liefs, le plus souvent de forme circulaire ou hémisphérique, parfois de forme oblongue : lors de l'ouverture de la poitrine, ils ne se sont point affaissés comme le tissu pulmonaire sain qui les environne; et, sous la main qui les explore, ils n'offrent pas de crépitation, mais une résistance compacte. Si la pneumonie lobulaire n'occupe que les parties profondes du poumon, le viscère a les dehors, les apparences de l'état sain; mais il suffit de le presser entre les doigts pour y sentir et y reconnaître parfaitement les noyaux d'hépatisation. Si l'on incise les endroits hépatisés, on trouve l'hépatisation plus avancée, plus complétement caractérisée dans la partie centrale qu'à la périphérie; là, par exemple, le tissu pulmonaire, devenu tout-à-fait friable et d'un rouge obscur, ne laisse échapper sous la pression qu'un liquide sanieux sans la moindre bulle d'air, tandis qu'au contraire, vers la périphérie de l'hépatisation, le tissu peut n'être encore qu'engoué plutôt que véritablement hépatisé. Ces noyaux d'hépatisation ont un volume qui varie entre celui d'un grain de chènevis et celui d'un œuf de pigeon, mais la plupart sont gros comme une aveline ou une petite noix. Plus ou moins nombreux selon le cas, il est rare de n'en trouver qu'un ou deux; communément il y en a douze ou quinze, et parfois il y en a plus de trente. Quelquefois ils sont entourés, ainsi l'assure M. Grisolle (*op. cit.*, p. 22), par une pseudo-membrane, épaisse à peu près d'un demi-millimètre, et que sa couleur blanche et sa consistance ne peuvent manquer de faire apercevoir. La description qui précède fournit le type de la pneumonie lobulaire par excellence, de celle, veux-je dire, pour laquelle on peut très bien, avec MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*, p. 63), réserver le nom de *pneumonie mamelonnée*, par opposition à la *pneumonie lobulaire mal circonscrite*. Dans celle-ci, en effet, et elle ne laisse pas que d'être assez fréquente, les foyers d'inflammation ne sont pas aussi nettement limités, aussi précisément isolés que dans la pneumonie mamelonnée; mais ils se confondent insensiblement avec le tissu environnant, sans qu'il y ait, en un mot, une démarcation bien distincte ni en coloration, ni en saillie, ni en consistance, ni en quoi que ce soit : aussi bien ont-ils souvent, au rebours de la pneumonie mamelonnée, une forme très irrégulière, et parfois un volume assez considérable et qui dépasse les dimensions d'un œuf. Maintenant, en ce qui concerne la pneumonie lobulaire parvenue au troisième degré, il est essentiel de faire remarquer que, si les noyaux pneumoniques sont d'un très petit volume et qu'ils aient passé en entier à l'état d'hépatisation grise, une inspection peu attentive pourrait aisément méconnaître le mal; car alors ces noyaux devenus grisâtres présentent à peu près le même aspect que les parties environnantes : mais, en examinant le poumon avec soin, on constate que

quelques lobules sont compactes, privés d'air, et qu'en les pressant on amène un liquide purulent. Il va sans dire que quelquefois les lobules enflammés se trouvent convertis en véritables abcès.

662. *Etiologie.* — Fixons particulièrement l'attention des lecteurs sur deux faits étiologiques que j'ai déjà indiqués et dont l'importance est égale à leur certitude. C'est à savoir : 1° l'origine deutéropathique de la pneumonie lobulaire, dans l'immense majorité des cas, pour le moins qu'on puisse dire (661. A.); 2° la singulière prédominance de l'enfance, et surtout de la première enfance, dans la production de cette maladie, à tel point même que certains auteurs ont vu là une maladie exclusivement propre à cet âge, encore bien qu'il soit seulement vrai de dire que les pneumonies lobulaires, tantôt demeurant telles jusqu'à la fin, tantôt devenant des pneumonies lobaires par suite de l'extension successive de l'engorgement primitif, ou par suite de la convergence et de la confluence de plusieurs noyaux d'hépatisation, sont les plus communes dans tout le cours de la première enfance, et qu'ensuite cette forme de l'inflammation pulmonaire est moins fréquente, et devient d'autant plus rare que la vie est plus avancée.

663. *Diagnostic.* — C'est là un problème des plus difficiles et des plus obscurs : car la pneumonie lobulaire, dans la plupart des cas, est latente et tout-à-fait inaccessible aux investigations stéthoscopiques, ou bien masquée par les râles de la bronchite. En quelques cas, cependant, où les noyaux pneumoniques occupent la surface des poumons, et où les râles sibilant et ronflant sont peu bruyans ou bien se taisent à de fréquens intervalles, il sera permis de soupçonner, peut-être même d'affirmer l'existence d'une pneumonie lobulaire en entendant un râle sous-crépitant ou un râle crépitant qui persiste longtemps dans le même point, et qui finisse par coexister avec la respiration rude ou jacksonienne.

664. *Pronostic et traitement.* — Une fois la pneumonie lobulaire bien et dûment reconnue, ce qui est rare, ou bien fortement présumée chez un malade, le pronostic est des plus sérieux, et le traitement doit être institué d'après les mêmes principes que pour la pneumonie lobaire (655).

ARTICLE XLIV.

NÉPHRITE.

(Νεφρῖτις, Hipp., — de Νεφρός, rein.)

665. *Bibliographie.* — BOERHAAVE. — (*Aphorism.*) n. 936 — 1006, *Nephritis.* — Voir en même temps les *Commentaires* de Van Swieten.

BOULLET. *De la néphrite.* Th. inaug. Paris, 1803, n° 118.

CARRAUD. *Dissertation sur la néphrite.* Th. inaug. Paris, 1813, n° 103.

BRESSAND. *Dissertation sur la néphrite.* Th. inaug. Paris, 1814, n° 101.

SELLIER. *Diss. sur la néphrite.* Th. inaug. Paris, 1822, n° 237.

BRIGHT (Richard). — (*Reports of medical cases.* Londres, 1827, in-4°.) P. 1 — 88, *Cases illustrative of some of the appearances observable on the examination of diseases terminating in dropsical effusion, — and first of the kidney.*

— *Tabular view of the morbid appearances in* 100 *cases connected with albuminous urine.* (Dans *Guy's Hospital reports*, avril 1836).

CRUVEILHIER. — (*Anat. path.*) Livrais. Ire, planche 5 : — fig. 1 — 2, *Néphrite aiguë terminée par ramollissement;* — fig. 3 — 4 — 5, *Néphrite terminée par suppuration infiltrée, développement énorme et transformation d'un rein en un tissu spongieux pénétré d'un liquide lie de vin.*

SPITTAL. *Dissertatio de quodam vitio, quod urinæ mutatio particularis comitatur.* Th. inaug. Edimbourg, 1832.

TISSOT. *De l'hydropisie causée par l'affection granuleuse des reins.* Th. inaug. Paris, 1833, n° 223.

NAYEL. *De la néphrite.* Th. inaug. Paris, 1835, n° 297.

DESIR. *De la présence de l'albumine dans l'urine*, etc. Th. inaug. Paris, 1835, n° 364.

GENEST. *Etat actuel des connaissances sur la maladie des reins, désignée sous la dénomination de* maladie de Bright, affection graunleuse des reins, néphrite albumineuse. (Dans *Gaz. méd.*, année 1836, p. 448 — 54.)

CHOMEL. *Recherches sur la néphrite.* (Dans les *Archives*, janvier et avril 1837.)

BUREAU. *De la néphrite albumineuse, ou Maladie de Bright, affection granuleuse des reins.* Th. inaug. Paris, 1837, n° 107.

FORGET. *Lettre sur l'albuminurie* (maladie de Bright), *adressée à M. le docteur Rayer*, etc. (Dans *Gaz. méd.*, année 1837, p. 609 — 18.)

MARTIN-SOLON. *De l'albuminurie, ou hydropisie causée par maladie des reins.* Paris, 1838, in-8°. — Ire partie (p. 1—316).

RAYER. — (*Traité des Mal. des reins.* — t. I, p. 294-622, et t. II, p. 1-612).

CHRISTISON (Robert). *On granular degeneration of the kidnies*, etc. Edimbourg, 1839, in-8°.

A. BECQUEREL. — Ouvrage déjà cité (46. F. ζ.) : — IVe partie, (p. 442 — 576).

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. clin. et prat. des Mal. des enf.*, — t. Ier, p. 585 — 621.)

A. BECQUEREL et RODIER. — *Recherches sur la composition du sang dans l'état de santé et dans l'état de maladie.*) — Chap. VIII, *Maladie de Bright.* — Dans *Gazette médic.*, année 1844, p. 815.

666. *Définition scolastique* (29. A.), *et distinction de la néphrite d'avec les genres nosographiques les plus voisins.* — La néphrite, telle que M. Rayer l'a précisément définie et restreinte, est l'inflammation du parenchyme rénal proprement dit, ou, en d'autres termes, l'inflammation des substances corticale et tubuleuse. Ainsi doit-on désormais la comprendre, dans un sens rigoureusement circonscrit, et cesser de la confondre — soit avec la pyélite (524), qui est l'inflammation du bassinet et des calices, — soit avec la périnéphrite, qui est une inflammation du tissu cellulaire au milieu duquel le rein se trouve situé, en un mot, un phlegmon extrà-rénal. Si une telle confusion ne peut pas toujours être évitée en fait de diagnostic, du moins faut-il, en fait de théorie nosographique, la repousser et la proscrire. N'oublions pas, au surplus, que dans la réalité la pyélo-néphrite est un cas relativement fréquent (524 et 527) ; que l'existence isolée de la pyélite ou de la néphrite est plutôt l'exception que la règle.

667. *Coup d'œil sommaire sur les symptômes, la marche, les caractères anatomiques et les causes des diverses espèces de néphrite.* — A. Entre les divers symptômes que la néphrite peut amener avec elle, indiquons les plus spéciaux et les plus propres à caractériser la maladie. Ce sont : 1° la douleur rénale, douleur qui se fait sentir avec plus ou moins de vivacité, souvent d'une façon sourde et obscure, dans la profondeur du flanc, et qui s'exaspère surtout à l'instant qu'on étreint fortement le flanc, de manière à faire porter la pression jusque sur le rein même ; 2° la diminution notable ou même la suppression complète de la sécrétion urinaire, le second cas n'étant, d'ailleurs, possible que dans la néphrite double ; 3° les urines sanguinolentes (237. A, — et 238. A.), ou seulement albumineuses, ou bien alcalines sans être albumineuses, et souvent, dans ce dernier cas, chargées d'une gravelle phosphatique qui leur donne une apparence trouble et quelquefois lactescente ; 4° la rétraction du testicule, qui en même temps se montre engourdi ou même endolori ; 5° une semblable sensation d'engourdissement ou de vague et obscure douleur dans l'aine et la cuisse, phénomène sympathique qui, chez l'homme, ne se montre guère qu'en connexion avec le malaise susdit du testicule, mais qui ne laisse pas que de pouvoir se produire chez la femme, et même assez fréquemment ; 6° enfin, les vomissemens sympathiques. Au reste, il faut bien le reconnaître, aucun de ces symptômes n'est par lui-même décidément

pathognomonique. Ce n'est point sur la foi d'un symptôme unique et isolé, mais c'est d'après l'ensemble des phénomènes qu'il faut admettre l'existence d'une néphrite.

B. Tantôt la néphrite se présente sous forme de maladie aiguë, tantôt sous forme de maladie chronique. Dans cette dernière forme, le cas le plus commun est celui où les urines sont naturellement, constamment, essentiellement albumineuses, où l'on voit sévir en même temps une hydropisie générale, une anasarque avec ascite et autres épanchemens séreux. C'est là ce qu'on nomme *maladie de Bright*, maladie sur le compte de laquelle je vais revenir dans un paragraphe à part. Abstraction faite de ce cas-là, les néphrites à titre de maladie chronique sont chose vraiment rare.

C. Est-ce avec toute raison, est-ce d'après des considérations irréfragables, et sans soulever contre soi de sérieuses et graves objections, que l'on peut admettre et voir une néphrite chronique, ainsi que M. Rayer (*op. cit.*, t. I, p. 310 — 4) semble fort disposé à le penser, dans tous les cas où les urines, au lieu d'avoir leur acidité et leur limpidité naturelle à l'instant de leur émission, se montrent alcalines et avec une apparence trouble due à ce qu'elles entraînent avec elles en état de suspension une quantité plus ou moins considérable de phosphate calcique et de phosphate ammoniaco-magnésien? En un mot, la gravelle phosphatique n'est-elle rien qu'une forme particulière de la néphrite? L'altération de la sécrétion urinaire n'est-elle, ici, qu'un effet consécutif à l'inflammation du parenchyme rénal, et non pas, comme certains le disent, un phénomène essentiel, le phénomène primordial, en tant qu'on n'envisage, du moins, que ce qui se passe dans le rein? M. le docteur Maximilien Simon, entre autres, a soutenu, non sans de puissantes raisons fournies par l'observation des faits, cette thèse, que l'alcalinité de l'urine n'est pas du tout un symptôme pathognomonique de la néphrite; qu'elle peut exister, qu'elle existe dans diverses conditions de l'économie, autres que les vices anatomiques de l'appareil urinaire; qu'elle paraît être particulièrement liée à un état asthénique (Max. Simon, *Recherches sur l'alcalin. de l'urine.* Dans le *Journ. des conn. médico-chir.*, juin 1843, p. 231 — 7). Et qu'y aurait-il donc de singulier et d'inadmissible à prétendre que, dans la gravelle phosphatique, l'essence même du mal est une altération dynamique de l'activité sécrétoire du rein, et qu'en pareille circonstance la néphrite, si quelquefois néphrite y a, n'est rien qu'un fait deutéropathique, le parenchyme rénal se trouvant irrité, offensé, lésé par la présence insolite d'un sable, même fin, et à plus forte raison quand il y a des graviers proprement dits? Il importe, toutefois, de prendre en considération une affirmation telle que celle de M. Rayer, qui nous assure que maintes fois, à la suite de la phlébotomie ou bien après l'application de

ventouses scarifiées sur la région du rein, les urines, d'alcalines et de troubles qu'elles étaient, sont redevenues acides et limpides, et que cette médication antiphlogistique a ainsi paru propre à amender et à faire disparaître, du moins pour quelque temps, la gravelle phosphatique. Mais ce qu'il y a de très certain, ce que cet habile et consciencieux observateur se plaît lui-même, tout le premier, à reconnaître et à proclamer, c'est qu'une alimentation très azotée, telle que la fournissent les viandes de boucherie mangées en abondance, est le moyen qui a le plus de puissance pour guérir radicalement la gravelle phosphatique, — plus de puissance que les émissions sanguines, qui ne peuvent avoir là, en vérité, qu'un rôle accessoire, et intervenir qu'à longs intervalles, — plus de puissance, surtout, que l'emploi, naguère préconisé, des acides pris en boisson, et notamment de l'acide chlorhydrique, sur lequel certains théoriciens avaient particulièrement compté pour acidifier le liquide urinaire et y dissoudre les phosphates en excès.

D. Les néphrites ont, comme de raison, pour caractère anatomique qui leur est commun à toutes dans leur période initiale, une congestion sanguine, occupant tout ou partie du rein. Il va sans dire que les deux reins peuvent être ainsi affectés en même temps. La congestion sanguine, particulièrement lorsqu'elle a envahi la totalité des reins, peut être telle qu'elle rende cet organe beaucoup plus volumineux et plus pesant que dans l'état normal. Quoi qu'il en soit, consécutivement à cette congestion, et très souvent en même temps qu'elle, on peut quelquefois trouver le parenchyme rénal encore tuméfié, mais décoloré et pour ainsi dire anémique dans un certain nombre de points; on peut quelquefois y trouver du pus, ou des dépôts de lymphe plastique; on a, dans d'autres cas, à constater l'induration, le ramollissement ou la gangrène des points affectés. Ces divers résultats du travail inflammatoire ne se produisent pas tous indifféremment avec le mêm degré de fréquence dans telle ou telle sorte de cas: mais, selon le cas, les uns se développent plutôt que les autres; il en est même qui appartiennent exclusivement à une espèce déterminée de néphrite. Ainsi, par exemple, les points purulens, les petits abcès sont une terminaison assez ordinaire de la néphrite traumatique. Chez les goutteux et les rhumatisans, suivant les observations de M. Rayer, la néphrite se présente souvent avec des dépôts de lymphe plastique dans la substance corticale et avec des grains d'acide urique dans cette substance ou dans les mamelons. La gangrène est un accident plus spécialement dévolu aux néphrites symptomatiques de certaines affections générales, telles que la morve aiguë, la fièvre engendrée par la pustule maligne, la fièvre typhoïde, la fièvre jaune, etc. La décoloration anémique, avec augmentation du poids et du volume des reins, et les taches ou granu-

ations laiteuses, voilà l'aspect le plus ordinaire de la néphrite albumineuse. L'induration avec décoloration peut se rencontrer dans toutes les néphrites, hormis celles qui ont une marche suraiguë et qui tuent en quelques jours.

E. Quant aux différences principales que les néphrites présentent entre elles sous le rapport étiologique, voici, en peu de mots, ce qu'il en est. D'abord, il y a des néphrites traumatiques. Il y en a qui sont dues à l'action du froid et surtout du froid humide; et, suivant M. Rayer, ce serait là une cause extrêmement puissante, et d'une puissance impossible à méconnaître dans bon nombre de cas. Il y en a qui sont l'effet de l'empoisonnement par les cantharides. Il y en a de consécutives au cancer ou aux tubercules des reins. Il y en a qui viennent se greffer sur une pyélite, par suite de la propagation continue du molimen inflammatoire, et qui peuvent, par conséquent, avoir leur origine dans quelque maladie de l'uretère, de la prostate, de la vessie, etc. Quelquefois la néphrite survient sous l'influence des affections gangréneuses, telles que la pustule maligne, le charbon, la stomatite gangréneuse des enfans, la morve aiguë; quelquefois elle survient sous l'influence des fièvres éruptives contagieuses (variole, scarlatine, rougeole), sous l'influence de la fièvre typhoïde ou de la fièvre jaune, sous l'influence, enfin, de la *Diathèse purulente* (*Path. chir.*, t. I, chap. III, art. Ier, § VII). M. Rayer admet une néphrite goutteuse et une néphrite rhumatismale : nous reconnaîtrons volontiers la néphrite goutteuse, qui me paraît être, non pas l'effet direct de la goutte elle-même, mais la conséquence de la gravelle urique, très commune, comme on sait, chez les goutteux, et bien propre, assurément, à irriter et à enflammer à la longue le parenchyme rénal; nous ne proclamerons pas aussi facilement la légitimité nosographique de la néphrite rhumatismale. Et, quand la néphrite se présente chez un rhumatisant, n'est-ce pas plutôt par une fortuite coïncidence que par suite de quelque connexion étiologique?

Après cet aperçu sommaire et nécessairement un peu vague, mais dont une telle imperfection ne saurait disparaître à moins de trop longs développemens, à moins de détails d'une immensité incompatible avec le plan et les limites de cet ouvrage-ci, je crois devoir examiner à part, comme étant les deux espèces de néphrite les plus importantes, 1° la néphrite aiguë franchement inflammatoire, 2° la néphrite albumineuse, ou maladie de Bright.

§ I. De la Néphrite aiguë franchement inflammatoire.

668. *Nosologie.* — A. Sous le nom de *Néphrite aiguë franchement inflammatoire*, nous entendrons celle qui entraîne avec elle, d'une

façon plus ou moins nettement caractérisée et dans un degré plus ou moins grave, tout ou bonne partie des symptômes que voici : appareil fébrile (280. D.); douleur rénale; vomissemens ou, tout au moins, nausées; souffrance sympathique et rétraction du testicule; cuisse du côté affecté, engourdie ou même endolorie; miction nulle, ou du moins rare, — ou bien n'épanchant à chaque fois que quelques gouttes sous l'impulsion de micturitions incessamment renouvelées; urines sanguinolentes, ou tant soit peu albumineuses à raison de la présence d'une certaine quantité de sérum, et, par conséquent, peu acides, voire même neutres ou alcalines.

α. L'*appareil fébrile* ne manque guère d'accompagner, peut-être même de précéder le développement d'une inflammation aiguë des deux reins, ou de la totalité de l'un de ces organes. Frisson prodromique, se faisant sentir par tout le corps, pendant un quart d'heure ou davantage; puis chaleur, soif, agitation, etc. Lorsque la maladie est légère, lorsqu'elle ne porte que sur un seul rein et seulement sur quelques points de ce rein, le frisson peut être léger, à tel point même qu'il passe quelquefois inaperçu : bien plus, il peut ne pas exister du tout.

β. La *douleur rénale* peut être plus ou moins prompte à se montrer. Quelquefois elle apparaît avec le frisson, ou peu de temps après; quelquefois même, elle le précède, notamment lorsque la néphrite est l'effet d'une plaie ou d'une contusion; d'autres fois, au contraire, elle ne se fait sentir qu'au bout de plusieurs jours. Inutile de dire que la douleur rénale peut être excessivement aiguë; que, dans d'autres cas, elle peut n'être sensible et manifeste qu'à la pression. La douleur rénale se révèle, en général, au sentiment même des malades, comme plus profonde qu'une douleur qui aurait son siége dans les muscles de la région lombaire; elle est, d'ailleurs, plus marquée, plus facile à réveiller et à exaspérer en arrière du flanc qu'en avant. Chez quelques malades, elle est parfaitement circonscrite dans un espace plus petit que la surface du rein; chez d'autres, elle règne dans toute l'étendue du flanc. Rarement elle reste invariable au même degré d'intensité; d'ordinaire, elle a des momens de rémission et de relâche. La douleur rénale augmente et s'exaspère, non seulement par le fait de la pression exploratrice, comme nous venons de l'indiquer, mais encore lorsque les malades s'asseyent, lorsqu'ils se courbent en avant, qu'ils toussent, qu'ils éternuent, qu'ils font une grande inspiration, en un mot, lorsqu'ils opèrent un mouvement où le tronc du corps a une part active. Le décubitus sur le côté affecté peut accroître la douleur rénale; et, lorsque les deux reins sont enflammés, la règle est que le malade reste gisant en décubitus dorsal.

γ. Les *vomissemens*, bien qu'indirectement produits par je ne sais quelle sympathie, ne font pas souvent défaut. Maintes fois, ils suivent de

fort près le frisson initial, et se montrent même avant l'apparition de la douleur rénale. Ils peuvent être muqueux ou bilieux, et parfois ont une odeur urineuse.

δ. Du même côté que le rein enflammé, *douleur sympathique et rétraction du testicule:* voilà un symptôme, non pas des plus constans, mais qu'il n'est point rare de rencontrer, et qui, lorsqu'il existe, a une grande valeur séméiologique. Chez les femmes, le ligament rond, cet analogue du cordon spermatique, ne laisse pas non plus que d'éprouver quelquefois une certaine souffrance en cas de néphrite.

ε. Avoir la *cuisse engourdie et endolorie* en cas de néphrite, c'est là encore une sympathie pathologique qui n'est pas moins réelle, qu'il n'est pas plus permis de méconnaître que celle dont nous venons de voir le testicule faire preuve en telle occurrence.

ζ. Un symptôme essentiel à la néphrite, et que cette phlegmasie présente infailliblement dès le commencement, ainsi que dans la période d'état, c'est la *diminution ou suppression de la sécrétion urinaire.* La suppression complète de la sécrétion, en d'autres termes, l'ischurie absolue, ou mieux encore, l'anurie, est un cas rare et qui ne peut avoir lieu qu'autant que l'inflammation occupe les deux reins. La règle ordinaire, c'est une diminution considérable des urines: le malade, par exemple, ne pisse que deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, ou bien, étant en proie à une sorte de ténesme vésical, ne rend chaque fois que quelques gouttes; si l'on pratique le cathétérisme, on ne retire que fort peu d'urine, et, comme de juste, cette urine est très foncée en couleur.

η. Enfin, ce qui ne manque pas non plus d'exister ici, ce sont les *altérations dans la composition de l'urine.* En ce genre, la néphrite aiguë franchement inflammatoire peut présenter principalement les trois conditions que voici: 1° l'urine contient une certaine quantité de sang (hématurie), ou d'albumine (albuminurie); 2° elle est alcaline, ou neutre, ou, tout au moins, peu acide; 3° elle peut contenir du pus dans des cas rares où une suppuration du parenchyme rénal communique avec le bassinet, ou bien, ce qui est beaucoup plus ordinaire, par suite d'une pyélite en complication avec la néphrite. Il y a toujours un certain degré d'hématurie dans la néphrite traumatique, lorsque l'inflammation se déclare peu de temps après la blessure: il arrive aussi quelquefois qu'une certaine quantité de sang ou de sérum se mêle accidentellement à l'urine, la rend sanguinolente ou albumineuse, dans des néphrites causées par l'impression du froid ou par les cantharides. Mais l'altération la plus constante, c'est que l'acide urique et les urates sont en moins grande proportion dans l'urine des individus affectés de néphrite que dans l'urine normale; et c'est suivant le degré de cette diminution de l'acide

urique et des urates que l'urine se révèle, au contact des papiers réactifs, ou comme peu acide, ou comme neutre, ou quelquefois même comme décidément alcaline.

B. La néphrite aiguë franchement inflammatoire est, ainsi que la théorie générale de l'inflammation suffit à le faire prévoir (281), susceptible de terminaisons diverses, à propos desquelles il me paraît utile d'appeler l'attention de nos lecteurs sur les points qui vont suivre.

α. La *résolution*, cette terminaison éminemment heureuse, est admise et proclamée par les praticiens toutes les fois que les symptômes tardent peu à s'amender et à disparaître. Cependant, suivant la judicieuse remarque de M. Rayer (*loc. cit.*, t. I, p. 308), une prompte disparition des symptômes de la néphrite aiguë n'est point une preuve qui indique nécessairement que le rein soit revenu tout-à-fait à l'état normal, et qu'il n'y ait dans son tissu ni aucune induration ni aucun vestige d'une exsudation de lymple plastique. Cet habile observateur, — en examinant avec soin les reins de quelques vieillards qui avaient éprouvé des attaques de néphrite, en avaient paru complétement guéris, et avaient été emportés par d'autres maladies, — a eu souvent occasion de constater que ces organes, en plusieurs points, étaient indurés, rugueux ou déprimés, et offraient des colorations pathologiques, grises ou noirâtres. Il est donc infiniment probable, ou, pour mieux dire, à peu près prouvé que, dans un certain nombre de cas, la résolution de l'inflammation du parenchyme rénal n'est pas parfaite, encore bien que toutes les apparences d'une semblable terminaison se soient montrées sur le vivant.

β. La *suppuration* du parenchyme rénal n'entraîne pas toujours, tant s'en faut, la présence du pus dans l'urine, symptôme qui appartient plutôt à certaines pyélites chroniques (525 B. et D.) dans lesquelles la membrane muqueuse du bassinet et des calices sécrète un véritable pus, et avec lesquelles on voit coexister le plus souvent, non pas une néphrite, mais l'atrophie des substances corticale et tubuleuse. Les symptômes le plus ordinairement liés à cette fâcheuse terminaison de la néphrite aiguë par suppuration sont : la persistance opiniâtre de la douleur rénale et du mouvement fébrile, l'apparition de frissons à différentes heures du jour et par retours irréguliers, l'extrême prostration des forces, le développement d'accidens cérébraux (délire, convulsions, coma).

γ. Quant à la terminaison par *gangrène*, elle est extrêmement rare : encore est-il vrai de dire que, la plupart du temps, elle n'est qu'un accident surajouté à la suppuration, un accident greffé sur l'infiltration purulente ou sur les abcès du rein. Quoi qu'il en soit, voici les symptômes que les auteurs s'accordent, — avec raison, je crois, — à indiquer comme propres à caractériser la gangrène du rein : disparition subite