyalins, et des cellules épithéliales du bassinet. Quoique apaisés par le lait, les alcalins et l'opium, ces accidents peuvent, quand l'infection complique le cantharidisme, devenir l'origine d'une néphrite chronique.

5° **Pyélonéphrite suppurée.** — Elle reconnaît pour principales causes : le surmenage physique, le refroidissement, peut-être la blennorrhagie (par infection secondaire), et chez l'enfant, certains troubles intestinaux (colibacille). Les premiers signes en sont : des douleurs rénales vives, de la dysurie, de la fièvre avec abattement et embarras gastrique, l'émission d'urines très albumineuses, parfois sanglantes. Il arrive que l'albuminurie soit très fugace ; bientôt, le palper bimanuel constate la tuméfaction douloureuse d'un des reins ; l'urine dépose une couche de pus contenant, outre les globules purulents, des cellules épithéliales du bassinet (effilées ou en raquette), isolées ou imbriquées. On observe souvent des poussées successives de pyurie fébrile alternant avec des rémissions ; puis la guérison survient ; mais les récurrences se produisent au moindre écart. Le malade est, du reste, exposé à la mort par : infection urinaire chronique ; rupture du bassinet ; congestion rénale avec anurie et urémie, ou périnéphrite suppurée.

**Pyélonéphrites ascendantes.** — Elles résultent de la propagation, de bas en haut, au bassinet et au rein, d'infections microbiennes d'origines diverses ; cette ascension bactérienne est particulièrement favorisée par : la rétention d'urine, quelle qu'en soit la cause (rétrécissement de l'uretère, hypertrophie prostatique, compression de l'uretère, paralysie vésicale par myélopathie), la sénilité, l'artériosclérose et la congestion rénale (froid, surmenage, excès alcoolique ou vénérien). La propagation infectieuse, habituellement ascendante, par diffusion microbienne simple (Guyon, Albarran), est peut-être quelquefois descendante, par voie sanguine (Bazy).

La pyélonéphrite ascendante retentit sur l'état général, sur les caractères des urines et sur la région des reins.

A des frissons succède une fièvre irrégulière, rémittente ou périodique, accompagnée d'état nauséux, d'embarras gastrique et de sueurs. La langue est sèche, l'haleine fétide, l'anorexie absolue, le facies amaigri et terreux. Dans les cas graves, l'état est réellement typhoïde, la langue fuligineuse, la bouche assez sèche pour gêner la déglutition (*dysphagie buccale* des urinaires) et favoriser le muguet ; souvent surviennent du subdélire, des sueurs froides et du collapsus cardiaque. Ces signes d'infection ont une évolution aiguë ou chronique.

D'abord on ne trouve dans les urines qu'un peu d'albumine, des cylindres hyalins et des cellules du bassinet. Mais très rapidement s'établit la polyurie avec pyurie trouble et homogène. L'urine (2 à 3 litres), trouble, comme

laiteuse (du début à la fin de la miction), neutre ou alcaline (ammoniacale), présente, après repos, un dépôt purulent contenant des cylindres, des cellules épithéliales et des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien.

A défaut de distension rénale, le palper constate des douleurs provoquées irradiant quelquefois vers les uretères ou la vessie. En cas de distension, le palper bimanuel perçoit une tumeur rénale profonde, douloureuse, rénitente, s'affaissant momentanément, lors des débâcles pyuriques auxquelles cèdent aussi la douleur et la fièvre ; pour réparaître avec la douleur quand l'occlusion de la poche laisse de nouveau les urines limpides.

La pyonéphrose expose à diverses complications : formation secondaire, dans les calices et le bassinet, de concrétions phosphatiques ; périnéphrite, scléro-lipomateuse ou suppurée ; ouverture de la poche dans un organe voisin ; oligurie et urémie ; septicémie colibacillaire.

La cause de la pyélonéphrite, sa nature bactérienne, sont déduites de l'observation clinique méthodique et de l'examen bactériologique des urines. L'estimation de la valeur fonctionnelle de chaque rein est également indispensable au chirurgien, quand l'intervention est discutée. A cette question répondront la palpation des reins et surtout l'analyse de l'urine propre à chaque rein (quantité du pus, taux de l'urée, etc.), recueillie grâce au cathétérisme isolé de chaque uretère.

#### V. — PÉRINÉPHRITES

**Signes étiologiques.** — La périnéphrite est l'inflammation de la capsule cellulo-adipeuse du rein. Dans le cours de la pyélite, calculeuse ou tuberculeuse, se développe, tantôt la forme scléro-lipomateuse, tantôt la forme suppurée, selon l'intensité de l'infection. La première peut être diffuse, enserrant tout le rein dans une coque scléro-graisseuse lardacée, ou circonscrite, n'atteignant que les éléments du hile, tout en refoulant excentriquement le parenchyme rénal. Plus commun, le phlegmon péri-néphrétique complique en général une pyélo-néphrite ascendante d'origine lithiasique, blennorrhagique, tuberculeuse ou urinaire (rétrécis, prostatiques), succédant aussi, plus rarement, à un traumatisme lombaire, à un refroidissement ; constituant, par exception, une localisation de la pyémie (état puerpéral, variole, fièvre typhoïde) ou la propagation d'un foyer suppuré voisin (psoas, utérus et annexes, appendice, vésicule biliaire).

**Symptômes.** — Le début peut être masqué par les troubles généraux de l'infection urinaire ou par les accidents de pyélonéphrite. Le tableau clinique le plus simple est celui de la pyélonéphrite traumatique ou a frigore, caractérisé par l'apparition rapide et successive : d'un grand frisson, d'une douleur lombaire, de fièvre, et parfois d'hématurie.

Sourde, lancinante, la douleur s'exaspère, en crises spontanées ou par la pression ; elle est continue ou rémittente. D'abord uniquement lombaire, elle irradie, ensuite selon la marche de l'abcès, soit vers le thorax, soit vers le

sacrum et l'articulation coxo-fémorale, la région iléo-cæcale ou le membre inférieur. Réveillée par les mouvements, les efforts, la toux, la pression, elle est calmée par la demi-flexion de la cuisse, attitude qu'adopte spontanément le malade.

La *tumeur péri-rénale* peut ne devenir accessible à la palpation bilatérale qu'au bout de trois ou quatre semaines, sous forme d'une masse diffuse dure, rénitente et immobile. On ne la constate quelquefois que sous le chloroforme.

La *fluctuation* que l'on recherche dans le décubitus ventral ou latéral (sur le côté sain) peut manquer plusieurs semaines et ne doit pas être attendue pour inciser. En même temps qu'elle, apparaissent : la rougeur et l'œdème de la région lombaire, l'effacement de l'échancrure costo-iliaque, quelquefois une poche sous-cutanée, réductible en partie par la pression (abcès en bouton de chemise). Ces signes font place, en cas d'abcès sus-rénal, à l'élargissement de la base du thorax, et, en cas d'abcès sous-rénal, à une voussure iliaque ou inguinale.

L'abcès détermine parfois des *signes de compression* du colon, du psoas, du nerf crural ou du plexus lombaire. L'*ouverture* peut se faire sur la paroi, donnant issue à un ou deux litres de pus, à moins qu'elle ne s'opère dans une cavité voisine.

Souvent très intense, la *fièvre* (39°, 40°) est rémittente ou intermittente, mais non périodique, rebelle à la quinine, accompagnée d'embarras gastrique, d'anorexie et de vomissements. Faibles et amaigris, les malades sont abattus, ont le teint terreux, la langue sèche. A la collection du pus répond souvent une rémission thermique passagère suivie de frissons irréguliers et de montées sudorales. Les cas graves comportent un véritable état ataxo-adynamique.

*Évolution.* — La durée, de cinq à six semaines en moyenne, peut atteindre des mois. La maladie présente une première phase douloureuse, une seconde phlegmoneuse. Quoique habituelle, la suppuration est quelquefois conjurée par les émissions sanguines et les frictions mercurielles. Non incisé, l'abcès tend à faire saillie dans le triangle de Jean-Louis Petit, mais l'ouverture spontanée offre des sièges très variables : région ombilicale (21 pour 100), péritoine (4 pour 100), colon (débâcle de pus coïncidant avec l'affaissement de la tumeur; parfois hémorragie intestinale); région sus ou sous-inguinale, bassin, vessie, vagin, articulation coxo-fémorale, plèvre ou cavités bronchiques (24 fois sur 100, terminaison par vomique, donnant 40 guérisons pour 100). Une fois ouvert, l'abcès, souvent se vide mal, par intermittences que séparent des recrudescences fébriles; une *fistule*, cutanée ou viscérale, peut persister. Aussi l'incision large et précoce est-elle toujours indiquée.

*Diagnostic.* — Au début, le diagnostic est très difficile; on peut croire : à un lumbago, à une névralgie lombo-iliaque; à une fièvre paludéenne, à une variole ou à une dothiéntérie; il arrive aussi qu'on reconnaisse la pyélonéphrite causale et non le phlegmon.

Quand une tumeur est constatable, la fièvre infirmera l'hypothèse d'un cancer, d'un kyste, ou d'une hydronéphrose aseptique. A une tumeur fluc-

tuante et réductible, on attribuera une origine profonde. Le *psoriasis* comporte la même attitude que la périnéphrite, mais la douleur, de siège différent, y est réveillée moins par la pression que par les mouvements du membre inférieur. Les *abcès par congestion*, coïncidant avec la raideur et la sensibilité du rachis, ont une marche plus lente que la péri-néphrite.

Le point de départ, la cause du phlegmon péri-néphrétique seront déduits des commémoratifs, de l'examen physique et fonctionnel du rein, des caractères du pus (phlegmoneux, gangreneux, mêlé d'urine ou de matières fécales), et des impressions recueillies par le doigt introduit dans la poche.

## VI. — SÉMIOLOGIE GÉNÉRALE DES NÉPHRITES

*Signes étiologiques.* — Toute néphrite semble imputable à une *toxémie*, qui, selon sa nature et sa durée, laisse sur le rein des lésions plus ou moins profondes. Le rein est déprécié par diverses conditions : âge adulte et surtout vieillesse, grossesse et accouchement, hérédité (rare); atrésie congénitale du système cardio-vasculaire (*aplasie artérielle*), avec ou sans infantilisme; certaines formes de chlorose (*chloro-brightisme*). L'action prolongée du froid humide, ou le refroidissement brusque, en troublant les échanges nutritifs, les fermentations intestinales ou la fonction anti-toxique du foie, créent une cause occasionnelle importante.

*Intoxication et infection*, tels sont les deux facteurs essentiels.

L'usage prolongé ou à doses massives, de certains *médicaments* : cantharide (vésicatoire), phosphore, sublimé, arsenic; l'ingestion d'acides forts (sulfurique-azotique), ou l'élimination prolongée de poisons faibles (plomb, blanc de céruse, balsamiques, alcool, etc.), peuvent, suivant la dose ou le mode d'élimination, réaliser divers types de néphrite. L'*auto-intoxication* intervient sans doute d'une manière très comparable dans la goutte, le diabète, le cancer, le surmenage, les brûlures étendues, les dermatoses, les affections gastro-intestinales, les ictères ou l'insuffisance hépatique.

Le plus souvent la néphrite reconnaît pour origine une *infection* : scarlatine, fièvre typhoïde, pneumonie, angines aiguës, septicémies (staphylococcie, streptococcie, colibacillose), choléra, diphtérie, tuberculose, etc. Dans tous ces cas, le rôle des toxines l'emporte sur l'action directe des bactéries.

*Signes essentiels.* — L'albuminurie, l'hématurie, les troubles de la perméabilité rénale ont été étudiés ailleurs.

Le *diagnostic des néphrites* repose sur quelques constatations indispensables. Au cours des infections aiguës, l'apparition d'albuminurie et d'œdèmes signifie toujours *néphrite* dont la gravité dépend de la présence ou de l'absence d'hématies ou de cylindres dans le dépôt. Chez un sujet sain en apparence, l'albuminurie offre une signification plus discutable, subordonnée aux résultats d'une enquête urologique plus complète, comprenant : l'évaluation du volume (en vingt-quatre heures), de la densité des urines, du taux des éléments normaux et anormaux; la recherche des cylindres, l'examen du sédi-

ment; l'épreuve du bleu de méthylène, la cryoscopie; enquête complétée par l'examen méthodique du cœur et des vaisseaux, surtout au point de vue de l'hypertension artérielle et du bruit de galop.

Suivant certains auteurs (Cuffer, Bard), l'albuminurie pourrait survivre à la guérison relative d'une néphrite aiguë (*néphrite parcellaire*; *albuminuries résiduales* ou *cicatricielles*), à la disparition du bruit de galop et des autres signes. Les caractères de cette variété sont : la fixité, l'influence nulle de la fatigue, des écarts de régime; la composition, d'ailleurs normale, de l'urine qui ne contient pas de cylindres, ou à peine, quelques cylindres hyalins; l'intégrité de l'état général et de l'appareil cardio-vasculaire. Dans ces conditions, la persistance de l'albuminurie n'implique qu'une restauration imparfaite de l'épithélium rénal. Cependant, on ne peut considérer les guérisons de ce genre que comme très relatives.

#### VII. — NÉPHRITES AIGÜES

**Signes cliniques.** — La forme la plus bénigne se traduit par une albuminurie moyenne, passagère, avec peu de cylindres, sans hématurie, ni douleurs lombaires, ni œdèmes. Tel est le cas dans la pneumonie, l'érysipèle, la fièvre typhoïde; la réparation est la règle, mais le rein reste peut-être plus désarmé contre les attaques ultérieures.

Plus intense la néphrite aiguë peut causer une urémie rapidement mortelle. Il en est ainsi dans la *fièvre typhoïde à forme rénale*. Troubles et rougeâtres, les urines sont rares, chargées d'hématies, d'albumine (jusqu'à 25 grammes par jour), de cylindres, pauvres en urée; on observe des douleurs lombaires, de la céphalée, des œdèmes, parfois localisés à la glotte; des vomissements et de la diarrhée, des troubles visuels, des épistaxis, des signes d'asthénie, et même, de dilatation aiguë du cœur (chez les jeunes sujets). L'urémie peut enfin se déclarer, dénoncée par du myosis, de l'hypothermie, des attaques d'éclampsie ou de coma, ou, par des accidents gastro-intestinaux; elle est une cause fréquente de mort, pour les typhiques.

Au cours de la *diphthérie*, la *néphrite*, quoique peu grave en elle-même, (œdèmes rares, hématurie et urémie exceptionnelles) offre une grande valeur, en tant que signe révélateur de l'intoxication diphthérique, au même titre que l'anorexie, les adénopathies et le facies spécial qui du reste peuvent manquer.

Les *néphrites aiguës franches* sont surtout représentées par la *néphrite scarlatineuse* et la *néphrite dite a frigore*. Elles reconnaissent une origine directement infectieuse ou bien sont favorisées dans leur développement, par le refroidissement ou un écart de régime. Le début peut être marqué par un grand frisson, une ascension thermique (40°), des douleurs lombaires, de la pollakiurie et des vomissements. Les *urines*, troubles, foncées, rougeâtres, très denses (1050-1040), deviennent rares (moins de 500 grammes) ou presque nulles; déposant beaucoup d'hématies et de cylindres fibrineux ou épithéliaux. L'urée tombe à 8 ou 10 grammes en 24 heures; les *chlorures*, à 4 ou 5 grammes; l'albumine atteint 25 à 50 grammes en 24 heures, mais diminue

assez vite par le traitement. Rare dans les néphrites typhique et diphthérique, l'*anasarque* est la règle dans les néphrites scarlatineuse et *a frigore*. Pâle, l'œdème peut envahir tout le corps; plus souvent, il est limité ou prédomine en certaines régions: face, paupières, dos, lombes, scrotum, malléoles, isthme du gosier, luette, ou même glotte. L'*œdème pulmonaire* se révèle par des râles sous-crépitaux fins, disséminés ou en plaques mobiles. La sérosité peut envahir les plèvres (*hydrothorax*) et le péricarde (*hydro-péricarde*). L'anorexie est complète, compliquée de vomissements, parfois incoercibles, de diarrhée fétide. A moins de rémission, l'*urémie* se déclare, quelquefois précoce, révélée soit par des crises d'*éclampsie* avec fièvre, soit par du *coma* ou des *accidents pseudo-méningitiques* (stupeur, céphalée, vomissements). L'*amblyopie* et l'*amaurose* (congestion rétinienne, foyers hémorragiques, œdème de la papille) sont fréquentes, souvent d'origine purement toxique. Il en est de même de la *surdité* passagère, absolue ou relative. La langue est sèche, les malades, sujets aux épistaxis, sont rapidement faibles et anémiés.

**Évolution.** — Les cas moyens s'améliorent assez vite; les urines deviennent plus abondantes, plus claires, moins albumineuses, tandis que les œdèmes s'effacent et que les digestions se font plus faciles. Le passage à l'état chronique, observé dans la scarlatine, la pneumonie, est relativement exceptionnel. La néphrite aiguë peut pourtant se prolonger assez pour entraîner la *dilatation*, puis l'*hypertrophie rapide du ventricule gauche*, surtout chez les enfants et les jeunes sujets; celle-ci se révèle par l'élargissement de la matité cardiaque, l'abaissement de la pointe, la dureté et l'éclat des battements, le bruit de galop gauche.

**Diagnostic.** — La néphrite aiguë franche, avec œdème généralisé, ne passe pas inaperçue. Les formes légères ne sont reconnues que grâce à l'examen répété, systématique des urines.

#### VIII. — NÉPHRITES DIFFUSES SUBAIGÜES ET CHRONIQUES

**Signes étiologiques.** — Tenant le milieu entre les formes aiguës et franchement atrophiques, ce type répond à des cas dont la durée va de quelques mois à plusieurs années. Les causes en sont variées: action prolongée du froid humide, infections chroniques (phtisie, syphilis tertiaire, paludisme), auto-intoxications (diabète, dyspepsie chronique, surmenage musculaire), abus du thé, du café, de l'alcool; chez la femme, grossesse et puerpéralité; dans bien des cas la cause reste absolument ignorée.

**Signes cliniques.** — Cliniquement, certaines formes sont relativement rapides (3 mois à 1 an), d'autres évoluent lentement.

A. Les *néphrites subaiguës rapidement progressives* répondent au type appelé jadis *néphrite parenchymateuse chronique* ou *gros rein blanc*. Le début est tantôt subaigu, fébrile, avec douleurs lombaires et urines sangui-