de la douleur, avec refroidissement glacial des extrémités; pouls petit, faible, formicant, intermittent; vomissemens continuels; hoquet; angoisse extrême; rêvasseries promptement suivies de délire ; urines fétides, noirâtres, comme l'eau de fumier, ou bien suppression complète d'urine; parfois pétéchies nombreuses sur toute la surface du corps.

δ. L'*induration* doit être une terminaison fréquente de la néphrite aiguë, à en juger, du moins, d'après l'irrécusable affirmation de M. Rayer, qui nous apprend que très souvent, à l'autopsie d'individus qui étaient morts de maladies étrangères à l'appareil urinaire, il a trouvé les reins indurés dans un ou plusieurs points. Mais, par cela même, il reste démontré que des indurations partielles et peu étendues peuvent exister dans les deux reins sans déranger sensiblement la santé ni même la sécrétion urinaire. Cette sécrétion peut même continuer de s'accomplir d'une manière assez régulière, malgré une induration totale de l'un des deux reins. En effet, M. Rayer a plusieurs fois trouvé, chez des individus morts par accident au milieu de toutes les apparences de la santé, l'un des reins entièrement induré; mais l'autre était hypertrophié, comme pour suppléer au rôle aboli de son congénère. Bien plus, dans quelques cas, il a trouvé les deux reins durs et rugueux à leur surface, chez des vieillards bien constitués, morts de pneumonie : aussi déclare-t-il qu'il est impossible de déterminer aujourd'hui jusqu'à quel point l'induration rénale doit être portée pour être incompatible avec un accomplissement régulier, ou à peu près tel, de la sécrétion urinaire.

C. A l'autopsie, en cas de néphrite aiguë franchement inflammatoire, voici les divers vices anatomiques que le rein peut présenter.

α. Une *augmentation de volume*, le plus souvent partielle, quelquefois étendue à la totalité du rein. C'est là une altération initiale. Au surplus, ce n'est que dans quelques cas rares que le rein acquiert des dimensions triples ou quadruples de son volume normal.

β. Une *rougeur pathologique*, plus ou moins vive, plus ou moins foncée, due surtout à l'injection des glandules de Malpighi, et, parfois aussi, constituée par de véritables ecchymoses. C'est encore là une altération propre à la première phase de l'inflammation. Les glandules de Malpighi se font remarquer alors, soit sur la surface extérieure du rein, soit sur les coupes pratiquées dans la substance corticale comme autant de petits points très rouges, disposés en lignes variées, plus rarement en groupes épais et serrés. Rien de plus facile, d'ailleurs, que de ne pas les confondre avec les orifices des vaisseaux divisés.

γ. Une *induration rouge*, soit par noyaux isolés, soit, ce qui arrive assez souvent, dans toute l'étendue de la substance corticale et de la

substance tubuleuse. C'est un degré d'altération plus avancée que les altérations précédemment signalées (α et β). Dans cet état d'induration, le rein ne laisse suinter sous l'incision du scalpel que peu ou point de sang, à la différence de certaines hyperémies asthéniques qui affectent cet organe dans les maladies chroniques du cœur, et se font aisément reconnaître par cela seul qu'une quantité abondante de sang noir ruisselle sous l'instrument tranchant. Les noyaux d'induration rénale se dessinent presque toujours en relief, à l'extérieur même de l'organe, sous forme de bosselures ou de mamelons.

δ. La présence du *pus*, rarement dans la substance tubuleuse, mais plus fréquemment dans la substance corticale. En général, les points de suppuration sont de petite dimension, comme une tête d'épingle, par exemple, et demandent, pour être reconnus, une attention minutieuse. Quelquefois, cependant, mais très rarement, on trouve des abcès du rein qui sont gros comme une noisette, et même davantage encore. Les points purulens sont le plus ordinairement environnés d'une aréole ou zone dans laquelle la rougeur et l'engorgement inflammatoire existent à un degré très prononcé. En certains cas, le parenchyme rénal est tellement infiltré de pus qu'il se trouve ramolli à l'excès et présente uniformément une coloration grisâtre ou gris-jaunâtre.

ε. Un *ramollissement gangréneux* de la substance tubuleuse ou corticale. Cas excessivement rare.

ζ. Quelquefois, enfin, un ou plusieurs *dépôts de lymphe plastique*, particulièrement lorsque la néphrite est traumatique. Ce serait là, aussi, suivant M. Rayer, un caractère anatomique à peu près constant de la néphrite due à la diathèse rhumatismale.

669. *Etiologie.* — (287.— 528. — et 667. E.)—A. En ce qui concerne les causes prédisposantes, je crois devoir me borner ici à dire les quelques mots qui vont suivre.

α. Et d'abord en ce genre, la vérité la mieux démontrée, la plus incontestablement acquise à la science, c'est l'influence de l'*âge*, à savoir, que plus on avance dans la vie, plus on acquiert de disposition au développement de la néphrite. C'est à peine si les fastes de l'art peuvent offrir quelques exemples authentiques de néphrite franchement inflammatoire chez de très jeunes enfans. Les vieillards, au contraire, ne laissent pas que d'en être atteints assez fréquemment; tant il est ordinaire que cette affection vienne compliquer toutes les autres maladies des voies urinaires, toutes ces maladies calculeuses et catarrhales qui sont, là, un des plus tristes attributs de la vieillesse.

β. Suivant M. Rayer, la *diathèse rhumatismale* serait une condition des plus propres à amener le développement de la néphrite franchement inflammatoire, et, de plus, à y imprimer une sorte de cachet particulier

par la production de dépôts de lymphe plastique en un ou plusieurs points du parenchyme rénal.

γ. Nous reconnaîtrons plus volontiers, — et à meilleur titre, sans contredit, — la *diathèse goutteuse* comme une cause prédisposante de la néphrite franchement inflammatoire, eu égard à la fréquence de la gravelle urique chez les goutteux. Car on ne saurait nier que la présence d'une multitude de grains d'acide urique dans le sein même du parenchyme rénal, comme il n'est pas rare d'en trouver en pareil cas, ne soit éminemment capable d'enflammer ce parenchyme.

B. Pour ce qui est des causes que l'on peut, avec plus ou moins de raison, qualifier de causes déterminantes par rapport à la néphrite aiguë franchement inflammatoire, rappelons principalement celles que voici :

α. Plaies du rein. Contusions de la région lombaire, ou du flanc.

β. Rétention d'urine, pour quelque cause que ce soit.

γ. Cantharides. Abus des diurétiques.

δ. Impression du froid, et surtout du froid humide.

ε. Présence d'une pyélite, d'un cancer ou de tubercules dans le rein, d'une périnéphrite, ou bien encore d'une péritonite.

η. Grains de gravelle dans la substance même du rein, ou, pour parler plus exactement, dans les conduits capillaires où s'accomplit la sécrétion de l'urine.

ζ. Helminthes du rein.

670. *Diagnostic.* — Là existent fort souvent de grandes difficultés, d'insurmontables doutes. A cet égard, je crois extrêmement utile d'enregistrer ici les propositions suivantes de diagnostic comparatif qui nous sont fournies par l'excellent livre de M. Rayer (t. I, p. 321-5).

A. Il n'est guère permis de jamais confondre la néphrite franchement inflammatoire avec la néphrite albumineuse. Dans la néphrite franchement inflammatoire, l'albuminurie n'est qu'un symptôme accidentel et passager, et l'urine ne présente qu'une faible proportion d'albumine. La néphrite albumineuse présente, au contraire, l'albuminurie à titre de symptôme essentiel et constant, et dans un degré considérable ; et, de plus, elle est accompagnée, ou bientôt suivie d'hydropisie.

B. Il est à peu à près impossible de distinguer, au lit du malade, la néphrite aiguë d'avec la pyélo-néphrite, ou même d'avec la simple pyélite. Sans doute, si, quand il se trouve une proportion pathologique de mucus dans l'urine, on parvenait à constater que le canal de l'urètre et la vessie sont à l'état sain, comme le mucus ne pourrait être dès lors attribué qu'à l'inflammation du bassinet, des calices et des uretères, le diagnostic n'offrirait pas une excessive difficulté : mais quel moyen y a-t-il de s'assurer que la vessie est entièrement saine? D'un autre côté, lorsqu'il existe une pyélite aiguë assez intense pour produire une

sécrétion abondante de mucus, il est bien rare que le rein ne participe pas lui-même à l'inflammation ; mais on n'a guère le droit logique d'affirmer l'existence de la néphrite qu'autant qu'on voit la douleur rénale s'accompagner de symptômes cérébraux ou d'une asthénie excessive.

C. La périnéphrite, ou l'inflammation du tissu cellulaire lâche et graisseux qui existe en abondance autour du rein, vient-elle à se développer à la suite d'une contusion ou de toute autre cause : il est encore à peu près impossible de reconnaître positivement cette maladie, à son début, et toutes les fois qu'elle est peu intense, toutes les fois qu'elle n'arrive pas à former un abcès dont la saillie et la fluctuation se fassent apercevoir plus ou moins manifestement dans la région lombaire, il est, dis-je, à peu près impossible de ne pas la confondre alors avec la néphrite, encore bien même qu'il soit vrai de dire que la périnéphrite ne peut point entraîner, comme la néphrite, une diminution considérable, encore bien moins la suppression complète de la sécrétion urinaire.

D. La néphrite peut, en général, être distinguée des coliques néphrétiques dues à la présence de graviers ou de calculs dans le rein ou l'uretère; car la règle est, dans ce dernier cas, que la douleur rénale apparaisse tout-à-coup, sans fièvre prodromique, et qu'elle ait dès le premier instant de son apparition un horrible excès d'intensité, au point d'amener parfois la lipothymie; et qu'ensuite, et notamment après l'expulsion d'un ou plusieurs graviers, elle disparaisse avec tous les accidens concomitans (nausées, vomissemens, pouls intermittent, lipothymies, etc.), aussi brusquement qu'elle est apparue.

E. Quant à la néphralgie (ou névralgie du rein), maladie d'ailleurs extrêmement rare, elle se montre sous forme d'accès, et sans fièvre, comme les coliques néphrétiques causées par des graviers; et par conséquent, c'est avec celles-ci, surtout, que l'on court risque de la confondre, et non pas avec la néphrite.

F. Le lumbago, presque toujours accompagné ou précédé d'autres douleurs rhumatismales, attaque, en règle générale, les deux côtés des lombes. De plus, il s'exaspère plus sensiblement que la douleur de la néphrite, lorsque les malades se mettent à faire des mouvemens qui réclament la contraction des muscles lombaires; il peut même, par l'excès de la douleur, rendre ces mouvemens tout-à-fait impossibles. Enfin, on n'observe jamais dans le lumbago, ni la diminution notable de la sécrétion urinaire, ni l'angoisse, ni les autres symptômes graves de la néphrite.

G. Quant à la péritonite partielle qui se développe quelquefois dans le flanc, elle n'entraîne ni la diminution notable de la sécrétion urinaire, ni rien qui ressemble à des coliques néphrétiques (525. C.) ; et, une

fois qu'elle s'est terminée par suppuration, elle produit, dans toute l'étendue qui correspond à l'épanchement purulent, une matité que la néphrite n'est jamais susceptible de présenter.

671. *Pronostic.* — Dans la plupart des cas de néphrite franchement inflammatoire, dus à une cause traumatique ou à quelque cause accidentelle que ce soit, lorsque cette néphrite est sans complication, ou qu'il y a, tout au plus, pyélo-néphrite, on n'a pas affaire à un véritable danger, on n'a pas à redouter d'éventualités funestes. Mais, quelquefois, le pronostic peut s'assombrir, et devenir plus ou moins terrible, à raison de symptômes qui révèlent ou font craindre la suppuration ou la gangrène du rein, à raison d'accidens cérébraux, à raison d'une asthénie extrême, à raison, enfin, de complications protopathiques ou deutéropathiques déjà plus ou moins graves par elles-mêmes.

672. *Thérapeutique.* — (290. — et 529. *Thérap. de la pyélite.*)— Phlébotomies. Ventouses scarifiées ou sangsues à la région rénale. Cataplasmes émolliens et laudanisés sur la même région. Boissons délayantes. Bains tièdes ou chauds très prolongés, — pendant plusieurs heures de suite, s'il le faut. Et, par-dessus tout, lorsque la néphrite est la suite d'une rétention d'urine, la première indication est de faire cesser à tout prix cette rétention par le cathétérisme ou autrement, puis d'en combattre et d'en corriger les causes, autant que faire se peut.

§ II. De la Néphrite albumineuse, ou Maladie de Bright.

(Prononcez *Bright* à l'anglaise : l'*i* comme si c'était l'interjection *aïe*, et le *gh* étant comme non avenu. — *Braïe-te.*)

673. *Remarque préliminaire.* — Nous ne dissimulerons pas que la nature phlegmasique de la maladie de Bright est un point contestable, un objet de légitime controverse. Nous ne laisserons point ignorer que les trois phénomènes qui par leur co-existence caractérisent cette maladie suivant l'accord unanime des pathologistes d'aujourd'hui, —c'est à savoir, les granulations du parenchyme rénal, l'albuminurie et l'hydropisie,— sont loin de former une sorte de trinité, une et indivisible. Il n'est aucun de ces phénomènes qui ne se soit présenté isolément, et en l'absence des deux autres, à l'observation de quelque clinicien éclairé et digne de foi. Je n'insisterai pas sur les cas dans lesquels on observe pendant la vie l'albuminurie et l'hydropisie sans que l'autopsie fasse ensuite constater les granulations de Bright, ni quelque autre vice anatomique du parenchyme rénal. De tels cas ne sont pas excessivement rares : et, pour mon compte, j'affirme en avoir vu, ainsi que cela doit, sans doute, arriver à tous les médecins en position de pratiquer un grand nombre de nécroscopies. Mais il y a plus. La presse médicale

a, sous la garantie des noms les plus honorables, fait connaître des cas où les granulations de Bright existaient sans l'albuminurie. Tel est, par exemple, le fait récemment observé par le docteur Graves de Dublin : c'était une hydropisie sans urines albumineuses, et pourtant, à l'autopsie, le rein gauche présenta de la manière la mieux caractérisée les granulations en question (voir *The Dublin Journal*, janvier 1843). D'un autre côté, M. Monneret nous apprend (*Archives*, novembre 1839, p. 300-10) qu'à l'autopsie d'un diabétique qui n'avait offert ni hydropisie ni albuminurie, il a constaté, dans le rein gauche, la présence de ces mêmes granulations. Quoi qu'il en soit, M. Rayer, sans méconnaître la réalité des faits de ce genre, les considère comme tout ce qu'il y a de plus exceptionnel ; et il professe que, pour l'immense majorité des cas, une maladie caractérisée, sur le vivant, par l'albuminurie constante et notable et par l'anasarque et autres hydropisies, n'est, au fond, qu'une manière d'être de la néphrite. Or, en fait de pathologie rénale, et lorsque la vérité m'oblige d'avouer que je n'ai encore ni assez vu par moi-même ni assez médité pour avoir des idées parfaitement arrêtées concernant la maladie de Bright, je ne connais pas, en vérité, de meilleur guide à suivre et à proposer que le livre de M. Rayer. C'est donc d'après ce livre que je vais accomplir la tâche du présent paragraphe.

674. *Aperçu historique.* — L'école de Cos avait entrevu, à ce qu'il paraît, le rapport de certaines hydropisies avec un état pathologique des reins. Car on ne saurait guère donner une autre interprétation du passage suivant, dans le *Pronostic* d'Hippocrate (édition Kuhn, t. Ier, p. 96-7) : « Les hydropisies produites par les maladies aiguës, » dit Hip-
» pocrate, « sont toutes mauvaises : car elles ne délivrent point de la
» fièvre ; elles amènent un grand surcroît de souffrances et sont mor-
» telles. Or, la plupart naissent des flancs et des lombes : les autres, du
» foie. Dans celles qui doivent leur origine aux flancs et aux lombes,
» à peine l'œdème des pieds a-t-il paru que les malades sont en proie à
» des diarrhées interminables, qui ne font point cesser les douleurs des
» flancs et des lombes ni ne servent non plus à vider le ventre. » En vérité, il semble fort naturel de croire, selon la remarque de M. Rayer, que les douleurs des flancs et des lombes, liées ainsi à une hydropisie qui survient à la suite de maladies aiguës, qui est distincte des hydropisies produites par une affection du foie, et qui est accompagnée d'une diarrhée opiniâtre, et cela sans le moindre amendement de l'épanchement ascitique, ne sont rien autre chose que des douleurs rénales, dues à une néphrite albumineuse, telle qu'on la voit souvent survenir, en effet, consécutivement à quelque maladie fébrile. Quoi qu'il en soit, si, après Hippocrate, on retrouve encore çà et là dans les livres de l'antiquité et de la médecine arabe quelques phrases vagues et obscures re-

lativement au rôle pathogénique que les reins peuvent jouer en fait d'hydropisie, toujours est-il que, pour l'ère moderne, ce point resta dans l'oubli le plus complet jusque dans ces derniers temps. Sur la fin du siècle dernier et au commencement du nôtre, quelques observateurs signalèrent la présence de l'albumine dans les urines comme un phénomène assez fréquemment lié à l'hydropisie générale. Enfin, en 1827, M. Richard Bright, médecin de Guy's Hospital à Londres, fit connaître, en s'appuyant sur de nombreuses observations, l'étroite corrélation qui unit l'altération granuleuse des reins à l'hydropisie avec albuminurie. Depuis, que de cliniciens ont vérifié, commenté et agrandi la découverte de M. Bright! Et, parmi ceux-là, il est juste de dire que MM. Christison et Gregory, dans la médecine britannique, et M. Rayer, dans la médecine française, tiennent incontestablement le premier rang.

675. *Nosologie.* — A. La néphrite albumineuse est principalement caractérisée, sous le rapport symptomatologique : 1° par la présence constante d'une quantité notable d'albumine dans l'urine, avec ou sans coloration sanguinolente ; 2° par le développement, soit simultanément à l'apparition de l'albuminurie, soit ultérieurement, d'une hydropisie toute particulière du tissu cellulaire et des cavités séreuses.

B. La néphrite albumineuse peut se produire à titre de maladie aiguë ou chronique.

α. La *néphrite albumineuse aiguë*, assez commune chez les enfans après la scarlatine, peut aussi se développer d'emblée et chez les adultes, notamment sous l'influence d'un brusque refroidissement du corps. Avec ou sans frisson initial, mais toujours avec un appareil fébrile plus ou moins prononcé, on voit les malades rendre une urine sanguinolente, une urine rougeâtre ou d'un brun foncé, et que plusieurs observateurs ont comparée à la lavure de chair. La sécrétion urinaire est d'ailleurs, en pareil cas, moins abondante qu'à l'état normal ; elle tombe manifestement fort au-dessous des proportions naturelles que comporterait la quantité des boissons, à tel point que souvent elle ne fournit, dans les vingt-quatre heures, que deux cents à quatre cents grammes d'urine. Au surplus, cette urine sanguinolente est toujours acide ; elle a une pesanteur spécifique plus souvent supérieure qu'inférieure à celle de l'urine saine. A l'examen microscopique, lorsqu'elle vient d'être rendue par le malade, on reconnaît qu'elle tient en suspension un grand nombre de globules sanguins. Par le repos, elle donne un sédiment presque entièrement composé de ces globules, et, parfois aussi, mélangé de quelques flocons filamenteux et rougeâtres, visibles à l'œil nu et formés, à ce qu'il semble, par la partie fibrineuse du sang. Traitée par l'acide azotique ou par la chaleur, elle donne un coagulum albumineux plus ou moins considérable. Pendant deux ou trois jours et

plus, les urines du malade peuvent continuer d'être sanguinolentes. D'autres fois, elles ne tardent pas à présenter la teinte citrine; elles ne tiennent plus de globules sanguins en suspension : mais il arrive assez fréquemment qu'elles redeviennent sanguinolentes dans les paroxysmes de la maladie. Non seulement la quantité d'albumine, rendue avec l'urine en vingt-quatre heures, n'est pas la même chez tous les malades, mais encore elle varie, chez un malade donné, à différens jours et à différentes époques de la journée. Ne manquons pas non plus de remarquer qu'elle n'est pas en rapport nécessaire avec le degré de coloration rouge ou brune des urines. Parfois, la proportion de l'albumine est beaucoup plus considérable lorsque l'urine a une teinte rose, ou même citrine, que lorsqu'elle est d'un rouge brun foncé. Ajoutons à ce propos, quoique par anticipation, que le coagulum albumineux est souvent beaucoup plus prononcé dans les urines pâles et décolorées d'individus atteints de néphrite albumineuse chronique, que dans les urines sanguinolentes qui sont le symptôme d'une néphrite albumineuse aiguë. Il est bon, en outre, de faire observer que, dans la néphrite albumineuse aiguë, la proportion de l'urée et des sels, naturellement contenus en dissolution dans l'urine, n'éprouve que peu ou point de changement; et que, par conséquent, à cet égard, l'urine des individus atteints d'une semblable maladie diffère très peu de l'urine normale. Le nombre des mictions, en vingt-quatre heures, varie quelquefois selon l'abondance des boissons, et quelquefois selon le degré d'irritabilité de la vessie : lorsque cette irritabilité est vive, il peut égaler, voire même dépasser celui qu'on observait dans l'état sain. La miction a lieu sans douleur, excepté dans les cas rares où la vessie elle-même est malade, et dans ceux plus rares encore où des concrétions fibrineuses, formées dans les voies urinaires, ont à traverser, non sans quelque difficulté, le col vésical et l'urètre. Mais les observateurs s'accordent à dire que, presque toujours, les malades éprouvent un sentiment de constriction, une douleur sourde ou du moins un malaise aux lombes, quelquefois même précisément à la région rénale : cette douleur est, en certains cas, plus prononcée d'un côté que de l'autre ; elle n'est, pourtant, jamais aussi déchirante, aussi intolérable que dans la néphrite aiguë franchement inflammatoire. A peine l'altération de la sécrétion urinaire s'est-elle déclarée qu'on voit se développer, quelquefois avec une rapidité extraordinaire, une anasarque ou même une hydropisie véritablement universelle. Cette hydropisie survient-elle chez des sujets déjà alités, elle commence à se manifester par une bouffissure des paupières ou de tout le visage, notamment, par exemple, à la suite de la scarlatine. D'autres fois, l'œdème se montre d'abord aux membres inférieurs, puis s'étend rapidement aux autres parties du corps : quelquefois il disparaît d'une région pour se développer dans une autre par une sorte de métastase. La