

sion d'observer des reins de ce genre, surtout chez *des cardiaques alcooliques*. Cependant il faut avouer que, dans la grande majorité des cas, les reins paraissent normaux à l'œil nu. Lorsque l'on observe des lésions néphrétiques, celles-ci s'éloignent peu de celles de la néphrite typique.

Chez les alcooliques, les reins ont été pendant de longues années le siège d'une inflammation chronique, et ils présentent généralement de très petites lésions anatomiques qui apparaissent surtout sous forme de taches. Nous ne saurions trop insister sur la fréquence chez les alcooliques de néphrites peu accusées avec lésions circonscrites, les reins examinés méthodiquement au microscope présentent très souvent des lésions de néphrite diffuse vraie. Ces faits s'observent même chez les buveurs qui de leur vivant n'avaient présenté aucun symptôme de néphrite, et c'est à tort que les traités de pathologie passent ces *formes abortives* sous silence ; elles ne dégèrent pas toujours en néphrite vraie, les lésions peuvent rester stationnaires, et guérir même, quoiqu'incomplètement.

Quant aux autres faits notés à l'autopsie (hydropisie, hypertrophie du cœur, lésions viscérales), nous renvoyons au chapitre suivant.

**Symptomatologie.** — Il est bien rare que le clinicien rencontre dans l'évolution des néphrites chroniques des symptômes assez précis pour pouvoir diagnostiquer telles ou telles lésions anatomiques. Dans ces dernières années nous avons eu l'occasion d'autopsier et d'étudier microscopiquement plus de 100 sujets, et nous avons dû renoncer à diagnostiquer sur le vivant les lésions anatomiques que nous rencontrions à l'autopsie.

*Les urines* varient à l'infini ; il en est de même des *hydropisies*, de *l'état général*, de *la marche de la maladie* ; les symptômes qui accompagnent d'ordinaire le *rein moucheté* peuvent

parfaitement apparaître dans une foule de formes parallèles, de sorte que le diagnostic de la lésion rénale devient impossible. La seule forme que l'on puisse diagnostiquer avec quelque chance de succès en se basant sur la *durée* de la maladie et *l'analyse des sédiments urinaires*, c'est le *gros rein blanc*. Il va de soi que nous faisons abstraction du *petit rein contracté type*.

En dehors de ces formes, nous ne saurions trop recommander une prudente réserve, et de se contenter de la définition que Bright lui-même donnait des néphrites. Le clinicien qui affirmerait sans restriction le diagnostic de gros rein blanc, de rein tacheté hémorragique ou de glomérulo-néphrite complète s'exposerait toujours à voir les faits lui donner tort d'une façon absolue ; dans ces cas on ne peut avoir que des signes de présomption pour porter un diagnostic.

Si nous avons bien compris ce que dit Rosenstein dans sa dernière édition, cet éminent clinicien tend à se rapprocher de nos idées, et cette prudente réserve dans le diagnostic, que d'aucuns considèrent comme devant faire reculer la question, Rosenstein la regarde au contraire comme un progrès dans l'étude des néphrites. Rosenstein donne toutefois à ses diagnostics un caractère positif qui nous semble quelque peu hasardé. Avant de se prononcer sur un diagnostic quel qu'il soit, nous conseillons toujours de rester quelque temps sur la réserve. Ce qui vient d'être dit suffira, nous l'espérons, à faire comprendre au lecteur pourquoi nous nous sommes efforcé de décrire la néphrite chronique en *groupant* les principaux symptômes.

Après le contenu des urines, c'est indiscutablement l'*hydropisie* qui doit être considérée comme le symptôme le plus important de notre néphrite. Si nous faisons abstraction d'une forme toute particulière de néphrite chronique, nous

pouvons dire que l'hydropisie est *constante*, elle domine pour ainsi dire la situation ; elle est le premier symptôme qui mette le malade en éveil et qui l'engage à aller consulter un médecin ; c'est elle enfin qui met ce dernier sur la voie du diagnostic.

Nous avons déjà vu dans un chapitre qui lui était spécialement réservé quels étaient les caractères particuliers de l'hydropisie. Ce qui la caractérise dans la néphrite chronique, c'est son *début insidieux*, et la *lenteur* de son évolution. Insignifiante dans les cas bénins et à son début, elle peut se généraliser sous forme d'anasarque, envahir les séreuses, et elle présente alors de graves dangers.

Moins la forme de néphrite est chronique, plus l'hydropisie acquiert d'importance. Voilà pourquoi elle est si intense chez les malades qui ont un gros rein blanc et dans des cas de ce genre nous avons même vu des transsudats chyliformes et des ascites ; il en est de même en général chez tous les individus dont les reins ne sont pas très atrophiés.

Il est bien rare qu'avec l'hydropisie on ne rencontre pas sa conséquence habituelle : l'*anémie*. Les recherches hématométriques de Dickinson, Rosenstein, Leichtenstern, ont montré combien cette anémie était prononcée. Il est facile de concevoir le rôle important que l'anémie doit jouer dans les faiblesses et dans les douleurs des hydropiques. Ces dyspepsies intenses, ces dyspnées pénibles, cette céphalée persistante ne sont certes pas sans avoir d'étroits rapports avec l'anémie et l'hydropisie ; et ce n'est seulement, lorsque cette dernière aura disparu, que l'entourage du malade s'apercevra de son amaigrissement et des troubles de nutrition dont il souffre.

Lorsque l'hydropisie et toutes ses conséquences sont assez développées pour faire prévoir que la maladie est à sa période d'*acuité*, il y a déjà longtemps que l'urine contient des élé-

ments qui signalent de graves lésions du parenchyme rénal.

Bien que la quantité d'urine émise varie chaque jour, on peut dire qu'elle est *sensiblement diminuée*. L'urine est cependant plus abondante que dans la néphrite aiguë, elle oscille aux environs de 1000 cent. cubes. Il n'est pas très rare de la voir pendant des semaines entières atteindre à peine la moitié de la quantité normale. Enfin chez les malades atteints de gros rein blanc à *forme subaiguë* et qui ont de la fièvre et de la dyspnée, on la voit descendre à 250 cent. cubes. Cependant il est très rare d'observer une anurie complète. Quelle que soit la quantité des liquides absorbés par le malade, la sécrétion rénale ne semble pas en être sensiblement augmentée (Rosenstein).

Le *poids spécifique* n'est pas très différent du poids normal ; il oscille de 1015 à 1025, il serait donc plutôt un peu diminué. La *réaction* de l'urine n'a rien de caractéristique, même lorsque l'urine est fraîche, les sédiments jaunes, rarement hémorrhagiques, se troublent. Si on filtre, ces sédiments se séparent en deux parties : d'une part l'*albumine* et d'autre part des *éléments figurés*.

Dès le début de la maladie, comme à sa période d'acuité, la proportion d'albumine est considérable ; elle atteint en moyenne 0,5 pour 100 et plus. D'ailleurs les albuminuries les plus intenses appartiennent en propre à notre néphrite chronique diffuse (Bartels). L'albumine se coagule parfois simplement sous l'influence de la chaleur ; et elle est même dans certains cas si abondante que, pour éviter qu'elle se prenne en masse, on est obligé d'étendre l'urine d'eau ; cela se produit quand l'albumine dépasse la proportion de 4 pour 100 (1).

(1) Il ne faut pas s'attendre cependant à trouver toujours de l'albumine en grande quantité dans ces formes de néphrites chroniques. La

J'ai observé une forme transitoire entre le gros rein blanc et le rein moucheté dans laquelle le poids spécifique de l'urine

néphrite peut être parfaitement confirmée et ce signe être à peine marqué, il peut même faire défaut. Dans notre travail sur la néphrite pneumonique, nous avons rapporté un fait de ce genre. Le professeur Dieulafoy a mis en lumière le mal de Bright sans albuminurie et nous a appris à compter avec un grand nombre de signes autres que l'albuminurie pour diagnostiquer une néphrite. Il faut compter, surtout quand on se trouve en présence de néphrite diffuse chronique où le rein tend à devenir contracté, avec l'insuffisance de la dépuración urinaire et mesurer le degré de toxicité des urines selon la méthode du professeur Bouchard, comme l'a fait le professeur Dieulafoy dans tous les cas de néphrites latentes qu'il a examinées. Ce signe de l'insuffisance urinaire peut être dans quelques cas bien plus précieux que le symptôme : l'albuminurie. Il révélera parfois une néphrite au début et nous rendra compte de ces formes atténuées d'urémie chronique que l'on constate si souvent et qui sont le plus souvent rattachées à une tout autre cause. L'urémie chronique, comme l'enseigne l'auteur, est l'apanage de la néphrite diffuse chronique ; latente ou larvée, par suite même de la marche lente du processus néphritique, elle demande à être recherchée et c'est elle que le clinicien doit diagnostiquer. Il trouvera, en effet, le plus souvent, dans l'histoire de son malade suivie attentivement, plutôt des céphalées urémiques, de la dyspnée urémique à tous ses degrés, des troubles oculaires, etc. etc. que de l'albumine et que des déchets urinaires en grande quantité. — Du reste en examinant la littérature médicale on trouve des observations dans lesquelles le mal de Bright n'a pas été accompagné d'albuminurie. La thèse de Mozion (1854), celle de Hue (1859) qui relate non seulement des faits personnels, mais signale aussi ceux de Monneret et Graves où la néphrite a évolué sans avoir jamais offert la moindre trace d'albumine, le mémoire de Mazoum qui rapporte 3 cas de ce genre, contribuent à faire connaître le mal de Bright sans albuminurie. Johnson et Mohamed ont apporté aussi des documents nombreux ; sur 61 néphrites soignées en 1879-1880 à Guy's hospital, ce dernier auteur a vu 41 cas sans albuminurie. Millard, de New-York, soutenait en 1882 que l'albumine pouvait être exclue du diagnostic de la néphrite interstitielle et Huchard publiait il y a quelques années des cas de néphrites interstitielles sans œdème et sans albuminurie. Sans doute c'est plutôt dans les formes de néphrite interstitielle que l'albumine peut manquer. Mais on a déjà signalé des

avait atteint le chiffre colossal de 1051. Le malade n'émettait pas plus de 100 cent. cubes d'urine par jour et cette urine contenait exactement 5 pour 100 d'albumine. Il n'y avait pas la moindre trace de sucre, et l'urine, *gélatineuse*, collait comme de la gomme ; j'avoue que c'est le seul cas que j'ai vu de ce genre. Bartels prétend avoir observé des proportions aussi considérables ; Rosenstein n'a jamais vu l'albumine dépasser les proportions de 2 pour 100 (1). Nous n'avons pu nous assurer

faits de ce genre dans la néphrite diffuse chronique, et tout fait supposer que les observations ne pourront que se multiplier. Senator, en opposition avec notre maître Cadet de Gassicourt, rapportait ces temps derniers 2 cas d'hydropisie scarlatineuse sans albuminurie. Et d'ailleurs rien ne nous indique si cliniquement nous nous trouvons en présence d'une néphrite chronique diffuse nette ou en train de devenir interstitielle. Cependant dans cette dernière forme nous aurons occasion de mieux étudier l'insuffisance de la dépuración urinaire.

(1) Rendu a donné aussi les chiffres de 5 à 8 grammes, Lécorché de 6 à 12 grammes ; assez souvent la proportion s'élève à 15 ou 20 grammes dans les 24 heures (Charcot). Rarement, d'après Dieulafoy, elle est minime : 1 ou 2 grammes par litre. Si l'on suit les variations de l'albumine chez un même sujet, on constate qu'elles sont en rapport avec la période de la maladie (Jeanton) et indépendantes de celles qui sont attribuables sans doute au régime, à la crase du sang, à l'alimentation, à des causes inconnues. Mais les auteurs ont donné à cet égard les opinions les plus diverses. Pour Christison, Lécorché et Talamon, c'est à la période initiale que l'albumine atteint son maximum. Pour Bartels ce maximum s'observe à la période d'état. Pour Rayet l'albumine augmente avec les progrès de la maladie. Mais tous les auteurs admettent qu'à la période terminale l'albumine diminue et que cette diminution peut aller jusqu'à la disparition totale. Pour ce qui est des variations d'albumine d'un jour à l'autre, on peut dire qu'elles varient avec la quantité et le poids spécifique de l'urine. Elles sont en rapport direct avec la densité, en rapport inverse avec la quantité d'urine éliminée chaque jour. Elles surviennent sans cause connue et sont indépendantes de l'état du malade, n'amenant aucune amélioration ou aggravation si elles diminuent ou augmentent (Jeanton) ; mais on peut voir l'albumine cesser et la néphrite continuer son évolution (Fre-

si l'albumine était plus abondante chez les malades atteints de gros rein blanc, ou chez ceux atteints de rein moucheté.

L'urine contient de la *globuline*, tout comme dans la néphrite aiguë. D'après Hoffmann, la recherche de la globuline ne serait pas inutile au point de vue pratique, en ce sens que l'augmentation de quotient albumineux (c'est-à-dire de l'albumine du sérum par le chiffre de la globuline) coïncide généralement avec une amélioration dans l'état général du malade (1).

richs, Christison, Malmsten, Johnson). La disparition passagère, momentanée de l'albumine peut durer quelques jours, rarement quelques mois. Jeanton, dans le service du professeur Dieulafoy, a rapporté une observation de ce genre. Nous-même en avons publié une dans notre thèse. Plus les lésions parenchymateuses prédominent, plus l'albumine est abondante et constante; plus les lésions interstitielles sont marquées, plus, par conséquent, la néphrite évolue vers le petit rein contracté, plus l'albumine est irrégulière, moins elle est abondante. Au début, dit Wagner, l'albumine est abondante; puis elle diminue, l'affection progressant, sujette cependant quelquefois sous l'influence d'une cause quelconque à augmenter, mais disparaissant à la période terminale de la maladie. Dans une observation communiquée à la Société des hôpitaux, le professeur Dieulafoy citait un exemple de néphrite chronique diffuse, observée dans sa dernière phase, ayant duré 7 mois et sans trace d'albumine dans les urines. (G. C.)

(1) Si dans la néphrite aiguë, comme le fait remarquer Senator, il peut y avoir coopération de facteurs se rapportant à la fièvre, à l'altération de la crase sanguine pour produire de l'albumine, si ces facteurs peuvent influencer les rapports réciproques des matières albuminoïdes de l'urine pour donner naissance à une albuminurie mixte, il n'en est pas de même dans la néphrite chronique. Dans cette dernière un seul facteur peut intervenir, la lésion rénale. La discussion a porté alors sur la prédominance de l'une des albumines contenues dans l'urine : la sérine ou la globuline. Comme dans la néphrite aiguë l'accord n'est pas fait entre les auteurs, et Senator, seul parmi tous ces derniers, déclare que les rapports entre la sérine et la globuline ne sont pas les mêmes dans la néphrite aiguë que dans la néphrite chronique, mais il n'indique pas quels sont ces rapports. Avec le professeur Jaccoud il ne faut

La présence simultanée d'*hémialbumose* n'a aucune importance (1).

leur attribuer aucune importance, la globuline étant seulement l'indice d'une modification indéterminée encore de l'état du sang et n'étant nullement en rapport avec une lésion rénale. En effet sur 41 cas de néphrite examinés par Petri, ce dernier aurait trouvé seulement 13 fois la globuline, 28 fois la peptonurie et toujours la sérine; quand globuline et peptones existaient elles étaient toujours associées à la sérine, la néphrite ne faisant pas de doute. Il est donc important de reconnaître ces trois albuminoïdes sous peine de s'exposer à commettre une faute quantitative s'il y a association, une erreur complète s'il y a de la globuline seule. — Nous avons indiqué déjà les réactifs spéciaux nécessaires pour en déceler la présence. Nous ajouterons cependant que par l'urine seule, alors qu'elle vient d'être fraîchement émise, on peut reconnaître si elle contient de la globuline. Elle est trouble, elle ne s'éclaircit pas par le repos, ni par la filtration et le trouble augmente si on y ajoute de l'eau même en grande quantité. La globuline précipite plus lentement : la précipitation de la sérine est instantanée (Jaccoud). Si l'urine contient de la globuline, le précipité, quelque abondant qu'il soit, n'est jamais floconneux au moment de sa formation; il ne le devient que secondairement et n'a pas de phénomène de rétractilité.

Le mode même de précipitation de l'albumine peut, indépendamment de la nature de la matière albuminoïde contenue dans l'urine, nous indiquer tout de suite si nous avons affaire à une lésion rénale. Ce signe n'a pas de valeur absolue. Cependant si la précipitation de l'albumine est rapide et abondante, sans s'inquiéter de sa composition, on peut affirmer une lésion rénale. Le professeur Jaccoud admettrait aussi, d'après le caractère du précipité albumineux, l'âge d'une lésion rénale. Ainsi un précipité se faisant d'emblée par gros flocons, avec une couleur d'un gris sale, est la caractéristique d'une néphrite ancienne.

La peptonurie se reconnaît par le réactif de Tanret. Mais ce dernier entraîne avec les peptones l'albumine et nombre d'autres matières, les matières extractives par exemple : pour savoir si on se trouve en face de peptones on chauffe le précipité. Si les peptones sont seules contenues dans l'urine, ce précipité se dissout en totalité. S'il y a un mélange de peptones et d'albumine, il faut débarrasser l'urine de cette subs-

(1) Voir la note page 360.

Nous avons vu que les sédiments déposés par l'urine étaient *fort abondants*. Voici ce que donne leur examen microscopique.

tance. Pour cela on peut avoir recours au procédé d'Hofmeister ou on peut employer la réaction du biuret qui donne une coloration violette caractéristique ; mais dans ce cas on décolore préalablement, la réaction pouvant être amoindrie ou masquée. Le réactif de Millon donne un précipité rouge (Maixner). On peut encore se servir d'une solution de tannin, de l'alcool, du bichlorure de mercure, du phospho-tungstate de soude après une solution acétique. — Quelle est la valeur exacte de la peptone ? La peptone s'observe dans toutes les maladies rénales et dans toutes les formes de mal de Bright. Mais elle ne présente rien de régulier avec la nature de la lésion, ni même avec l'existence d'une lésion rénale, puisqu'on l'a trouvée chez des convalescents de pneumonie grave sans trace de sérine, associée à la globuline ou seule, puisque Grocco l'a décelée dans les urines d'un individu atteint de suppuration locale, que Wassermann l'a constatée dans les urines d'un sujet atteint d'une affection suppurative des os et que Obernmüller l'a signalée dans les urines de scarlatineux sans néphrite. « Elle est subordonnée à l'état du sang et non à l'état des reins » (Jacquod). La peptonurie n'est pas nécessairement liée à l'albuminurie. Elle est un fait morbide spécial, indépendant de cette dernière (Grocco). D'ailleurs Eichwald, Obernmüller, Senator, Maixner, Jacksh ont signalé la peptonurie dans des maladies variées, surtout pyrétiques, associée ou non à l'albumine et n'ont pas mentionné de lésions rénales dans leurs observations. Jeanton dans sa thèse (Steinheil, 1888), n'a jamais trouvé les peptones chez ses albuminuriques pas plus que chez des sujets brightiques sans albuminurie.

Peut-être cependant, dit cet auteur, que les peptones se rencontrent rarement dans les urines albumineuses. En tout cas la question est loin d'être tranchée : pour quelques auteurs l'albumine s'allie parfois à la peptonurie, pour quelques autres peptonurie et albuminurie ne vont jamais ensemble. « En somme, dit Jeanton, jusqu'à présent il semble résulter que si les peptones existent réellement dans les urines brightiques albumineuses, leur présence est incapable de fournir aucune indication diagnostique. »

(G. C.)

(1) L'hémialbumose ou propeptone, encore mal connue, a été signalée dans les affections rénales non seulement par l'auteur, mais aussi par Jacksh dans la maladie de Bright chronique. Lépine, qui a étudié

1° *Des cylindres urinaires*, constants ; ils sont la plupart du temps très nombreux et revêtent toutes les formes possibles. Il y en a de fins, hyalins ; des cylindres épithéliaux, métamorphosés en cylindres granuleux et hyalins, luisants comme de la cire. On trouve de brillantes gouttelettes adipeuses renfermant un nombre considérable de cylindres dans les cas de dégénérescence graisseuse des épithéliums du rein. On les rencontre surtout dans le gros rein blanc, et dans les *formes transitoires* entre le rein moucheté et le rein blanc ; cependant en examinant des urines provenant de reins tachetés ou mouchetés, nous avons constaté que chaque gouttelette qui se trouvait au fond du vase contenait une quantité énorme de cylindres graisseux. L'urine peut en contenir en telle proportion qu'une nappe de graisse brillante semble nager à sa surface. Lorsque l'organe est complètement amyloïde, on rencontre même des cristaux de graisse libres (Knoll).

2° *Des globules lymphatiques*, presque constants, et souvent en grand nombre. Pendant la période d'augment de la néphrite, ils sont si nombreux que la plupart du temps tous les autres éléments figurés passent inaperçus.

3° *Des corpuscules sanguins colorés*. Ceux-ci ne sont pas constants. Leur quantité est aussi très variable. Ils font quelquefois défaut, et ne sont que très rarement aussi nombreux que dans l'urine hémorrhagique de la néphrite aiguë.

cette substance albuminoïde, pense que, lorsqu'elle existe, elle indique un état dyscrasique méritant de fixer l'attention. D'après Senator on rencontre fréquemment l'albuminurie mixte (albumine coagulable et propeptone) et quelquefois aussi uniquement de la propeptonurie qui échappe souvent à notre observation par des procédés d'analyse qui sont insuffisants. « L'avenir nous apprendra, dit-il, si ces modifications dans les rapports réciproques des matières albuminoïdes peuvent être utilisées pour le diagnostic ».

(G. C.)