

Renaut et Robin ont étudié la *néphrite varioleuse*. Nous n'en avons observé que des formes abortives dans la variole. Le symptôme dominant de cette néphrite est la présence dans l'urine d'une grande quantité de sang dont la source doit souvent être dans le bassinet (Rosenstein).

La néphrite de la *fièvre jaune* est caractérisée par une dégénérescence graisseuse. Cette dernière a une marche très aiguë, accident que l'on considère comme un des symptômes les plus importants de cette affection tropicale (A. Hausmann).

De récentes observations ont prouvé que la *varicelle*, maladie généralement si bénigne, et qui n'a comme on le sait aucun rapport avec la variole, peut se compliquer de véritable néphrite hémorragique mortelle accompagnée même parfois d'hydropisie et d'accidents urémiques (Hench, Rachel, A. Hoffmann, Rasch, Semtschenka, Oppenheim, Jansen, Wichmann, Hægys, Unger) (1).

(1) Les cas d'Unger sont au nombre de 7 et concernent des enfants de 20 mois à 4 ans bien portants avant l'apparition de la varicelle, sauf un enfant de 4 ans qui était à peine guéri d'une pneumonie grave quand il contracta la varicelle. La néphrite est survenue du 6<sup>e</sup> au 12<sup>e</sup> jour. Elle comprend 3 groupes.

Le premier groupe comprend des cas légers dans lesquels l'urine faiblement acide contenait une grande quantité de cellules épithéliales gonflées, troubles, en partie dégénérées, des cylindres pâles, homogènes, des leucocytes altérés et de l'albumine. La guérison survint au bout de 3 jours sans autre phénomène.

Le second comprend des cas plus sérieux. La température est élevée. L'urine épaisse, trouble, est diminuée de quantité (300 grammes en 24 heures). Elle contient des épithéliums dégénérés, de nombreux cylindres granuleux ou hyalins, des leucocytes, des globules rouges. L'albumine est abondante. L'albumine augmente ensuite, devient intermittente le 4<sup>e</sup> ou 6<sup>e</sup> jour en même temps que l'urine augmente. Le 10<sup>e</sup> jour, la guérison survient.

Le troisième groupe contient un seul cas : c'est celui de cet enfant

Scheltema a récemment observé une néphrite aiguë mortelle chez un petit malade atteint de *coqueluche*. Nous avons vu plusieurs faits de ce genre.

L'*angine* s'accompagne très rarement de véritable néphrite, du moins lorsque cette angine n'est ni scarlatineuse, ni diphtéritique, ni liée à une infection générale. Rosenstein en a cependant observé quelques cas accompagnés d'hydropisie.

Nous n'avons vu qu'une seule fois une *amygdalite aiguë* se compliquer d'une néphrite hémorragique d'ailleurs fort grave. Wagner voit dans l'amygdalite papuleuse un intermédiaire *nécessaire* entre la néphrite aiguë et les accidents secondaires de la syphilis ; mais nous ne pouvons accepter cette manière de voir, car nous avons observé des néphrites intenses d'origine syphilitique sans la moindre angine.

Ponfick a observé une néphrite vraie dans le cours de la *fièvre récurrente*. L'urine peut devenir hémorragique après chaque accès fébrile (Wagner). Ce qui frappe dans cette néphrite, ce sont les débris de desquamation qui abondent dans l'urine. Kannenberg avait déjà attiré l'attention sur ce fait, et nous-même avons eu l'occasion de le vérifier. C'est précisément dans cette forme de néphrite infectieuse que Kannenberg avait rencontré dans l'urine fraîche de nombreux *microbes* (1). Il attribuait les lésions rénales à la

atteint de pneumonie avant l'apparition de la varicelle. Nous croyons devoir appeler l'attention sur lui, car nous avons signalé les complications rénales de la pneumonie, leur fréquence et la gravité d'une néphrite nouvelle évoluant sur un rein déjà lésé.

Il se peut que dans ce cas on ne se soit trouvé qu'en présence d'une néphrite pneumonique. Elle en a tous les caractères : hémorragie rénale, oligurie, accidents urémiques, et convalescence longue que l'on ne retrouve pas dans les formes précédentes. G. C.

(1) Nous avons déjà exposé pourquoi on ne peut accepter sans réserves les observations de Kannenberg. La spirille d'Obermeyer



pénétration de ces germes dans le parenchyme du rein ; nous avons déjà dit que nous ne pouvions admettre cette hypothèse.

Mommsen, Wagner, Rosenstein, Nauwerck ont récemment étudié la néphrite aiguë survenant dans le cours de la *pneumonie croupale*. Nauwerck a même étudié ses lésions histologiques et a noté une *glomérulite hémorragique*, lésions que nous avons constatées à notre tour dans 3 cas. Ces néphrites s'installent en général du quatrième au huitième jour. C'est une complication *rare* ; elle n'apparaît que deux fois sur cent cas, tandis que l'albuminurie simple survient dans le *tiers* des cas. Il se déclare une inflammation intense qui dure à peine une semaine et qui n'influence guère la marche de la maladie primitive. Nauwerck l'a vu parfois s'installer dès le *début* de la pneumonie, et d'autres fois il l'a vu survenir au déclin de cette affection. Les œdèmes ne font pas défaut, paraît-il ; cependant nous n'en avons jamais noté, non plus que Rosenstein. Il est possible que des pneumocoques aient été trouvés dans les reins, mais cela n'a rien à faire avec l'inflammation diffuse de ces organes. Le pronostic est en général favorable (Rees). Cependant, on a observé le passage de cette néphrite à la forme chronique (Stortz) (1).

est un *bacille* ; c'est d'ailleurs sa forme et c'est dans la classe des bactéries que la range Metchnikoff. (G. C.)

(1) Dans notre thèse inaugurale (*De la néphrite pneumonique*, G. Steinheil, 1891), nous avons décrit dans leur ensemble les lésions rénales au cours de la pneumonie due au pneumococcus Talamon-Frænkel, au point de vue anatomo-pathologique, bactériologique, clinique. Nous n'avons considéré que les infections rénales consécutives à la localisation pulmonaire.

Sans insister sur les lésions histologiques que nous ont présentées la plupart des cas que nous avons étudiés, nous croyons que, dans les conditions où nous nous sommes placé, la néphrite pneumonique est

La néphrite survenant à la suite de l'*érysipèle* est sujette à de fréquentes récidives accompagnées de fièvres et de plaques

produite directement par le diplococcus Talamon-Frænkel et que s'il ne se trouve pas toujours dans les reins, du moins dans les cas de néphrite bien déterminée, c'est que le micro-organisme frappe d'un coup le parenchyme rénal et disparaît ensuite. La lésion constituée évolue dans la suite pour son propre compte.

La plupart des néphrites que nous avons signalées avaient en moyenne 10 jours d'existence. La pullulation des micro-organismes s'effectue dans les premiers jours de la maladie ; si le malade, par le fait même de sa pneumonie, meurt à ce moment, le rein en contient et il est facile de les constater comme notre collègue Claisse en a signalé un cas dans une infection pneumococcique généralisée avec purpura (*Arch. de méd expériment.*, mai 1891). Mais quand la néphrite avérée a évolué un certain temps, le micro-organisme se retrouve difficilement et c'est à ces cas que nous avons eu affaire.

Quoi qu'il en soit, la néphrite a une existence clinique très nette. Cliniquement elle se traduit par une hématurie considérable avec des cylindres nombreux dans les urines et de l'albumine pouvant atteindre 5, 8 et 10 grammes par litre. Elle s'accompagne d'œdème, d'ascite, d'hydrothorax dans quelques cas, ressemblant à s'y méprendre à une néphrite scarlatineuse par ce signe et par la rapidité avec laquelle elle frappe le malade. Son apparition est contemporaine du début de la maladie.

Nous avons divisé la néphrite pneumonique en 3 classes. La première comprend une forme *légère* apparaissant et disparaissant avec la manifestation pulmonaire.

Dans la seconde forme, qui est la plus fréquente, la néphrite de *moyenne intensité* s'installe dès le début de la pneumonie ; mais ses symptômes imposants apparaissent dès le 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> jour de la maladie avec oligurie, anurie, hématurie, albumine considérable, œdème ou anasarque, épanchements dans les séreuses. Tous ces signes peuvent persister après la défervescence de la fièvre qui survient par lysis. Ils peuvent cependant lui survivre 2, 3, 4 et même 5 semaines.

La troisième comprend une forme *exclusivement rénale*, la pneumonie passant inaperçue au milieu des symptômes rénaux. Elle est sujette à des alternatives d'amélioration et de rechute fréquentes. La guérison ne s'obtient que 8 jours après la défervescence thermique. La guérison est fréquente ; quelquefois on ne la voit survenir qu'au bout



érysipélateuses. On a observé des néphrites à marche subaiguë dont la convalescence fut fort longue ; on en a même vu se transformer en néphrite chronique.

Nous avons noté des néphrites plus légères qui surviennent fréquemment comme complication des *érysipèles phlegmoneux* : ces néphrites appartiennent plutôt aux formes infectieuses et septicémiques.

La néphrite *rhumatisme* n'a guère plus de tendance à devenir chronique (Leyden). Elle est presque toujours compli-

de 2 mois, cependant on signale quelques cas de mort.

Les cas graves sont généralement accompagnés d'accidents urémiques qui font le plus souvent défaut dans la première forme, qui sont atténués dans la seconde, qui donnent lieu à des symptômes effrayants dans la troisième. Mais les convulsions manquent généralement. Le coma est plus fréquent et nombre de vieillards pneumoniques meurent dans le coma du fait d'une néphrite pneumonique.

La néphrite pneumonique peut passer à l'état chronique.

Elle ne modifie pas généralement la courbe thermique ; mais il se produit un fait digne de remarque. La néphrite pneumonique évolue d'autant plus rapidement que le rein possédait déjà des lésions antérieures profondes ou récentes (néphrite interstitielle — néphrite de la scarlatine). De ce fait la néphrite est grave et fréquente. Aussitôt la pneumonie installée, la néphrite apparaît et quelquefois les accidents urémiques avec l'hypothermie se manifestent immédiatement, de telle sorte que la maladie, pendant tout son cours, est apyrétique. La pneumonie peut ainsi passer inaperçue et à l'autopsie on retrouve toutes ses lésions avec un rein manifestement hémorragique.

Nous avons établi qu'une affection rénale antérieure permettait facilement à la néphrite pneumonique de s'installer, car les atteintes antérieures du rein sont une sorte d'appel pour le pneumococcus.

Le pronostic, grave seulement de ce chef, n'amène pas souvent la mort par elle-même dans la plupart des cas. Quand elle doit guérir on constate une véritable décharge de leucocytes qui remplacent les globules rouges et les cylindres que contenait l'urine en abondance.

La *pyélite hémorragique* et des *abcès miliaires du rein* ont été observés par nous au cours de la néphrite hémorragique. Les infections secondaires sont fréquentes dans ces cas. (G. C.)

quée d'*endocardite*, bien que cette dernière ne soit pas toujours facile à diagnostiquer. Dans les formes graves, l'albumine est éliminée en quantité considérable (Bartels). Rosenstein a noté deux cas mortels accompagnés d'œdème considérable. Parmi les centaines de rhumatisants que nous avons traités à Berlin, nous n'avons vu que deux *néphrites hémorragiques* graves. Nos deux malades guérirent sans qu'il se fût manifesté le moindre œdème. Sur plus de 1000 cas qui ont été traités dans notre hôpital depuis sa fondation, nous n'avons relevé que 5 néphrites rhumatismales. Ces néphrites avaient affecté une marche aiguë ; elles guérirent rapidement sauf dans un cas. Enfin il n'est pas impossible que dans un ou deux de ces derniers on ne doive rendre responsable de la néphrite l'absorption d'acide salicylique. Riess a cependant observé une sorte d'épidémie de néphrites rhumatismales. Il existe une néphrite aiguë qui se manifeste à la *période paroxysmale* du rhumatisme articulaire aigu et qui diffère de celles dont nous venons de parler. Elle semble se caractériser par une résistance particulière à toute espèce de traitement. Souvent cette néphrite s'accompagne d'*hémorragies périodiques*. Lorsqu'elle survient chez des malades atteints d'affection cardiaque, ou d'affections chroniques de la plèvre et des poumons, elle ne paraît avoir aucune influence sur la marche de la maladie primitive (Wagner).

Il arrive parfois que l'examen des urines fasse pressentir le diagnostic, et qu'un léger œdème généralisé ou une brusque exacerbation des signes urémiques (maux de tête, vomissements, sanglots) viennent confirmer le diagnostic.

La *syphilis constitutionnelle* (1) conduit rarement à la né-

(1) Rayer, qui a consigné dans son remarquable *Traité des maladies du rein* la description de la plupart des affections des organes génito-



phrite aiguë vraie ; von Bamberger ne l'a diagnostiquée que 4 fois sur 2,430 syphilitiques. Elle s'accompagne d'*oligurie*. Le

urinaires, a parlé le premier « du développement de la maladie des reins » qu'il pouvait attribuer « à la *cachexie vénérienne* ». C'est bien à lui que revient le mérite d'avoir précisé le rôle de la syphilis dans certaines néphrites. Les syphiligraphes anciens ne signalent aucun cas de *néphrite syphilitique*. Blackhall, Gregory, Wells avaient observé avant Rayet les altérations du rein dans le cours de la syphilis, mais ils en avaient « *faussement interprété la pathogénie* ». Frerichs reconnaissait bien que les syphilitiques étaient quelquefois atteints d'albuminurie, mais il ne croyait pas à une action directe de la syphilis sur le rein. Le mal de Bright n'était pour lui qu'une conséquence médiate et éloignée de la syphilis, qui ne contribuait à son développement que comme *cachexie*.

La question a pris de nos jours une plus grande importance et elle a été étudiée de plus près par Lancereaux, par Cornil, par Descouts (thèse 1878), par Lallier en France, par Drysdale en Angleterre, par Wagner en Allemagne.

Mauriac a réuni tous les faits publiés par ces auteurs, il y a ajouté ses observations personnelles et dans une monographie très importante il les a discutés d'une façon remarquable (*Arch. gén. de Médec.* 1887 — De la syphilose du rein). Mais, nous n'avons en vue que la néphrite syphilitique précoce, examinée dans la période secondaire et assez rapprochée du début de l'infection. On a trouvé à l'autopsie un gros rein blanc quand la néphrite avait eu une marche rapide ; histologiquement l'élément sécrétoire était seul touché. Comme le dit Mauriac, la néphrite parenchymateuse paraît être l'expression de la néphrite syphilitique au début ; elle concerne les cas dont nous allons donner la description clinique. La sclérose ne concerne que les néphrites survenant tardivement.

La néphrite syphilitique peut apparaître huit mois après le chancre (obs. III du mémoire de Mauriac), le 4<sup>e</sup> mois (obs. II), vers la fin du 2<sup>e</sup> mois (obs. IV), dans le 5<sup>e</sup> mois, dans le commencement du premier mois (obs. VII). Des observations signalent encore son apparition 2 ans et demi après le début de l'infection. En général elle s'installe dans le second mois et de préférence à la fin de celui-ci.

Les néphropathies précoces apparaissent presque toujours d'une façon inattendue, insidieuse, sans aucun prodrome significatif. L'œdème le plus souvent peut être le premier accident en date, infiltrant les pau-

voirs spécifique de l'urine est très élevé, ou bien, au contraire, on observe la polyurie avec diminution du poids spécifique de l'urine, mais l'hydropisie fait défaut (Wagner).

pières, la face, les mains, les extrémités inférieures ou les bourses, augmentant ou diminuant pour s'établir définitivement. Il se généralise. Si on examine les urines on trouve qu'elles sont quelquefois rosées, sanguinolentes, quelquefois pâles. Leur quantité est augmentée ou diminuée ; la polyurie n'est pas fréquente. L'albumine est considérable (5, 10, 20 grammes par litre ; dans une observation on signale 110 grammes par litre). On trouve dans les urines des globules blancs, des globules rouges, des cylindres épithéliaux, des cylindres granuleux. Negel y a trouvé des micro-organismes ; ce fait n'a pas d'importance ; nous ne faisons que le signaler. Ces altérations urinaires peuvent précéder l'œdème. La fièvre, des courbatures annoncent rarement le début de l'affection rénale, mais il existe des douleurs lombaires sourdes d'un seul côté ou des deux côtés de la colonne vertébrale ; on peut observer ces signes dès le début de la maladie, accompagnés d'une émission d'urines sanguinolentes, avant l'apparition de l'œdème. C'est ainsi que s'annonce une néphrite aiguë ou subaiguë. Dans les formes chroniques d'emblée ces symptômes n'apparaissent que plus tard. Puis surviennent des nausées, des vomissements, des alternatives de diarrhée et de constipation. La céphalée nulle au début peut faire redouter dans la suite l'éclosion d'accidents urémiques qui se traduisent par l'amblyopie, l'assoupissement, le coma.

La guérison de la néphrite syphilitique est généralement la règle, mais la mort peut s'observer ; elle est la conséquence de complications pulmonaires ou gastro-intestinales et surtout d'œdème généralisé ou localisé (œdème de la glotte) et d'épanchements soit dans les plèvres, soit dans le péritoine.

La durée de la néphrite syphilitique précoce est plus longue que celle des néphrites diffuses ordinaires : elle dure en moyenne de 5 à 8 semaines, très rarement moins, souvent 9, 10, 12 mois. On ne peut trouver dans le mémoire de Mauriac aucune observation probante du passage de cette néphrite précoce en néphrite chronique.

Son évolution offre de très grandes variétés : rarement elle est continue avec périodes d'augment, d'état et de déclin ; généralement elle offre une intermittence très tranchée dans l'apparition de ses symptômes avec des guérisons apparentes et des améliorations inespérées. La néphrite syphilitique est subaiguë, légère ou de moyenne intensité. La



D'après nos observations personnelles, les formes desquamatives légères accompagnées d'hémorrhagies et qui surviennent dans la *période secondaire* de la syphilis s'observent 8 fois environ sur 100 cas de syphilis rénale. C'est surtout à l'aigé

forme franchement aiguë est rare. Après avoir présenté un début aigu ou subaigu elle finit par prendre une allure torpide dans les derniers temps de la maladie ce qui s'observe souvent.

La néphrite syphilitique précoce se reconnaît par son apparition au moment des accidents secondaires. On y pensera même sans l'intervention des manifestations cutanées de la syphilis ; et, dans la plupart des cas, quoique la guérison rapide ne puisse être obtenue par l'usage des spécifiques, le diagnostic de néphrite syphilitique peut être maintenu. Les spécifiques, en effet, ne semblent pas amener une guérison rapide et complète des reins ; elle semble en cela se rapprocher des myélites syphilitiques précoces que Gilbert et Lion ont décrites (*Arch. générales de méd.*, 1889). — Elle rentre dans un processus catarrhal général qui frappe les muqueuses et les épithéliums. Nous nous rappelons avoir observé chez notre maître, le professeur Dieulafoy, un ictère syphilitique au début de la roséole. La néphrite syphilitique précoce, survenant à un stade plus avancé rentre dans le même processus, mais elle est plus tardive et elle est plus grave.

La néphrite syphilitique précoce semble bien avoir son entité ; on doit admettre un rapport de cause à effet entre la syphilis et les affections rénales observées pendant les diverses périodes de la maladie générale. Les objections de Güntz, qui voyait dans le mercure l'agent des prétendues néphrites syphilitiques, tombent devant ce fait que la plupart des observations recueillies par Mauriac concernent des individus qui n'avaient pas pris ou ne prenaient plus de mercure et devant cet autre fait, que le mercure les améliore souvent, les guérit quelquefois. On ne peut produire de statistique sur la fréquence de la néphrite syphilitique précoce. Mais on peut affirmer avec Mauriac qu'elle est rare. Cependant on ne saurait trop la rechercher. Dans l'ordre de fréquence des organes et des tissus frappés par la syphilis, le rein d'une façon générale semble occuper une place entre les affections osseuses et les déterminations précoces de la syphilis sur le foie et le poumon.

La néphrite syphilitique tardive évolue d'après un autre processus intéressant les artères et le tissu conjonctif ; ou elle a tous les caractères d'une gomme. Elle ne trouve pas sa place dans ce chapitre.

(G. C.)

de la roséole que cette néphrite apparaît. Malgré nos nombreuses recherches, nous n'avons vu que deux fois ces symptômes s'aggraver, et l'affection dégénérer en un véritable mal de Bright. Les formes légères cèdent au traitement mercuriel comme l'indique Horteloup. Toutefois ce traitement peut substituer une *néphrite toxique* à la *néphrite spécifique*.

Enfin la néphrite survenant dans le cours de la *malaria* semble se rapprocher beaucoup du rein scarlatineux (Kiener et Kelsch à Alger) ; mais la *malaria* prédispose particulièrement à la néphrite chronique et au rein contracté (Voyez *Néphrite chronique*). L'albuminurie intermittente, que l'on observe dans les accès de fièvre, peut en imposer pour une néphrite abortive (Rosenstein, Atkinson). L'*hémoglobinurie paroxystique* est rare à la suite de la *malaria*. Rosenstein a décrit récemment une véritable néphrite aiguë dans une *fièvre quarte redoublée* ; cette néphrite ne rentre dans aucun des groupes établis dans notre division.

En Europe, il est rare que la maladie se termine par la mort. Les symptômes de la néphrite se confondent avec ceux de l'affection générale, et il est fort difficile de faire la part qui revient à la néphrite et celle que l'on doit attribuer à la maladie générale. Tout le corps du malade est endolori ; ces douleurs sont mêmes en général *très fortes*. La température est très élevée, et procède par poussées. Le pouls est bondissant. La dyspnée et le collapsus peuvent tenir à la maladie générale tout aussi bien qu'aux troubles rénaux.

Litten et Aufrecht ont observé des cas intéressants de *néphrites septicémiques* : de graves accidents gastriques et intestinaux avec frissons, violentes douleurs dans les membres, gonflement de la rate, anurie, hydropisie, enfin accidents urémiques mortels, voilà quels furent les symptômes dominants. L'urine déposait un sédiment dans lequel on trou-