

n'augmente pas dans le rein sénile, mais diminue au contraire, elle descend parfois jusqu'à un litre ou à un demi-litre. Cela s'explique par la faible tension artérielle et l'absence d'hypertrophie du cœur. *L'albuminurie* est rare et les accidents d'urémie semblent faire complètement défaut (1); en un mot le rein sénile, le rein lisse, est sans importance clinique, ce qui n'empêche pas, comme l'a dit Meigs, qu'il cause bien plus souvent la mort qu'on le croit généralement. D'après

(1) L'urine du rein contracté est différente de celle du rein sénile. Quand par l'expérience du verre de Gubler on examine l'urine d'une néphrite interstitielle, on voit un léger nuage d'albumine avec un ménisque plus ou moins abondant d'uro-hématine. Ce pigment de l'urine fait en effet rarement défaut: il est plus ou moins considérable et se révèle facilement par l'acide nitrique. Dans le rein sénile, le rein n'est pas contracté, mais il est diminué de volume et de poids. Généralement lisse il n'est granuleux que dans quelques cas. Il n'est jamais rouge; quand il a cette teinte il y a un élément surajouté: une congestion veineuse due à une altération cardiaque. Il est quelquefois parsemé de kystes, mais la capsule se détache facilement sans entraîner le tissu rénal sous-jacent.

La *symptomatologie* comme l'indique l'auteur n'est pas celle du rein atteint de néphrite interstitielle. L'urine est diminuée de quantité; la densité est en raison inverse de la quantité (1013). L'urée est considérablement diminuée (7 grammes, Lecanu; 12 grammes, Roche). L'acide urique ne se chiffre plus que par 0,20 ou 1 gramme au lieu de 2. L'acide phosphorique de 3 grammes tombe à 1 gramme et au-dessous. Les chlorures restent les mêmes. L'uro-hématine est absente des urines.

Toutes ces modifications semblent provenir à la fois de l'état anatomique du rein et des modifications du sang. Il y a donc plutôt une véritable déchéance, une involution à proprement parler; mais non un processus pathologique. Du reste la néphrite interstitielle appartient à un processus pathologique actif qui la distingue du rein sénile, qui n'est pas une maladie. L'examen des urines nous confirme dans cette opinion. S'il y a des cas mixtes où il est difficile d'incliner nettement vers l'un ou l'autre de ces deux diagnostics, on doit penser que le vieillard peut être atteint d'artério-sclérose. Mais ce processus est surajouté et partant modifie le rein sénile en lui donnant quelques-uns des signes de la néphrite interstitielle. (G. C.)

une série d'observations, il existerait un certain nombre de formes intermédiaires entre *le rein sénile* et *le rein contracté*.

Diagnostic. — « Le médecin qui a l'habitude, dit Bartels, de considérer chaque symptôme en particulier afin d'en rechercher soigneusement la cause, et d'examiner les urines de ses malades au moindre malaise que ceux-ci présentent, celui-là pourra diagnostiquer de bonne heure cette singulière néphrite »; et plus loin le même auteur ajoute: « l'examen méthodique de l'urine continué pendant longtemps et l'observation constante du cœur, telles doivent être les bases du diagnostic ». Ces lignes que Bartels écrivait il y a dix ans, ont conservé de nos jours leur entière valeur. Pour s'en convaincre, il suffit de relire le chapitre précédent. On examine souvent une seule fois les urines, et pour peu qu'elles ne contiennent pas d'albumine ce jour là, on rejette le diagnostic de rein contracté; c'est là un procédé déplorable (1). Il faut noter soigneusement pendant des jours et des mois la quantité

(1) Il faut s'entourer de tous les signes auxquels peut donner naissance une néphrite pour faire un diagnostic et ne pas s'en rapporter à un seul, surtout à l'albumine; nous l'avons déjà dit et nous le répétons. De même que, comme l'auteur l'indique, on peut ne pas trouver de l'albumine au cours d'une maladie de Bright avérée, de même l'albumine symptomatique d'une lésion rénale peut ne pas s'accompagner de symptômes du brightisme tel que l'entend le professeur Dieulafoy. Ainsi l'albumine peut être l'expression d'une lésion indéniable de l'épithélium du rein et rester à l'état isolé.

Ainsi donc, nous voyons d'une part les symptômes du brightisme évoluer sans albuminurie pendant un grand laps de temps, et d'autre part l'albumine, même d'origine rénale, n'avoir aucun retentissement sur l'organisme. Aussi de l'absence ou de la présence de l'albumine même néphrétique on ne peut rien conclure. Le rein affecté retentit sur l'ensemble de l'organisme et c'est sur l'ensemble des troubles qu'il détermine qu'il faut baser son diagnostic. Une lésion isolée du rein ne constitue pas un mal de Bright.

(G. C.)

exacte, le poids spécifique des urines et la proportion d'albumine qu'elles contiennent. Quant à une analyse chimique de l'urine plus approfondie, elle ne peut mener à l'heure actuelle à aucun résultat pratique.

Autant il est facile de faire le diagnostic quand l'urine présente les signes caractéristiques des reins contractés, que le cœur, le pouls, le tissu cellulaire, et le système nerveux offrent les altérations particulières à notre néphrite, autant le diagnostic devient difficile lorsque l'hypertrophie du cœur n'est pas encore développée et par conséquent que l'urine est à peu près normale, ou bien lorsque la compensation cardiaque est déjà troublée. Dans le premier cas, la faible quantité d'albumine fait hésiter entre une simple albuminurie physiologique et un rein contracté à l'état latent ; dans le second cas c'est le défaut de polyurie et l'ensemble des symptômes constatés au niveau du cœur qui peuvent faire méconnaître la néphrite.

Lorsque l'albuminurie *coïncide* avec de la *céphalée* ou de la dyspepsie, en même temps que le pouls est tendu, il faut se méfier (Engel, Rosenbach, Leube).

L'étiologie, à moins qu'elle ne soit imputable à l'intoxication saturnine, la goutte ou la syphilis, n'a pas grande importance.

La confusion entre le rein contracté et la période de la convalescence de la *néphrite aiguë* n'est guère admissible que dans les livres. L'anamnèse met en général rapidement sur la voie du diagnostic. La polyurie pourrait faire *songer au diabète*, mais l'observation scrupuleuse des règles que nous avons énoncées plus haut, l'examen du cœur et du pouls éviteront de commettre une erreur. Il est moins facile de différencier la *polyurie hystérique*, surtout si on examine le malade pour la première fois. C'est alors qu'il est de la plus haute importance

fique de l'urine reste peu élevé, alors que la *quantité d'urine diminue au point de descendre au-dessous de la normale* (1).

Il ne faut pas attacher une trop grande importance à l'*âge du malade*, on sait que les jeunes gens même peuvent être atteints de cirrhose rénale.

Nous ne saurions trop répéter que les malades qui ont des reins contractés peuvent rester des jours et des mois *sans albuminurie*, on ne se contentera donc pas de l'absence d'albumine et de sédiments uratiques pour rejeter le diagnostic de rein contracté.

Pour les raisons que nous avons indiquées plus haut, nous renonçons à établir dans la plupart des cas le diagnostic différentiel entre le rein contracté *primitif* ou *secondaire* (2), quoi

(1) On peut aussi rechercher la formule de l'inversion des phosphates selon la méthode de Gilles de la Tourette et Cathelineau. (G. C.)

(2) On observe souvent des malades qui atteints d'une néphrite aiguë voient survenir coup sur coup et successivement, à mesure que les symptômes dépendant de cette forme du mal de Bright disparaissent, les petits accidents du brightisme tels que les entend le professeur Dieulafoy (doigt mort, cryesthésie, crampes, épistaxis, céphalée, pollakiurie, etc.). Inversement on observe chez des individus l'apparition à des intervalles plus ou moins éloignés de ces mêmes signes qui finalement aboutissent à une néphrite avec une albuminurie abondante suivie d'urémie.

Il semble que dans ces deux cas il y ait deux processus en présence : l'un néphritique avec tous les symptômes d'une dépuraction urinaire insuffisante, l'autre général dû à l'artério-sclérose. Il faudrait donc croire que les signes du petit brightisme aient une pathogénie différente, l'une de nature urémique ou due à l'hypertension artérielle et sous la dépendance de la néphrite, l'autre généralisée, artérielle et due aux lésions des vaisseaux. Nous avons vu que pour l'hypertrophie du cœur ces deux modes pathogéniques pouvaient être admis (Dieulafoy).

Aussi pourrait-on d'après l'une ou l'autre de ces causes admettre que dans le premier cas on a affaire à un rein contracté secondaire et dans le second à un rein contracté primitif et diagnostiquer ces deux

qu'en disent les auteurs. Il est bien rare que l'on observe des *néphrites diffuses subaiguës* qui évoluent pendant un certain temps avec tous leurs symptômes et qui font place petit à petit au tableau du *rein contracté*. Cependant nous en connaissons 4 cas bien précis, vérifiés par l'autopsie. D'ailleurs nous avons déjà vu que la différenciation de ces deux formes n'avait guère d'importance pratique.

Toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'un *état cachectique* qu'on ne pourra rapporter ni à la tuberculose ni au cancer, on peut diagnostiquer un rein contracté.

Pour le diagnostic différentiel avec le *rein amyloïde*, nous renvoyons au chapitre qui traite de ce dernier.

Enfin nous conseillons de s'abstenir de faire un diagnostic précis, lorsque l'on sera appelé pour un malade arrivé au terme de la maladie, et que l'on trouvera un cœur dépourvu de contraction énergique, un pouls *petit, mou, irrégulier et fréquent*, et que l'hypertrophie cardiaque aura disparu. Lorsqu'on examine un malade de ce genre, on doit s'estimer très heureux de pouvoir diagnostiquer une affection du cœur *d'origine rénale*. On nous amena un jour un malade mourant, hydropique, et en proie à une dyspnée cardiaque des plus pénibles : ces symptômes faisaient croire à une myocardite avec endocardite récente (fébrile). Après avoir constaté que les urines fébriles étaient peu abondantes et très chargées en albumine, nous fîmes le diagnostic de néphrite. Le malade suc-

variétés de néphrite chronique. Dans le premier en effet l'urémie et l'hypertension artérielle causées par une néphrite aiguë survenue brusquement peuvent expliquer l'apparition hâtive des signes des petits accidents du brightisme et leur succession rapide ; dans le second, l'artério-sclérose généralisée expliquerait chacun des signes par les lésions artérielles de chaque département de l'organisme frappé, la lenteur de leur apparition et la survenue de la néphrite qui est en quelque sorte la dernière manifestation du brightisme. (G. C.)

comba et à l'autopsie faite quelques jours plus tard, nous trouvâmes un rein contracté dont la couche corticale, très diminuée, était jaune-pâle, et de plus les altérations cardiaques que nous venons de citer (1). L'endocardite était-elle une *conséquence* de la néphrite ou bien accidentelle ? C'est ce que nous ne saurions encore affirmer.

Pronostic. — Les parties des reins qui sont atrophiées ne reviennent jamais à leur état primitif ; dans ce sens, le rein contracté est donc inguérissable. De plus lorsque la maladie

(1) Nombre de malades en effet par leur hypertrophie du cœur passent pour des cardiaques purs. La distinction entre ces « rénaux » et ces faux cardiaques, si l'on peut s'exprimer ainsi, est utile à faire et doit être faite sous peine de faire poser un mauvais pronostic et de faire instituer un traitement qui sera nuisible au malade. Il faut s'attacher à reconnaître, quand la chose est possible, ces dilatations et hypertrophies du cœur dès le début, même quand elles ne sont pas très prononcées. Quand le processus artério-scléreux est très net et se trouve très avancé, quand tous les troubles peuvent être rattachés sûrement à cette cause et non à l'hypertension artérielle comme on peut à la rigueur l'admettre au début de la cirrhose rénale, à ce moment le diagnostic a encore plus d'importance.

La myocardite d'origine artério-scléreuse et la myocardite consécutive aux lésions valvulaires ne sont pas toujours faciles à distinguer. Mais quand cette distinction sera faite, quand on aura saisi la détermination cardiaque de l'affection vasculaire générale, l'artério-sclérose, on s'expliquera certaines anomalies apparentes de la clinique. Huchard a créé les deux termes de *cardiopathie valvulaire*, de *cardiopathie artérielle* qui marquent bien la séparation et la différence que nous voulons établir entre les deux affections cardiaques, l'une consécutive à l'endocardite, l'autre aux lésions artérielles.

On s'expliquera encore pourquoi tel malade traité par certains médecins « comme brightique succombera avec tous les signes d'une affection cardiaque arrivée à la période d'asystolie ; et inversement pourquoi tel cardiaque avéré sera pris d'accidents rapidement mortels trahissant une lésion rénale méconnue jusqu'alors ; on sait d'ailleurs combien il est fréquent de voir ces cardiopathies artérielles se terminer par des accidents urémiques » (Weber). (G. C.)

est arrivée à une période assez avancée pour qu'on puisse en affirmer le diagnostic, elle se termine toujours par la mort. Mais ce qui peut nous consoler un peu de ce si sombre pronostic, c'est que la maladie peut durer une dizaine d'années sans faire souffrir le malade. Les malades de ce genre ne sont, somme toute, pas plus à plaindre que les individus ayant toujours été bien portants qui sont enlevés dans leur vieillesse par une *pneumonie* ou une *hémorrhagie cérébrale*.

Enfin nous avons vu un bon nombre de malades avoir eu de l'albuminurie et une élévation de la tension artérielle, puis perdre leur albuminurie et nous revenir après des années avec une urine normale et qui resta telle pendant des mois et des années. Jusqu'à quel point ces cas rentrent-ils dans la catégorie des *albuminuries simples* ou dans celle des reins contractés ? Ces périodes d'amélioration que nous constatons, étaient-elles de simples rémissions ou des guérisons ? C'est une question que nous n'osons résoudre. Ce que nous pouvons affirmer avec plusieurs auteurs, c'est qu'après avoir nettement constaté tous les symptômes d'une *néphrite* nous avons noté de longues rémissions, on pourrait même dire qu'au point de vue du malade ces périodes étaient de véritables *intermittences*. Peut-être ces intervalles de santé correspondent-ils à un arrêt du processus de rétraction ?

Il est vrai de dire qu'en général la mort est immédiatement précédée d'*asthénie cardiaque*, d'*oligurie*, d'*accidents urémiques*. Cependant nous avons vu assez souvent des malades atteints d'*urémie chronique* et avoir des rémissions plus ou moins longues, nous avons même vu des moribonds se relever malgré toute attente, et sortir de l'hôpital.

Traitement. — Il est bien rare que l'on puisse agir sur la cause même du rein contracté, à moins que celui-ci ne soit dû au *saturnisme*, à la *goutte* ou à la *syphilis*.

Le traitement de la maladie elle-même est encore plus décevant. Nous ne connaissons aucun médicament *spécifique* capable d'enrayer la marche du processus de rétraction. Bartels avait indiqué l'*iodure de potassium*, mais après de nombreux essais nous pouvons affirmer avec Cantani et d'autres que ce médicament est sans action toutes les fois que la *néphrite* n'est pas d'origine syphilitique. Nous insistons d'autant plus sur ce fait que nous avons vu maintes fois des oculistes ordonner à leurs malades de l'iodure de potassium à hautes doses et *pendant longtemps* dans le but d'arrêter la *néphrite* qu'ils avaient diagnostiquée à l'ophtalmoscope; nous répétons qu'il n'existe pas de médicament *anti-néphrétique*, et il n'est pas rare de voir les *dyspepsies* et les *maux de tête* s'accuser encore avec l'emploi de l'iodure.

Même là où l'origine syphilitique ne fait aucun doute, l'iodure est souvent infidèle. Nous connaissons sans doute un certain nombre de cas du genre de ceux de Mauriac, et dans lesquels cet auteur avait tant vanté l'action de l'iodure; mais nous nous permettons de faire observer que ces faits visés par cet auteur ce sont plutôt des *gommes rénales* que de *vraies néphrites* que l'on a guéries.

Ainsi le médecin ne peut guère s'attaquer qu'aux *symptômes* du rein contracté; et, nous nous empressons de le dire, il peut alors grandement soulager son malade.

Si la compensation se fait bien, on se contentera de combattre les maux de tête dus à la congestion par des *applications de glace*, des *laxatifs*, et chez les individus sanguins par de *petites saignées*. La petite quantité d'albumine que perd le malade n'a pas d'importance. Lorsqu'un malade est sur le point de succomber à une *apoplexie*, Cantani conseille de *sectionner une artère*. Ce serait commettre une erreur théo-