

sulter une *dégénérescence amyloïde*. Contrairement à ce que disent Rosenstein et Ebstein, nous avons observé cette dégénérescence amyloïde *des deux côtés* alors même que la néphrite purulente n'avait été qu'unilatérale.

Pour plus de détails au sujet des phlegmons *périnéphritiques* qui, ainsi que nous l'avons vu, peuvent être l'origine de néphrites suppurées, nous renvoyons au chapitre qui en a été l'objet (1).

Au sujet de l'anatomie pathologique des formes d'ailleurs les plus fréquentes de néphrites purulentes développées par

---

crétification. Du reste cette formation d'un tissu sclérosé n'a pas lieu de nous surprendre. La sclérose peut être associée à la suppuration, se retrouver sur un même rein, les micro-organismes pouvant amener dans cet organe soit du tissu fibreux, soit des abcès; ces deux processus étant sans doute en rapport avec des degrés de virulence des micro-organismes.

On peut comprendre ainsi comment lorsque des micro-organismes acquièrent une virulence supérieure, lorsqu'ils se trouvent en plus grande quantité, ou qu'une nouvelle espèce de micro-organismes intervient au cours de l'infection, comment, dis-je, la néphrite scléreuse peut se transformer en néphrite suppurée. Les foyers embryonnaires constatés souvent au sein de la sclérose ne « sont que des abcès avortés; les phagocytes ont détruit les microbes et le tissu embryonnaire peut s'organiser en tissu adulte » (Albarran).

Nous avons constaté un cas qui vient à l'appui de cette manière de voir. Sur un rein atteint de néphrite diffuse siégeaient des abcès miliaires dont quelques-uns avaient tourné à la purulence, dont quelques autres présentaient du tissu embryonnaire avec beaucoup de leucocytes et dont quelques autres enfin étaient devenus complètement fibreux.

(G. C.)

(1) Il ne faut pas oublier que le phlegmon périnéphritique peut être, dans certains cas, comme l'a démontré Albarran, l'effet et non la cause de la néphrite suppurée. Quand l'invasion microbienne se fait par la voie lymphatique la propagation à la capsule des micro-organismes contenus dans les espaces lymphatiques du rein est de toute évidence dans les préparations d'Albarran (thèse 1888. Communication à la Société de biologie, 1889).

(G. C.)

l'intermédiaire des *voies urinaires*, nous renvoyons à ce que nous avons dit au sujet de la *pyélite* et de la *pyélonéphrite* et aussi à la *néphrolithiase*. Dans la plupart des cas, les suppurations sont unilatérales (Voir encore Tuberculose rénale).

Enfin nous laissons aux traités de chirurgie le soin de décrire l'anatomie pathologique des traumatismes du rein en général unilatéraux; nous nous contenterons de dire que lorsque la mort survient dans les premiers jours on trouve de larges extravasations sanguines dans les uretères, la vessie et surtout dans le rein, dont les tissus sont généralement plus ou moins fendillés et désagrégés.

Lorsque la néphrite a eu le temps de se développer, l'organe est gonflé et hyperhémie, et de plus il est imbibé par un liquide trouble de couleur brune; le parenchyme contient de nombreux foyers hémorrhagiques, au milieu desquels apparaissent les foyers purulents; ces derniers occupant surtout la couche corticale. Ces foyers ont une tendance très marquée à la confluence et à l'extension. Dans des cas particulièrement graves, surtout lorsqu'ils sont accompagnés d'infiltration d'urine, l'organe tout entier se mortifie et se transforme en une espèce de bouillie pulpeuse et purulente.

**Symptomatologie et diagnostic.** — Les abcès métastatiques *miliaires* ne sont guère faciles à diagnostiquer pendant la vie, et cela, parce que leur évolution ne modifie en rien la marche de la maladie principale. Lorsque le médecin a été assez heureux pour faire le diagnostic d'*endocardite infectieuse*, il peut supposer des abcès du côté du rein, et son diagnostic se trouve souvent confirmé; mais dans tout autre cas ce n'est que d'une façon inattendue que l'on trouve des abcès miliaires à l'autopsie.

Même lorsqu'il s'agit d'abcès plus grands à la suite de pyo-

hémie, tant que ces derniers restent enkystés dans le parenchyme rénal, il est bien difficile de les diagnostiquer, car, comme les abcès de petit volume, ils n'influent nullement sur la marche de la maladie générale.

Enfin les autres formes de néphrites purulentes, à moins que celles-ci ne soient le résultat d'un traumatisme, passeront souvent inaperçues même pour un clinicien exercé, surtout lorsqu'elles seront consécutives à des affections des voies urinaires et à la lithiase rénale. Les symptômes de l'affection initiale masquent le plus souvent ceux de la néphrite. Somme toute, les néphrites purulentes pures sont exceptionnelles et Rosenstein avait bien raison de dire il y a déjà quelque 20 ans « qu'elles sont si rares qu'on ne peut en donner qu'une esquisse bien incomplète ». Mais si le processus lui-même n'est accompagné d'aucun symptôme important, il n'en n'est pas de même de ses *complications*.

Il est bien rare que les abcès dont il est question ici affectent une marche aiguë. Une forte élévation de température, des frissons, des vomissements, des douleurs de reins, des dyspepsies ouvrent la scène. Il arrive cependant que les abcès des reins s'annoncent brusquement par ces symptômes et affectent dans la suite une marche chronique, si bien qu'il n'existe pas de différence entre eux et ceux qui sont chroniques d'emblée; ces derniers sont presque exclusivement *consécutifs*. Tantôt la fièvre fait défaut, ou est peu accusée, marquée seulement par quelques légers frissons (1). Le plus

(1) Rayer, Tapret et Roger ont signalé, dans les néphrites terminées par la production d'abcès multiples dans le rein, des symptômes exceptionnellement graves et en particulier une stupeur très prononcée. « Il est difficile de dire si cette stupeur est en rapport avec la formation des petits abcès ou si elle ne dépend pas plutôt de la gravité de la maladie générale » (Cornil et Brault). (G. C.)

souvent nous avons noté des courbes de température avec de grandes oscillations variant entre 36 et 39°, atteignant dans des cas graves de septicémie 40 et 41°. Dans les cas d'*endocardite ulcéreuse* nous avons observé à plusieurs reprises des ascensions et des descentes brusques de 5 à 6 degrés à quelques heures de distance. Dans la moitié des cas les malades ne se plaignent pas de douleurs de reins. Cependant nous avons vu des patients torturés jour et nuit pendant des semaines et des mois. Mais ce n'est pas ainsi que les choses se passent généralement; les douleurs s'apaisent ordinairement pendant le repos, et augmentent au moindre mouvement. Elles s'irradient souvent vers l'aîne, le testicule, les grandes lèvres, la cuisse du même côté. On prend assez souvent des douleurs *réflexes* pour de vraies douleurs de reins. Nous avons vu une femme crier pendant la palpation du rein sain, et supporter sans grande douleur celle du rein malade. L'examen, surtout lorsqu'il est fait par un médecin brutal ou inexpérimenté, est excessivement douloureux; nous avons même vu des malades anesthésiés au chloroforme crier pendant plusieurs heures après leur réveil. Quelquefois, pour soulager leur douleur, ils plient la cuisse du côté malade, cette flexion constante évite ainsi toute compression nerveuse. On distinguera cette néphrite d'une coxalgie par l'absence de douleur dans la flexion passive, et au contraire par leur exacerbation dans l'extension du membre inférieur (Roberts). Mais nous engageons à ne pas trop s'appuyer sur ce symptôme.

Les caractères de l'urine sont assez compliqués dans la plupart des cas. Tout d'abord, rappelons que la néphrite diffuse peut provoquer l'albuminurie fébrile; mais ce sont surtout les catarrhes compliqués des voies urinaires qui s'accompagnent parfois de suppurations. Dans les néphrites sup-

purées *pures*, il n'y a ni albuminurie, ni beaucoup d'éléments figurés (cylindres, cellules épithéliales du rein).

On a signalé dans quelques observations de l'anurie pendant des jours entiers ; nous n'avons jamais observé rien de semblable, et il ne nous semble pas que l'anurie fasse partie du tableau clinique des néphrites suppurées sans complications, puisque les reins ont encore une certaine partie de leur parenchyme capable de fonctionner. Nous croyons plutôt que l'anurie accompagne certaines complications survenues à la suite de la néphrite, telles que lésions des voies urinaires, destruction d'un rein reconnaissant une autre cause et amenant une suppuration intense de son congénère. Mais par contre rien n'est plus fréquent que l'oligurie et des envies fréquentes d'uriner, même lorsque les voies urinaires sont intactes. Quant à la pyurie et à l'hématurie symptomatiques d'une pyélite consécutive, nous renvoyons au chapitre qui traite de cette dernière. Lorsque l'urine dépose tout d'un coup d'abondants sédiments purulents, cette purulence indique généralement que l'abcès a fait irruption dans le bassinet. En général, les masses de pus sont teintées de sang, parfois même ammoniacales et sanieuses ; elles se modifient alors rapidement. Toutefois, dans un certain nombre de cas, on observe les symptômes d'une cysto-pyérite chronique. La plupart des néphrites suppurées ne sont diagnostiquées qu'au moment où se produisent ces décharges purulentes. Mais il ne faut pas oublier que ces dernières peuvent avoir pour cause un *phlegmon périnéphritique* ou un abcès par congestion qui se seraient frayés un chemin jusqu'aux voies urinaires.

On peut affirmer l'origine rénale du pus, toutes les fois que l'urine contient des lambeaux de parenchyme (Taylor, Wiederhold), de véritables *sequestres* du rein dans lesquels le microscope fait découvrir des glomérules et des canaux uri-

nifères ; mais, malheureusement pour le clinicien, les faits de ce genre sont exceptionnels. Il serait moins rare de trouver dans les urines des *fragments de pyramides* nécrosés (Przewoski).

Il est un troisième symptôme objectif, apparent surtout lorsque la maladie est ancienne et que la suppuration ayant envahi une grande partie du rein a rencontré un obstacle à son écoulement. En effet, lorsque l'on explore la région lombaire au moyen de la *palpation*, on sent une tumeur, rarement assez fluctuante pour que l'on puisse affirmer son contenu ; nous verrons dans la suite (voir hydronéphrose) quels sont les caractères différentiels de cette tumeur. Quelquefois lorsque la fluctuation fait défaut, une ponction exploratrice amène du pus ; encore ne faut-il pas confondre un abcès du rein avec des phlegmons *extra-rénaux*, surtout avec des lésions du péritoine (voir hydronéphrose).

On observe quelquefois des troubles de la *motilité* et de la *sensibilité* dans le membre inférieur du côté correspondant ou même des deux côtés. Mais le nombre de ces *paralysies* et *paraplégies urinaires* est encore beaucoup trop restreint dans la science pour que l'on puisse être fixé sur la pathogénie de ces accidents d'ailleurs étrangers à la néphrite diffuse. On suppose une compression des branches nerveuses correspondantes par le pus (Simon), ou une paralysie réflexe (Stanley, Leroy, Brown-Séguard, Levinson) ; et en se basant sur des expériences physiologiques et cliniques, on a invoqué l'influence considérable qu'exercent les abcès du rein sur l'organisme. Certains faits anatomiques tels que lésions profondes du *nerf sciatique* et de la *moelle épinière* (Leyden, Kussmaul) semblent confirmer cette dernière hypothèse. Rosenstein attribue en grande partie cette paraplégie à l'irradiation du processus suppuratif le long des

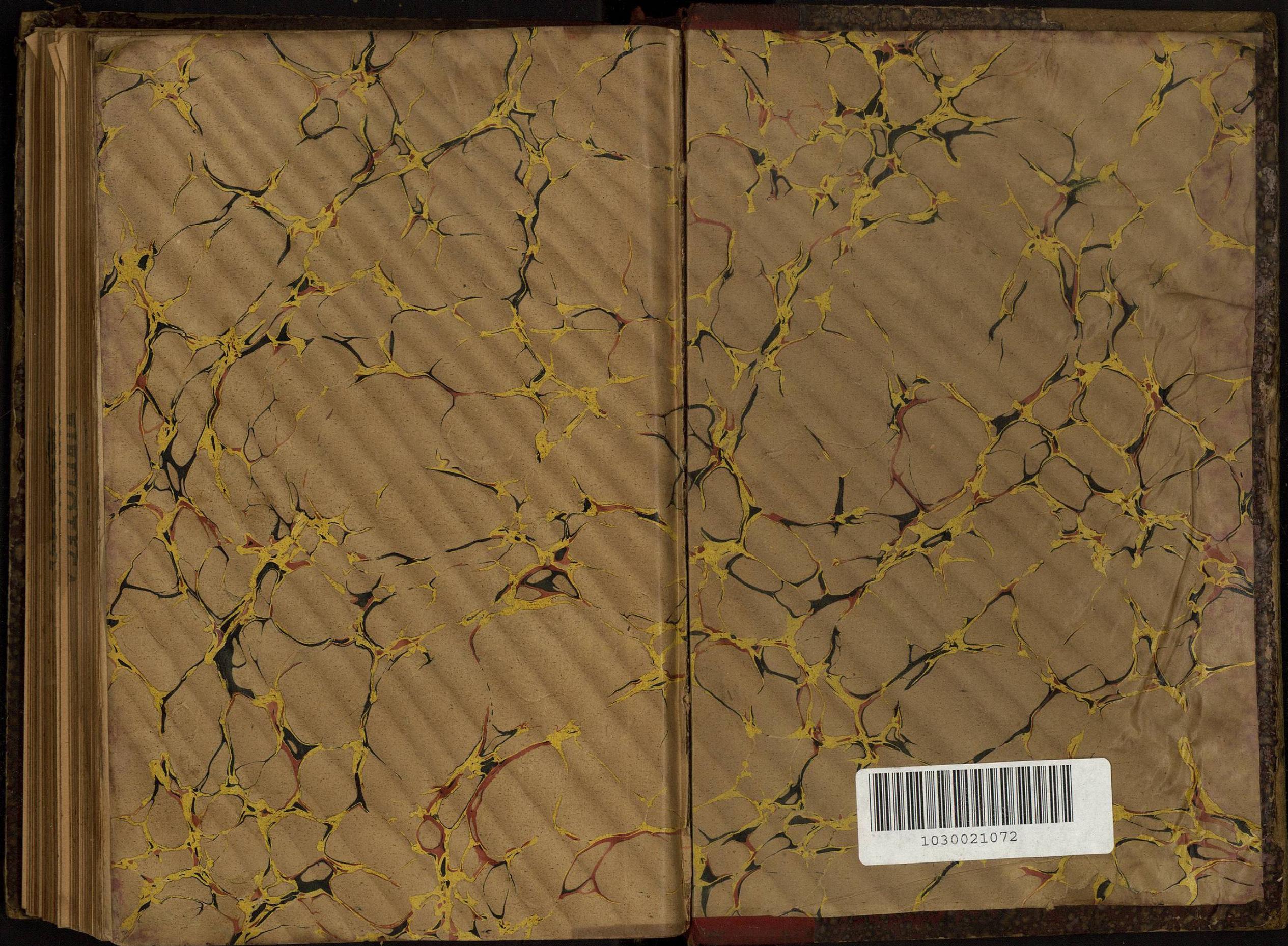
traitement anti-fébrile, nous nous sommes expliqué sur ce point au chapitre de la néphrite aiguë. Le médicament qui nous paraît le plus fidèle est la *quinine* ; mais il va de soi que cette substance n'arrête nullement les processus de suppuration.

S'il s'est formé un *abcès* ou une *poche purulente*, une intervention chirurgicale est indiquée, bien que Maunoury conseille de ne pas opérer trop tôt, surtout lorsque la néphrite est d'origine traumatique. (Comparer le chapitre du rein calculeux).

NOTE ADDITIONNELLE. — MM. Achar d et Renault ont soutenu tout récemment l'identité du *bacterium pyogenes* des infections urinaires et du *bacterium coli commune*. Par les cultures ces deux microorganismes ne se différencient pas ; ils avaient même action sur le rein lorsqu'on faisait des injections dans l'urèthre. Ces résultats sont conformes à ceux qu'a obtenus Krogius, d'Helsingfors, qui les communiquait en même temps. Dans la séance de la *Société de biologie* du 19 décembre 1891, Reblaud avançait qu'il croyait probable l'identité des deux microbes, mais qu'il existait pourtant dans les cultures sur gélatine, ensemencées par piqûre, des différences qui permettaient à un œil exercé le diagnostic immédiat du coli-bacille et de la bactérie pyogène. C'est là une différence de second ordre (Reblaud, Albarran et Hallé) et qui tient peut-être au séjour du microbe dans les voies urinaires. Sa présence est fréquente au niveau du prépuce et à la vulve (Bouchar d) ; en pénétrant dans le canal de l'urèthre il deviendrait virulent. Krogius cependant ne l'a jamais constaté dans la sphère génito-urinaire à l'état normal. — Rodet (*Soc. de biologie*, déc. 1891) conclut également à l'identité du coli-bacille et de la bactérie pyogène. MM. Achar d et Hartmann (*Soc. de biologie*, 16 janvier 1892) ont rapporté un cas de fièvre uréthrale due au *bacterium coli commune*.

Albarran pense aussi (*Tumeurs de la vessie*, Paris, 1892) que l'identité est probable et Morelle (*Etude bactériologique des cystites, La cellule*, 1891) identifie la bactérie pyogène avec le *bacillus lactis aerogenes* et le *coccobacillus* de Rovsing.

Ces travaux, et notamment ceux de Rovsing et de Morelle ne nous semblent donc que confirmer le rôle prépondérant de ce bacille (bactérie pyogène) dans les infections urineuses. (G. C.)



1030021072

