paraissant restauré, un certain degré d'albuminurie persiste, albuminurie en quelque sorte *irréductible* en ce sens qu'elle reste à un *taux fixe*, quel que soit le régime fixé ou les médicaments employés. En pareil cas on est autorisé à songer à l'existence d'une *néphrite partielle* (Cuffer et Gastou), bien que les constatations anatomiques et histologiques restent encore à faire. La néphrite parcellaire peut être admise même avec des proportions abondantes d'albuminurie (2 à 4 gr.), pourvu que ces quantités soient invariables. La santé en pareille circonstance peut rester en apparence parfaite; mais le malade doit éviter tout refroidissement, tout écart de régime, sous peine de s'exposer à de nouvelles poussées congestives du côté du rein.

Fait très intéressant à relever, et dont nous avons été plusieurs fois témoin : alors même que la néphrite semble guérie, elle peut créer dans le filtre rénal un certain degré d'imperméabilité qui s'oppose à l'élimination des déchets et favorise l'éclosion précoce d'une diathèse latente qui aurait attendu peut-être de longues années pour faire son apparition. C'est ainsi que nous avons vu la goutte éclater avant l'âge de vingt ans chez des sujets qui avaient eu longtemps auparavant une néphrite scarlatineuse suivie pendant trois ou quatre ans d'albuminurie.

2° NÉPHRITES AIGUES SUPPURÉES — NÉPHRITES CHIRURGICALES NÉPHRITES ASCENDANTES

A côté des néphrites infectieuses communes que nous venons de décrire et qui tiennent à l'envahissement de tout l'organisme par un germe pathogène quelconque, il faut faire une place à part à toute une autre catégorie de néphrites dans lesquelles le germe morbide aborde le rein par un chemin bien différent, par voie externe pour ainsi dire, progressant en quelque sorte de bas en haut, et selon un processus qui légitime l'expression de *néphrites ascendantes*, sous laquelle on a maintenant l'habitude de la décrire. On les désigne souvent encore sous le nom de néphrites chirurgicales[1]. Les expériences de Zemblinoff, Guiard,

1. Il est bon de rappeler ici pourtant que toutes les néphrites chirurgicales ne sont pas des néphrites ascendantes. Un bon nombre d'entre elles (néphrite de l'ostéomyélite aiguë ou des longues suppurations osseuses, par exemple) ne sont autre chose que des néphrites infectieuses communes ; d'autres, comme celles de l'infection purulente ou comme les *néphrites métastatiques* consécutives à une opération de varicocèle ou à une lésion du testicule, relèvent d'embolies parasitaires; il est même un certain nombre de néphrites consécutives à des affections des voies urinaires qui se développent secondairement par infec-

Barrette, ne laissent d'ailleurs aucun doute sur la possibilité de ce cheminement attribué aux microbes développés ou introduits dons la vessie.

Dans un grand nombre de cas, ces néphrites ont une tendance marquée vers la suppuration[1].

La néphrite suppurée est une néphrite aiguë se distinguant par sa localisation sur le tissu conjonctif intercanaliculaire, et sa tendance à la formation de foyers purulents plus ou moins nombreux.

Les lésions macroscopiques de la néphrite suppurée ont été connues depuis la plus haute antiquité. Hippocrate avait observé les abcès des reins et les avait vus se vider dans le bassinet, le péritoine ou les intestins; Ætius, Celse, Paul d'Égine, Baglivi, Fernel, Hoffmann, Sauvages, distinguèrent la néphrite suppurée des autres affections du rein; Rayer fit voir qu'une partie des néphrites suppurées étaient des pyélites ou des pyélonéphrites, et depuis lors jusqu'à ces derniers temps tous les auteurs, Johnson, Rosenstein, Lécorché, ont suivi les descriptions de Rayer.

Mais les conquêtes de la bactériologie ont fait entrer la question dans une phase nouvelle, et l'histoire des suppurations rénales apparaît maintenant sous un jour un peu différent, que les recherches de Klebs, de Bazy, Guyard, Barrette, etc., ont contribué plus spécialement à éclairer.

ÉTIOLOGIE. — La néphrite aiguë suppurée est une maladie de l'âge adulte et de la vieillesse. Les faits qui ont été observés par Billard, Rayer, etc., chez les enfants du premier âge, sont exceptionnels. Le sexe ne semble pas avoir d'influence.

tion générale de l'organisme, où les germes parasitaires ont pénétré par effraction et suivant le processus général que nous avons exposé dans le chapitre précédent.

1. La suppuration pourtant ne fait pas partie intégrante du processus histologique des néphrites infectieuses ascendantes ou chirurgicales. A la suite des obstacles apportés au libre cours de l'urine, la pression augmentant dans le système d'écoulement, il peut se développer une irritation lente, progressive, qui donne lieu à une néphrite chronique à type interstitiel particulier, et que les expériences de Charcot, Gombault, Aufrecht ont bien contribué à mettre en évidence.

Pour ne pas scinder la question des néphrites chirurgicales, nous indiquerons sommairement, dans cette note, les principaux caractères de cette néphrite interstitielle chirurgicale : elle débute par le sommet des pyramides au lieu d'avoir son point de départ dans la substance corticale, gagnant de proche en proche les parties profondes du rein, et présente cette propriété bien nette d'être régulièrement répartie sur toutes les portions du parenchyme, et par conséquent de ne pas donner lieu à la formation de granulations. Cette variété de néphrite a été particulièrement bien étudiée par Lancereaux. (voy. art. REIN, *Dict. encycl.*).

Parmi les causes susceptibles d'entraîner la suppuration du rein, les micro-organismes occupent le premier rang et d'abord celui de la fermentation ammoniacale, que ce soit le *micrococcus ureæ* de Pasteur, de Cohn et de Van Tieghem, ou la bactérie articulée de Ch. Bouchard. C'est lui qui est le point de départ des néphrites suppuratives consécutives aux altérations de la vessie, de la prostate et de l'urèthre dont Traube d'ailleurs et Beckmann avaient depuis longtemps soupçonné la nature. Mentionnons aussi le gonococcus de la blennorrhagie découvert par Neisser, dont l'influence paraît évidente depuis les observations de Murchison, Finger de Vienne, et Leprévost, et enfin le bacille tuberculeux.

Le cathétérisme de l'urèthre, quand il provoque l'évolution d'une néphrite suppurée, agit probablement en introduisant dans la vessie les mêmes éléments parasitaires.

Le *traumatisme* donne rarement lieu à la formation de pus dans le rein : Aran, Rayer, Howship, en ont cependant rapporté des exemples. Dans un relevé de quarante cas de contusion des reins, Bloch n'a trouvé la suppuration que quatre fois. Les *plaies* du rein sont habituellement suivies de néphrite suppurative, qui s'accompagne alors de périnéphrite.

La néphrite suppurée se produit *par contiguïté* dans les inflammations du péritoine, du tissu conjonctif périnéphrétique, du psoas, des vertèbres, des côtes. Les abcès du foie peuvent développer une inflammation suppurative dans le rein droit, ceux de la rate dans le rein gauche : ces cas sont peu fréquents. La néphrite suppurée *par continuité* est la plus commune : elle succède alors à une inflammation des voies urinaires. La *pyélite*, surtout la pyélite calculeuse, lui donne souvent naissance ; il en est de même de la cystite, du rétrécissement des uretères, qu'il soit inflammatoire, cicatriciel ou dépendant de tumeurs de voisinage.

Enfin, les abcès rénaux s'observent assez fréquemment dans les *maladies de la moelle épinière* qui s'accompagnent de paraplégies : il se produit alors une inertie vésicale qui est suivie de distension des uretères et du bassinet et d'une décomposition ammoniacale de l'urine avec toutes ses conséquences. On a souvent pris l'effet pour la cause et décrit sous le nom de *paraplégies réflexes consécutives à la néphrite* des myélites accompagnées d'altération des voies urinaires consécutive à la paralysie vésicale.

Anatomie pathologique. — Lecorché reconnaît deux stades à la néphrite aiguë suppurée : une période d'hypérémie, une période suppurative.

Dans la première, les reins sont volumineux, deux ou trois fois plus gros qu'à l'état normal, leur coloration est brune, leur consistance molle. Sous la capsule, qui est parfois épaissie, les étoiles de Verheyen apparaissent injectées, parfois même on voit de nombreuses petites taches ecchymotiques au milieu desquelles on aperçoit des *taches blanchâtres* faisant saillie à la surface et adhérant à la capsule du rein. A la coupe il s'échappe une notable quantité de sang et il y a peu de différence d'aspect entre les deux substances ; la substance corticale est augmentée de volume, infiltrée de sérosité, parsemée de petites taches et de stries hémorragiques. La muqueuse des calices et des bassinets est hypérémiée.

A la deuxième période les reins sont envahis par le pus ; le plus souvent celui-ci est collecté en foyers de nombre ou de volume très variables ; mais il peut s'y rencontrer aussi à l'état de simple infiltration. On peut observer et l'on décrit généralement plusieurs types de suppuration rénale : 1° En premier lieu, la *suppuration diffuse consécutive à la pyélite*, suite de dilatation des voies urinaires ; le micro-organisme a été apporté le plus souvent par le cathétérisme et a trouvé le milieu favorable à sa pullulation rapide et de proche en proche il a envahi le tissu même du rein. Ici la substance corticale ne présente ni abcès, ni loges, sa coloration est jaunâtre ; on observe seulement à la surface de l'organe quelques kystes remplis d'un liquide trouble, quelquefois même purulent. 2° Dans une seconde forme (néphrite rayonnante (Barrette), néphrite parasitaire de Klebs), le processus suppuratif a des allures différentes ; c'est la néphrite des opérations pratiquées sur les voies urinaires et celle de la blennorragie. Ici la fonte purulente suit une marche bien déterminée : elle commence vers les cônes médullaires et se propage en *rayonnant*, en suivant des traînées blanchâtres qui s'épanouissent en éventail jusqu'aux taches blanches signalées plus haut à la surface du rein, et que la coupe montre bien se propager jusqu'aux sommets des pyramides. Le point de départ de la fonte purulente est dans les canalicules que l'on rencontre autour des foyers purulents gorgés de microcoques, fait qui justifie bien la dénomination de néphrite canaliculaire parasitaire attribuée par Virchow à ce genre d'altération rénale. Les portions de parenchyme comprises entre deux foyers sont comprimées, réduites parfois à l'état de cloisons formant brides ; les canalicules qui y survivent sont en général atteints de nécrose épithéliale (Klebs, Recklinghausen, Ebstein). 3° La troisième forme décrite par Bazy, sous le nom de glomérulo-néphrite suppurée, concerne les abcès miliaires disséminés de la *substance corticale*. Ceux-ci peuvent

s'être développés soit autour des canalicules, soit autour des glomérules par voie de propagation simple du processus purulent; mais ils sont souvent complètement isolés et doivent en pareil cas dépendre d'embolies microbiennes (Barrette); en ce cas-là ils ont une grande analogie avec les *abcès miliaires* de la néphrite métastatique (néphrite pyémique de Rayer) qui prédominent au niveau de la substance corticale et sont entourés d'une zone de congestion intense. 4° Enfin on observe de gros abcès du rein (néphrite suppurée circonscrite).

Les abcès peuvent se terminer de plusieurs façons différentes: quelquefois la poche de l'abcès se rétrécit et son contenu subit une transformation caséeuse ou calcaire. Dans un certain nombre de cas, la suppuration traverse la capsule du rein, s'étend au tissu conjonctif périnéphrétique : il se forme alors des trajets fistuleux par lesquels le pus peut être évacué au dehors à travers les parois abdominales ou lombaires, ou se déverser dans un organe plus ou moins éloigné, le péritoine, l'intestin, les plèvres et les bronches, le foie, la rate. Parfois aussi le pus se vide dans le bassinet et est expulsé avec l'urine : ce mode de terminaison est de beaucoup le plus favorable. La gangrène vient parfois compliquer les accidents rénaux (Cornil).

Description. — Les symptômes de la néphrite suppurée varient un peu suivant les causes qui en ont déterminé l'apparition. Il en est un certain nombre pourtant qui se présentent d'une façon assez régulière et indépendamment du type en présence duquel on se trouve ; ces symptômes principaux sont le frisson, la fièvre, les troubles digestifs, les vomissements, la douleur ; on observe en même temps des troubles de la sécrétion urinaire.

Le *frisson* du début, auquel Rayer attachait une grande importance, varie beaucoup d'intensité. Quant à la fièvre, elle affecte les allures les plus variées : parfois extrêmement intense, à début brusque et atteignant 40 degrés, elle offre les caractères généraux de l'accès intermittent avec cette différence toutefois, que l'accès est incomplet et que les stades en sont mal proportionnés. D'autres fois, elle est à peine dessinée, n'est révélée que par le fait du hasard, mais persiste avec ténacité, c'est la fièvre urinaire chronique de Guyon. Le plus souvent elle s'accompagne de troubles très accentués du côté du tube digestif : sécheresse de la bouche, nausées, vomissements, et plus tard diarrhée. La peau est en même temps sèche et rugueuse, et la langue, grillée au centre, rouge sur les bords, présente à un haut degré cet état que le professeur Guyon décrit sous le nom d'aspect urinaire de la langue.

La *douleur* est un phénomène de la plus haute valeur; elle se

présente sous la forme d'une douleur fixe avec irradiations. La douleur fixe est localisée dans la région rénale au niveau du carré des lombes : sourde et profonde, elle consiste en un sentiment de tension avec exacerbations plus ou moins vives et irrégulières. Le malade se couche sur le côté sain lorsqu'un seul organe est affecté ou reste dans le décubitus dorsal si la suppuration atteint les deux reins ; ses souffrances s'exaspèrent par la pression, les mouvements, les efforts de la toux, la chaleur du lit, etc. Il se produit alors des irradiations douloureuses le long des uretères, du côté de la vessie, du canal inguinal et du testicule, plus rarement dans la direction de l'estomac et du diaphragme.

Il est parfois possible de reconnaître par la palpation ou même par la percussion (Piorry) l'augmentation du volume du rein.

Les *troubles de la sécrétion urinaire* varient aussi avec la cause productrice de la néphrite suppurative : peu abondante, très colorée, très chargée de matières salines, pauvre en urates et en acides uriques, elle contient parfois un peu de sang, surtout à la suite des traumatismes, et de petites quantités d'albumine lorsque l'inflammation a gagné les épithéliums; lorsqu'elle succède à un état chronique de la vessie ou de l'urèthre, l'urine peut être *alcaline*, assez abondante, d'aspect blanchâtre, muqueux et filant, laissant déposer du mucus d'une façon uniforme, quelle que soit la période de la miction que l'on considère (urine rénale de Guyon). Le plus souvent elle est acide.

Dans les cas de suppuration primitive de l'organe on peut observer de la dysurie et même de l'anurie complète pouvant entraîner très rapidement le coma urémique et la mort (Rayer). Taylor a cité un fait où l'on constata le rejet d'une masse grisâtre constituée par des débris du parenchyme rénal lui-même.

Dans quelques cas, la néphrite aiguë, au lieu de conserver une forme franchement inflammatoire, affecte les allures des maladies typhoïdes et s'accompagne de symptômes adynamiques ou ataxiques avec prostration, fuliginosités, etc. D'autres fois, surtout lorsqu'elle est secondaire, la néphrite suppurative peut rester latente ; cette forme latente a été observée par Rayer dans la grossesse, chez les cancéreux, à la suite de péritonites, ou encore dans les affections thoraciques.

Marche, Durée, Terminaisons. — Le processus phlegmasique susceptible de donner naissance à la néphrite suppurative peut s'arrêter aux diverses étapes de son évolution. Si la période d'hypérémie n'est pas franchie, les accidents peuvent ne durer que quarante-huit heures, huit ou neuf jours au plus. Dans ce cas, les phénomènes diminuent d'intensité, la douleur se localise

davantage et finit par disparaître ; l'urine reprend ses caractères normaux. Lorsque, au contraire, la suppuration s'est établie, la durée de la maladie est beaucoup plus longue, et souvent le malade, en proie à de la diarrhée persistante, miné par une fièvre quasi continue, tombe dans un état de cachexie connu sous le nom de *phtisie rénale*, et auquel il succombe.

Lorsque le pus est formé dans le rein, on peut voir survenir du côté des extrémités inférieures des *troubles paralytiques* qui constituent la plus grave des complications. Ces troubles se limitent aux membres inférieurs et même à certains groupes de muscles et consistent plutôt en *parésie* qu'en une paralysie complète. La vessie et le rectum ne sont pas atteints, l'excitabilité réflexe est intacte et il n'y a en aucun point d'hyperesthésie le long de la colonne vertébrale ; les membres parésiés n'offrent pas de douleurs ; l'anesthésie s'observe quelquefois. Les auteurs sont loin de s'entendre sur la nature de ces accidents. Stanley, qui les a observés le premier, les considérait comme une paralysie réflexe, opinion admise par un grand nombre d'auteurs : Graves, Rayer, Leroy d'Étiolles, Brown-Séquard, etc. Brown-Séquard admet que l'irritation morbide partie des nerfs des voies urinaires se transmet aux vaso-moteurs de la moellle épinière et produit dans un segment médullaire un état anémique qui déterminerait la paraplégie. Pour Jaccoud, il s'agit là le plus souvent de paralysies par épuisement nerveux. Pour Gull et Romberg, les lésions rénales sont la conséquence de la myélite, et cette manière de voir nous paraît s'appliquer à la grande majorité des cas.

Le mode de terminaison le plus heureux des abcès du rein est celui où le pus se fait jour par le bassinet. Le pus est alors éliminé subitement par l'urine ; en même temps on peut trouver dans le liquide urinaire des débris du tissu rénal. L'évacuation par la région lombaire est ensuite la terminaison la plus favorable ; l'écoulement du pus dans l'intestin se reconnaît à l'examen des selles. Les communications avec les autres viscères sont toujours fatales.

Diagnostic. Pronostic. — Le diagnostic demande l'examen le plus attentif de tous les symptômes présentés par le malade. Le *lumbago* se distingue par son caractère nettement apyrétique, et par l'absence de troubles du côté de la miction. La *colique néphrétique* est également apyrétique, et la douleur qui la caractérise revient sous forme d'accès, de paroxysmes qui peuvent s'accompagner de défaillances et de syncope.

La *périnéphrite* est, à son début, difficile à distinguer de la néphrite suppurée : on pourra soupçonner la périnéphrite

lorsque l'empâtement de la région rénale sera considérable, les douleurs *pulsatives* (Rayer) et que l'urine ne sera pas modifiée. La pyélite se distingue de la néphrite suppurée par la purulence permanente des urines ; dans la néphrite, lorsqu'elle est primitive, l'apparition du pus est toujours subite et passagère.

La néphrite suppurée peut être confondue avec la variole au début, la fièvre typhoïde, la fièvre intermittente. On trouve cependant d'ordinaire, soit dans les symptômes locaux, soit dans les symptômes généraux, les éléments d'un diagnostic différentiel, et en tout cas l'évolution de la maladie vient bientôt lever tous les doutes.

Le *pronostic* est très grave, surtout lorsqu'on a affaire à un organisme affaibli par l'âge ou les maladies ; les affections suppurées des reins sont ordinairement mortelles chez les vieillards. La possibilité de l'urémie vient encore assombrir le pronostic.

Traitement des néphrites aigues. — Dans la néphrite légère et superficielle, on doit conseiller au malade un régime doux, le repos, les bains tièdes, quelques légers purgatifs, et appliquer des sinapismes ou des ventouses sèches [1], à plusieurs reprises, sur la région lombaire. On prescrira en même temps comme alimentation l'*usage presque exclusif du lait*. Cette substance contient au point de vue alimentaire tous les éléments nécessaires à la réparation des éléments cellulaires, et introduit dans l'organisme la dose minima de poisons digestifs. Elle agit enfin comme diurétique puissant. Mais, au cas où le lait serait mal toléré, il faudra se rabattre sur le régime mixte, composé alors de la façon la plus sévère : potages maigres, œufs frais et bien cuits, gâteaux au lait et aux œufs, et comme boisson les *bières brunes* (stout, malt, etc.), que la torréfaction de l'orge rend moins irritantes, et que l'on peut boire largement étendues d'eau (eau d'Alet, de Vals, de Bussang, etc.). En tout cas on devra s'abstenir d'une façon absolue de vin, de bouillon gras et des aliments contenant trop de substances extractives ou toxiques (viandes noires, faisandées, poisson, etc.).

Plus tard, lorsque l'albuminurie aura disparu, on continuera

1. Nous pensons même que dans certains cas de néphrite infectieuse ou subaiguë, le *vésicatoire* peut être appliqué sans inconvénient. Sans doute nous n'irons pas, comme M. Lancereaux, jusqu'à conseiller l'usage interne de la cantharide ; mais ce que nous pouvons affirmer, c'est que toutes les fois que nous avons appliqué des topiques sur la région lombaire de malades affectés de congestion rénale d'origine rhumatismale, nous n'avons jamais eu à enregistrer l'augmentation de l'albuminurie, bien au contraire.

à suivre longtemps encore les mêmes règles hygiéniques, et lorsque l'alimentation azotée semblera pouvoir être reprise sans inconvénient, on s'en tiendra aux viandes susceptibles d'une assimilation aussi parfaite que possible et en première ligne le jambon, le porc frais (Potain), la volaille bouillie.

Le plus souvent les néphrites infectieuses ou subaiguës guérissent sans qu'on soit obligé de recourir à l'administration de médicaments internes; il est cependant quelques remèdes qui peuvent alors être administrés avec utilité. Nous citerons principalement le tannin, à condition d'être préparé à l'alcool (Potain) et à la dose de 0,20 à 0,40 cent. par jour, et l'alcool nitrique employé déjà anciennement par Viricel, Forget, et dont B. Teissier a montré les heureux effets dans l'albuminurie scarlatineuse et les œdèmes qui l'accompagnent.

Lorsque la néphrite se traduit par des phénomènes réactionnels, locaux et généraux, d'une intensité plus grande, il faut recourir à la méthode antiphlogistique, aux émissions sanguines locales (sangsues, ventouses scarifiées) et aux purgatifs. Les émissions sanguines, qui doivent être répétées au début, agissent à la fois comme révulsif et comme sédatif, et amènent rapidement un abaissement de la température, une diminution de la congestion rénale, et, par suite, de la quantité d'albumine contenue dans l'urine, en même temps qu'elles font disparaître la douleur. Les purgatifs offrent les mêmes avantages que les saignées, mais ils agissent d'une façon moins énergique et moins sûre; il faut se servir de préférence des purgatifs drastiques et éviter l'emploi du calomel, qui amène rapidement la salivation chez les albuminuriques. On se trouvera bien aussi, dans quelques cas, de l'emploi des diurétiques légers, comme le chiendent, et surtout des eaux alcalines (Vals, Vichy).

C'est surtout dans la néphrite suppurative qu'un traitement antiphlogistique rigoureux s'impose : il ne faut pas hésiter à pratiquer une saignée générale abondante, lorsqu'on a affaire à des constitutions robustes, et prescrire concurremment des ventouses ou des sangsues à la région lombaire. On ordonnera un régime très sévère, des boissons délayantes, un repos absolu. Les vomissements seront combattus avec la glace ou les boissons gazeuses.

Dans les cas où il existe un obstacle au cours de l'urine (rétrécissement de l'urèthre, etc.), il faut avant tout chercher à le faire disparaître. On s'efforcera aussi de combattre l'inflammation des voies urinaires et d'empêcher la décomposition ammoniacale de l'urine, soit par les lavages de la vessie, soit par les boissons acidules (acide chlorhydrique, benzoïque, salicylique).

Les précautions antiseptiques prennent ici une importance de premier ordre.

Enfin, si le pus tend à se faire jour au dehors, il faut ouvrir l'abcès afin de prévenir sa rupture dans les cavités viscérales.

RAYER. Traité des maladies des reins, t. I et II. — LEROY D'ÉTIOLLES. Des paralysies des membres inférieurs ou paraplégies. Paris, 1856. — V. CORNIL, th. de Paris, 1864. — WAGNER. Brit. med. Journ., 1667. — BARTELS. Volkmann's Sammlung klin. Vorträge, 1871. — DICKINSON. Med.-chir. Trans., 1873. — BLOCH. De la contusion des reins, th. de Paris, 1873. — KELSCH. Pathologie et histologie du rein chez les cholériques (Progrès médical, 1873). — KELSCH. Revue critique sur le mal de Bright (Arch. de physiologie, 1874). — COATS. Brit. med. Journ., 1874. — A. LAVERAN. Myélite centrale subaiguë, compliquée de néphrocystite ; remarques sur les paraplégies dites réflexes (Arch. de physiologie, 1875). — ROSENSTEIN, LECORCHÉ, CHARCOT. Loc. cit. — LANCEREAUX. Art. *Rein*, in Dict. encyc. des sc. méd., 1875. — PHISALIX. De la néphrite interstitielle aiguë, th. de Paris, 1877. — V. CORNIL. Sur les lésions du rein dans l'empoisonnement par la cantharidine (Comptes rendus, janvier et mars 1880). — LANDOUZY. Des paralysies dans les maladies aiguës, th. d'agrég., Paris, 1880. — L. DUMAS. Albuminuries chez la femme enceinte, th. de conc., 1880. — MAYOR. Lésions du rein chez les femmes en couches, th. de Paris, 1880. — HORTOLÈS. Processus histologique des néphrites, th. de la Faculté de Montpellier, 1881, publiée à Paris, avec planches. — Ch. BOUCHARD. Néphrite infectieuse (Société clin., 1880, et Congrès de Londres, 1881). — LABADIE-LAGRAVE. Nouveau Dictionnaire de méd. et de chir. prat., art. *Rein*. — BAZY, th. de Paris, 1880. — KANNENBERG. Ueber Nephr. bei acut. Infectionskrankh. (Zeitschrift für klin. Med., 1880).— E. GAUCHER. Note sur la néphrite infectieuse diphthérit. (Bull. Soc. biol., 1881). — RENAUT. Arch. de physiol., 1881. — PETIT. Néphr. de la fièvre typh., th. de Lyon, 1881. — CAPITAN et CHARRIN. Rev. de méd., 1881. — CHARCOT. Leç. sur les mal. des reins, 2e édit., 1882. — LÉPINE. Rev. sur la néphr. scarlatineuse (Rev. de méd., 1882). — BRAULT. Des formes anat. path. du mal de Bright (Arch. gén. de méd., 1882). — AUFRECHT. Die Schrumpfniere nach. Cantharidin (Centralblatt, 1882). — DIDION, th. de Paris, 1883. — FURBRINGER. Néphr. diphthér. (Virchow's Arch., 1883). — GERMONT. Contrib. à l'étude expérim. des néphrites, th. de Paris, 1883. — LEPRÉVOST, th. de Paris, 1884. — STRAUS, ROUX, NOCARD et THUILLIER. Arch. de phys., 1884. — LONGUET. Néphro-typhoïde (Union méd., 1885). — DENUCÉ. Lés. rénales dans l'érysipèle, th. de Bordeaux, 1885. — ARTHAUD, th. de Paris, 1885. — CHARRIN. De la septicémie expérim , th. Paris, 1885. — AUFRECHT. Berl. klin. Wochenschr., 1886. — BARETTE. Des néphr. infect. chirurg., th. d'agrég., 1886. — GAUCHER. Pathog. des néphrites, 1886. — CORNIL et BABÈS. Les bactéries, 1887. ALBARRAN. Et. sur le rein des urinaires, th. Paris, 1889.— CAUSSADE. La néphrite pneumonique, th. de Paris, 1890. — VIGNEROT. Contrib. à l'étude des néphrites, 1890. — ZASIADKO. Diététique dans les néphrites, th. de St-Pétersbourg, 1890. — MARCHAND. Hist. de la Néphrite glomérulaire (Berl. klin. Woch., 1892, p. 22).— PRIOR. Action des albuminates sur le rein (Zeits. f. kl. Med. XVIII). — FAULHABER. Les bactéries du rein dans les maladies infectieuses aiguës (Ziegler's Allg. path., 1891). — MANNABERG. Etiologie des néphrites aiguës (Zeit. f. klin. med. XVIII). — ENRIQUEZ. Néphrites infectieuses, th. Paris, 1892. — LANCEREAUX. Néphrites toxiques (Sem. méd., 1892). — Discussion à l'académie de méd. de Paris sur le traitem. des albuminuries (Lancereaux, G. Sée, Bouchard Potain, etc., 1892). — HALLÉ. De l'infection urinaire (Ann. mal. org. gén., 1892). — LECORCHÉ et TALAMON. L'abus du lait chez les albuminuriques (Méd. mod., 1893). — J. TEISSIER. Leçons sur la grippe, 1893.