

comme complication de la néphrite aiguë ; on pourrait fort bien les prendre pour des pneumonies primitives ; puis *les inflammations des séreuses* (1). D'après M. Meyer la *pleurésie* serait la plus fréquente ; la *péritonite* le serait un peu moins, enfin la *péricardite* n'occuperait que le troisième rang. Lorsque les séreuses ont été antérieurement le siège d'hydropisies, il est fort difficile d'affirmer pendant la vie la part qui revient à l'hydropisie, et celle qui est dévolue aux lésions inflammatoires ; cela s'explique d'ailleurs facilement si l'on veut bien se rappeler ce que nous avons dit au sujet de la néphrite aiguë. On comprend aussi aisément l'importance des *pneumonies* et des *bronchites* (2) graves qui occasionnent ces *dyspnées* si pénibles et si dangereuses des brightiques.

pendant au cours d'une néphrite chronique déterminent de nouvelles poussées suraiguës dans le rein et que dans ces cas on peut trouver les deux processus associés. Le tableau clinique de la pneumonie peut être modifié, la pneumonie évoluant sans fièvre et partant passant quelquefois inaperçue. Elle est une trouvaille d'autopsie. (G. C.)

(1) La pleurésie est fréquente. L'épanchement séreux est peu abondant. Le professeur Dieulafoy insiste sur ces formes de pleurésies légères qui se traduisent par une dyspnée violente. Ce signe en désaccord avec la petite quantité du liquide doit avertir le clinicien qui trouvera quelquefois, en faisant un interrogatoire sérieux, un brightique avéré chez un individu atteint d'une pleurésie évaluée à 500 ou 600 grammes de liquide et sujette à des rechutes fréquentes. (G. C.)

(2) Lasègue a décrit, il y a longtemps, les bronchites au cours de la néphrite chronique. Rayer les regardait déjà comme les plus fréquentes des complications pulmonaires. Elles affectent 3 types. Le premier confondu souvent avec l'œdème du poumon, est caractérisé par des accès de dyspnée passagère, plutôt nocturne que diurne, accompagnée d'un sentiment d'angoisse thoracique tout spécial, se révélant par des foyers de râles crépitants fins disséminés, mais qui diminuent d'intensité à la périphérie des foyers, et qui se déplacent sous l'oreille si on pratique l'auscultation pendant quelques minutes. L'expectoration est nulle. Le second type rappelle à la fois une pneumonie superficielle ou une pleurésie sans correspondre exactement à l'une ou l'autre de ces maladies.

Les affections *du foie* (1) et *de la rate* sont fréquentes dans la néphrite chronique (hépatite, foie muscade, foie gras, tumeurs aiguës et chroniques de la rate) ; mais à moins que ces

Elle est brusque dans son apparition et intense dès le début. La dyspnée est plus marquée que dans la première forme. Il existe des foyers dans la totalité desquels on perçoit des râles crépitants fins et plus tard des râles humides. Les crachats sont muqueux, muco-purulents, généralement striés de sang. La résolution est rapide. Le troisième type correspond à une véritable broncho-pneumonie. Elle apparaît subitement après une bronchite passagère. L'oppression est continue avec des exacerbations, la toux est fréquente, l'expectoration abondante, sanguinolente. L'auscultation révèle les signes d'une broncho-pneumonie. Le pronostic de toutes ces formes est bénin. Coïncidant souvent avec des symptômes d'urémie elles sont confondues avec elle, surtout la première forme. (G. C.)

(1) Hanot a constaté au cours de la néphrite chronique une hypertrophie hépatique.

Il y a 3 formes :

La première est due à une intoxication générale ou infectieuse qui a engendré la maladie rénale. Lésion rénale et lésion hépatique sont deux processus simultanés.

La seconde qui correspond au gros foie brightique est simplement un foie cardiaque se développant lorsque la maladie première est arrivée à cette période désignée sous le nom de phase cardiaque du mal de Bright.

La troisième, qui ne peut s'expliquer ni par une communauté d'origine ni par la complication cardiaque, s'observe au cours d'une néphrite chronique déjà ancienne, alors que les symptômes urémiques commencent à apparaître. Elle peut constituer le foie urémique et peut être considérée comme étant le résultat de l'insuffisance de la dépuratation urinaire. Le sang chargé de principes qui ne s'éliminent pas se conduit à l'égard du foie comme un sang toxique et y détermine des troubles nutritifs et vasculaires. Peut-être y a-t-il une véritable atrophie scléreuse, terminaison de l'hypertrophie hépatique dans les cas qui peuvent mériter à bon droit le nom d'urémie chronique ? Hanot donne, à l'exemple de Bouchard, le nom de gros foie à ces formes, ne voulant préjuger en rien de la nature intrinsèque de la lésion. — Gaume dans sa thèse inaugurale a développé ces mêmes idées. (G. C.)

lésions ne soient très prononcées, comme dans la *cirrhose hépatique* par exemple, elles passent souvent inaperçues.

Enfin chez les femmes enceintes, la néphrite chronique occasionne de temps en temps la *mort du fœtus*, en provoquant un décollement *prématuré* du placenta (G. Winter) ou la formation de *nodosités blanchâtres* dans ce même placenta (Fehling).

La néphrite peut durer des mois et des années, mais il n'est pas rare d'observer des rémissions qui peuvent en imposer pour une véritable guérison, et pendant lesquelles l'albuminurie, les sédiments urinaires, et les hydropisies disparaissent, tandis que l'état général du malade s'améliore.

D'une façon très générale, les formes qui sont *aiguës d'emblée* ont une courte durée (3 mois environ) ; au contraire les formes à *marche lente et insidieuse* durent plus longtemps. Le *gros rein blanc* semble se différencier des autres formes par ses débuts accompagnés d'hydropisie, et aussi par la régularité de son évolution qui est environ d'une année. Cependant ce que nous venons de dire est loin d'être assez constant pour que l'on puisse affirmer un diagnostic en se basant sur ces remarques. Il n'est pas exact non plus que le gros rein blanc se termine *toujours* par la mort sans s'être transformé en rein contracté (Wagner). Lorsque la néphrite chronique ordinaire ne se termine ni par l'hydropisie, ni par la guérison, ni par la mort à la suite d'accidents urémiques, de lésions viscérales ou de cachexie, elle se transforme généralement en rein contracté.

Nous indiquerons brièvement deux variétés de néphrites observées par Wagner. La première est un *mal de Bright chronique hémorragique sans œdème*. Cette variété est caractérisée par des hémorragies *périodiques* d'une durée de quelques jours, et qui se montrent toutes les semaines ou tous

les mois, et de plus par l'absence d'hydropisie (probablement parce que les accès sont trop courts pour que l'hydropisie ait le temps de s'établir). Dans les intervalles qui séparent les périodes d'hémorragie, l'urine a les caractères que l'on note généralement dans le *rein contracté*. L'état général est peu modifié ; il n'y a pas d'hypertrophie du cœur appréciable.

Nous avons observé deux cas de ce genre ; mais malheureusement nous n'avons pu les tenir en observation que pendant quelques semaines. Dans l'un d'eux le malade était à la troisième période de la syphilis.

La seconde variété de Wagner est plus connue : c'est un *mal de Bright aigu hémorragique survenant dans le cours d'une néphrite n'ayant pas encore manifesté de symptômes apparents*. Cette variété répond à peu près à la poussée de néphrite aiguë qui se produit au cours de la *cirrhose rénale atrophique* de Bartels. Goodhart recommande de bien se garder de confondre cette forme avec la véritable néphrite aiguë.

L'*anamnèse* ne donne guère de renseignements suffisants pour poser le diagnostic ; l'albumine peut même faire défaut dans les urines.

D'ordinaire c'est une affection placée sous la dépendance de la néphrite, comme la *phthisie* ou une *endocardite chronique*, qui amène le malade à consulter le médecin. Pendant les accès, l'urine légèrement ou au contraire énormément augmentée en quantité, est hémorragique. La mort survient généralement assez rapidement, et toujours à la suite de complications.

Cependant nous avons soigné pendant de longs mois des malades de notre service que nous avons renvoyés comme guéris. Bien que les urines présentent des caractères quelque peu différents, nous ne voyons pas dans la marche de ces di-

verses variétés de néphrite des différences assez essentielles pour en faire un groupe à part.

Nous avons observé à plusieurs reprises leur transformation en néphrite chronique et en rein complètement contracté. Cependant il est plus commode en pratique de s'habituer à distinguer ces variétés de néphrite.

Aufrecht ne voit dans la néphrite chronique hémorragique de Weigert qu'un processus inflammatoire qui se serait *surajouté* à notre néphrite chronique; cela est vrai dans beaucoup de cas, mais non dans tous. Nous avons eu l'occasion de suivre la néphrite hémorragique d'Aufrecht dès le début de son évolution, et nous sommes convaincu qu'elle doit être considérée comme une forme à part.

Nous avons déjà dit qu'il existait des *formes abortives* de néphrite chronique, et nous n'avons pas manqué d'attirer l'attention sur l'intérêt pratique de cette remarque. Tantôt on rencontre comme une ébauche d'hydropisie, d'anémie, de dyspepsie chronique, ou bien au contraire le malade ne se doute nullement de son état, et seul l'examen microscopique des urines démontre la présence de lésions souvent très circonscrites mais qui prouvent d'une manière certaine l'existence de la néphrite (cylindres granuleux, épithéliums rénaux).

Pronostic. — Lorsque la néphrite est *intense*, la mort est la règle. Elle survient à la suite des complications que nous avons indiquées, et même avant que la néphrite ait eu le temps de se transformer en *rein contracté*; cela est vrai surtout pour le gros rein blanc et les formes voisines. Ce n'est qu'*exceptionnellement* que les malades guérissent complètement. Toutefois Bartels et Wagner ont observé des cas de néphrite grave qui guérissent parfaitement; et pour notre part nous pouvons ajouter à leurs résultats deux autres cas. Ces guérisons s'observent surtout lorsque les maladies primitives

comme la malaria, une syphilis de date relativement récente, ou des affections chirurgicales ont cédé à un traitement approprié (1).

Mais dans un nombre considérable de cas, la maladie se termine par une guérison incomplète; on observe seulement de longues rémissions avec disparition presque entière d'albumine et d'hydropisie.

En général, une albuminurie intense (2), une oligurie pro-

(1) Quand la guérison doit s'obtenir on peut observer dans les urines une décharge considérable de globules blancs. Dans des reins atteints de néphrite en voie de guérison et que nous avons observés chez des individus morts d'une autre complication, on peut retrouver ces globules blancs en masse dans les tubes collecteurs assez nombreux pour obstruer la papille. Cette décharge de leucocytes s'observe surtout dans les néphrites aiguës; on la constate encore quoique plus rarement dans les néphrites chroniques qui n'ont pas une durée trop longue. (G. C.)

(2) La quantité de l'albumine est sans valeur. L'augmentation de l'albumine, loin d'être un signe défavorable, peut dans quelques cas, comme le professeur Jaccoud l'a prouvé et comme nous l'avons montré dans notre thèse, être un signe pronostique d'un bon augure. Le professeur Jaccoud soutient que l'augmentation de l'albumine est de règle quand la sécrétion urinaire redevient plus abondante après une période d'obstruction rénale; pour lui « les raisons du pronostic doivent être cherchées dans la quantité de l'urine, dans la quantité de l'urée qui donne implicitement la mesure des autres éléments de l'urine et non point dans le chiffre de l'albumine qui est tout à fait accessoire ». Le professeur Dieulafoy professe la même opinion. « L'albuminurie au cours du mal de Bright, dit-il, ne donne que des renseignements bien incomplets sur la marche et le pronostic de la maladie ». Les albuminuriques qui ont de fortes doses d'albumine dans leur urine ne sont pas ceux qui sont à la veille des plus graves accidents. Aux moments les plus graves, l'albumine peut disparaître ou l'albumine peut survivre aux autres symptômes de la néphrite quand celle-ci est à peu près guérie. Ce qui crée le danger dans la néphrite « ce n'est pas ce qui passe au travers des reins, c'est ce qui ne passe pas » (Dieulafoy). L'albumine pour les maladies des reins, pas plus que l'ictère pour