

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-

cente, aiguë ou chronique, ou plutôt qui indiqueront si cette néphrite aiguë existe réellement ou bien si les accidents observés ne sont pas dus à des poussées de néphrite chronique. Dans d'autres cas, ce n'est qu'après avoir examiné les urines après la disparition du sang que l'on pourra se prononcer.

Nous n'avons pas toujours pu établir de diagnostic exact ; cependant nous attribuons une valeur considérable à l'*hypertrophie cardiaque avec pouls filiforme*. Bien que Rosenstein n'accorde pas une grande importance à ces deux signes, nous croyons pouvoir affirmer qu'ils manquent presque toujours dans les néphrites aiguës et subaiguës. Il va de soi qu'un des premiers symptômes que l'on doit rechercher, est la *rétinite brightique*.

Lorsqu'une néphrite s'accompagne d'hématurie pendant un mois et que cette dernière ne cède à aucun traitement, on doit toujours songer à une néphrite chronique. D'autre part, il ne faut pas se laisser effrayer par la présence d'une certaine quantité de sang et de cylindres dans l'urine, alors que ces éléments disparaissent puis réapparaissent *par intermittences* et que celles-ci durent même pendant *des mois*, car ces faits s'observent très bien dans des *néphrites aiguës* et par conséquent *curables*.

Pronostic. — À moins que la maladie générale n'offre par elle-même des dangers imminents (comme c'est le cas dans la diphtérie, la fièvre typhoïde, les brûlures étendues, la septicémie, la fièvre puerpérale, les intoxications), les néphrites secondaires guérissent dans la majorité des cas. Cependant il est une forme beaucoup plus grave que toutes les autres, et c'est précisément la plus commune : nous voulons parler de la *néphrite scarlatineuse*. Les malades atteints de cette affection succombent dans *le tiers* des cas, et nous ne comprenons

pas comment certains auteurs ont pu indiquer cette néphrite comme une des plus bénignes.

C'est avec raison que l'*anurie*, surtout lorsqu'elle se prolonge pendant plusieurs jours, et que les *épanchements dans les séreuses* sont considérés comme d'un pronostic sérieux. Les dangers augmentent encore lorsqu'il s'y joint des accidents urémiques et des lésions viscérales. D'autre part, Engelsen affirme que la présence de nombreux globules sanguins, ou celle de petites quantités d'albumine sont des signes favorables, tandis que les cas graves sont caractérisés par des urines hémorrhagiques et presque pas albumineuses. Mais nous ne pouvons accepter les idées d'Engelsen, car dans la plupart des cas mortels que nous avons observés, l'urine était *fortement albumineuse*. Plus les sédiments déposés par l'urine contiennent de globules blancs, plus la néphrite est grave.

Il ne faut pas oublier que dans le cours de la néphrite scarlatineuse, le malade peut être emporté par une mort subite, alors même que les symptômes ne semblaient indiquer aucun danger. D'autre part, on a vu des malades avoir des accidents urémiques fort graves, avec *anurie et œdème pulmonaire*, et se rétablir cependant. Nous avons nous-même été témoin de faits de ce genre. En résumé, le pronostic doit toujours être réservé.

Nous avons déjà dit plus haut que malgré toutes les précautions possibles, la néphrite aiguë passait quelquefois à l'état chronique. Rappelons ici avec Rosenstein que tant que la néphrite n'a pas dépassé un an, elle peut encore complètement guérir. Nous conseillons aux médecins de ne jamais pronostiquer une guérison *prompte*. La néphrite aiguë, même lorsqu'elle guérit, n'évolue pas en quelques jours ; sa durée se compte par semaines et par mois (1).

(1) Le professeur Dieulafoy dans la thèse de son élève Rioblanç rap-

On sait qu'il survient parfois *au début de la période secondaire de la syphilis* des albuminuries fréquemment accompagnées d'œdèmes : nous croyons avec Wickham qu'elles sont bénignes, et elles disparaissent régulièrement sans laisser de traces dès que l'on soumet le malade au traitement spécifique.

Traitement. — Le traitement de la néphrite aiguë sera étudié avec celui de la néphrite chronique diffuse.

APPENDICE.

Albuminurie dans les maladies fébriles.

Ce n'est guère que depuis 50 ans que l'on a essayé d'établir les rapports qui relient l'albuminurie aux maladies fébriles. Gerhardt a le premier attiré l'attention sur l'albuminurie fébrile. Cet auteur attribuait la présence de cette albumine à une *élévation de température* qui en aurait favorisé la filtration.

D'après une autre hypothèse, ce seraient *des troubles vasomoteurs* qui, en relâchant les parois des vaisseaux du rein, augmenteraient leur porosité et favoriseraient le passage de l'albumine dans l'urine. Senator a rendu des animaux albuminuriques en les soumettant brusquement à une haute température, *qu'il maintint longtemps élevée*. Il assimila les fiévreux sans lésions cardiaques aux animaux chauffés artificiellement.

Se basant sur les expériences de Zadek et Basch, Senator voit aussi la cause de l'albuminurie *dans l'augmentation de*

pelle que dans quelques cas la maladie semble guérie. Le malade conserve quelques traces d'albumine dans l'urine ; six mois, un an ou deux ans plus tard la néphrite reparaît avec tous ses symptômes, comme s'il y avait une reprise dans le processus mal éteint. (G. C.)

la pression sanguine. Mais ne rencontre-t-on pas de l'albuminurie fébrile alors que *l'action paralysante* de très hautes températures et que les septicémies ont notablement *abaissé* la pression sanguine ? Runeberg avait été jusqu'à attribuer l'albuminurie fébrile à un *abaissement* de la pression sanguine ; Kærn l'avait reliée à une *stase sanguine* et enfin Leube à un *ralentissement du courant sanguin* dans les glomérules.

D'ailleurs, il n'est pas rare d'observer de l'albuminurie avec une *fièvre modérée*, et de la voir manquer malgré une haute température. Nous n'accorderons donc aucune influence à la pression sanguine dont l'augmentation et la diminution ont été tour à tour invoquées pour expliquer un même phénomène. Il est plus vraisemblable d'admettre que dans les affections fébriles (et nous parlons ici des maladies infectieuses aiguës et des septicémies en général) l'albuminurie n'est que *l'expression de la lésion rénale*, et répond à ce que Becquerel, Vernois, Virchow, Lécorché et Brault ont désigné sous le nom de *néphrite passagère*. Tantôt cette albuminurie semble être une forme *abortive* de la néphrite aiguë (Leyden, Eckstein) qui reste stationnaire ; tantôt elle évolue plus complètement et aboutit à une *véritable néphrite*. Il nous semble que ces néphrites doivent être rapprochées des *néphrites toxiques*, en ce sens qu'elles résultent de l'élimination par les reins d'alcaloïdes sécrétés par les micro-organismes.

En interprétant les choses de cette façon, on s'explique comment l'albumine fait souvent défaut dans les affections fébriles *lentes dans leur évolution* et qui ne sont pas d'origine infectieuse (Stockvis). Ainsi nous nous rendons compte encore de l'existence de certains *éléments figurés* que l'on retrouve dans les sédiments urinaires.

On pourrait se demander si la proportion d'urée contenue