

vait des cylindres fongueux, dichotomiques, venus des papilles de la substance médullaire. La mort survient presque fatalement au bout de quelques jours. Les néphrites survenant au cours d'une *gangrène pharyngienne* ou de septicémies dont la cause nous est encore inconnue, évoluent d'une façon analogue (Fränkel, Fürbringer).

Il nous est impossible de donner une description exacte des néphrites aiguës liées à des *suppurations* ou à des *processus inflammatoires* développés à la suite d'affections chirurgicales, de blessures, etc... c'est-à-dire chez des individus étant primitivement sans tare organique. Les cas de ce genre sont encore trop peu nombreux pour qu'on ait pu étudier le sujet à fond (1).

Nous ne saurions davantage établir la symptomatologie des néphrites à la suite de brûlures étendues, vu la complexité de ces symptômes (voyez *Hémoglobinurie*).

Lorsque les *maladies inflammatoires de la peau* se compliquent de néphrite, les symptômes de cette dernière ne semblent pas s'écarter sensiblement de ceux de la néphrite ordinaire. Lassar, Unna, Kaposi, Neisser, Wagner, Lesser et d'autres ont vu survenir la néphrite après la guérison du psoriasis, de la teigne etc. Lassar a même observé un cas de mort consécutive à des *frictions au pétrole*, et il a pu démontrer par des expériences les lésions que ce médicament provoquait sur les épithéliums rénaux (infiltration graisseuse).

Dans les *intoxications ordinaires*, les symptômes généraux prédominent tellement que ceux de la néphrite passent souvent inaperçus, et cependant il n'est pas rare que des acci-

(1) Certains cas reconnaissent incontestablement une pareille origine. Nous avons vu dans le service du professeur Guyon une néphrite consécutive à une phlébite de la veine saphène interne. Les micro-organismes sans nul doute avaient suivi la veine cave inférieure pour infecter le rein.

dents urémiques mortels viennent compliquer la néphrite, comme cela arrive dans les intoxications par l'*acide phénique*.

L'impureté de l'*acide salicylique* au début de son emploi n'a pas été sans causer de nombreux accidents. Nous avons observé une foule de néphrites hémorragiques intenses avec albuminurie des plus accusées et qui n'avaient pas d'autre origine que l'absorption de ce médicament impur. Aujourd'hui même où il est livré plus pur, il peut amener chez des individus prédisposés une véritable néphrite diffuse.

Quant aux néphrites qui surviennent comme complication d'une intoxication par l'*acide sulfurique*, elles ont été étudiées expérimentalement et cliniquement, surtout par Munk, Leyden et Litten. Il est important de se rappeler qu'elle peut survenir secondairement encore dans la seconde semaine, alors même que les signes du début tels que albuminurie, produits de desquamation, globules rouges apparus dans l'urine sous forme de cylindres ou de masses amorphes (von Bamberger), ont déjà complètement disparu.

Les lésions rénales produites par l'*acide oxalique* nous paraissent beaucoup plus graves que ne le prétend Rosenstein. Il n'y voit qu'un simple processus irritatif; mais nous avons constaté des lésions beaucoup plus profondes, et nous avons vu survenir chez une femme des accidents urémiques fort graves compliqués d'*amaurose*; cependant cette malade fut assez heureuse pour guérir.

Des expériences que nous avons faites avec le plus grand soin nous permettent d'affirmer que les lésions rénales sont *directement* produites par les substances toxiques. Fränkel a observé un malade chez lequel les canalicules avaient été obstrués par des cristaux d'oxalate de chaux qui pendant deux jours mirent un obstacle complet à la filtration de l'urine.

Nous avons déjà traité de l'action hémoglobinurique des différents poisons.

Certains *diurétiques-drastiques*, autrefois fort employés en thérapeutique, amenaient fréquemment des accidents rénaux. La néphrite la mieux connue est la *néphrite cantharidienne*, plus exactement nommée *cystonéphrite*. Elle s'accompagne d'un pressant besoin d'uriner, de douleurs lombaires. L'urine s'évacue difficilement et contient des caillots gélatineux semblables à du blanc d'œuf (fibrinurie). Ces caillots peuvent être si volumineux qu'ils réclament le cathétérisme (Bartels). L'urine peut rester hémorragique pendant quelques semaines. Aufrecht prétend avoir vu un cas de ce genre aboutir au rein contracté. *L'essence de térébenthine* et le *baume de Copahu* attaquent aussi le parenchyme rénal; mais ces substances agissent d'ailleurs aussi sur tout l'appareil urinaire.

Il n'est pas rare que la néphrite aiguë à *frigore* débute brusquement par des frissons et des douleurs lombaires qui surviennent quelques heures après le refroidissement. Elle s'accompagne d'hydropisie, et celle-ci survient au bout de quelques jours (Rosenstein). Les autres symptômes ont d'ailleurs beaucoup d'analogie avec ceux de la néphrite scarlatineuse. Bright et Dickmann ont observé des cas suivis de mort. En général cependant, le pronostic doit être considéré comme bénin. Jamais nous n'avons vu cette forme aboutir à des lésions chroniques, bien que l'urine soit quelquefois restée hémorragique pendant plus d'une année.

Diagnostic. — Le diagnostic est facile lorsque la maladie évolue avec ses symptômes pathognomoniques : hydropisie ou urémie, urines rares et sanglantes, albumineuses et riches en cylindres. Les commémoratifs mettront sur la voie de la maladie initiale. Mais lorsque les symptômes ne se relient pas les uns aux autres, et que le médecin ne peut pas établir un groupe de signes *caractéristiques*, le diagnostic devient fort

difficile. Il reposera surtout sur l'examen des urines. La néphrite se différencie de l'*albuminurie fébrile* simple par ce fait que dans la néphrite l'albuminurie est plus accusée, et que l'urine hémorragique *contient de nombreux éléments figurés*. Nous avons déjà dit comment on pourrait distinguer l'*hématurie de cause rénale* de celle qui se produit dans les *voies urinaires*. Pour établir le *diagnostic étiologique* de la néphrite, on se basera encore sur sa richesse en albumine, pourvu que la néphrite en question ne soit pas liée à une altération du sang. Lorsque les autres symptômes feront défaut, on examinera ensuite la nature du sédiment (cylindres).

Quand le médecin n'a pas pu observer assez longtemps son malade, il lui est bien difficile d'établir, malgré les commémoratifs exacts, si la néphrite est *primitive* ou *secondaire*. Nous ne saurions trop recommander le précepte de Rosenstein qui conseille de rechercher une affection générale autre que la néphrite *toutes les fois que la fièvre persiste et que la température reste élevée*; Rosenstein croit avec raison que dans ces occasions, la fièvre, indépendante de la néphrite, tient plutôt à des affections telles que la *fièvre typhoïde* ou la *tuberculose* etc. Interrogez surtout le malade au point de vue de la scarlatine, et ne perdez pas de vue qu'une néphrite aiguë peut être la manifestation *d'une scarlatine abortive sans exanthème ni angine*.

Pour reconnaître à temps des néphrites infectieuses, survenues au cours des *épidémies*, surtout de scarlatine, il est indispensable d'examiner *tous les jours les urines avec le plus grand soin*. Les médecins qui ne prennent pas cette précaution risquent fort de se laisser surprendre par des œdèmes généralisés accompagnés d'accidents urémiques les plus graves.

Dans la plupart des cas ce sont les commémoratifs fournis par le malade qui feront porter le diagnostic de néphrite ré-