

de Carlsbad et de Vichy tiennent le premier rang; cependant les eaux d'Ems doivent être préférées pour les individus débilités, et celles de Marienbad conviennent mieux aux pléthoriques, chez lesquels les attaques produisent des phénomènes congestifs très-marqués vers l'encéphale. Lorsque les malades ne peuvent se déplacer, on peut administrer la solution de bicarbonate de soude, ou bien, selon le conseil de Bouchardat, les alcalins végétaux, acétates, citrates, etc.; mais l'effet n'est point aussi certain qu'avec les eaux naturelles. — En tout cas, on prescrira un régime mixte, composé de viandes et de végétaux herbacés, on restreindra autant que possible l'usage des ragouts, des épices, des graisses, et l'on recommandera une vie active et l'exercice en plein air. Si l'on peut joindre à ces moyens hygiéniques une cure annuelle ou bisannuelle à l'une des stations thermales indiquées, on réussira souvent à empêcher la formation de nouveaux calculs, et l'on obtiendra une guérison complète.

CINQUIÈME CLASSE

MALADIES DE L'APPAREIL URINAIRE.

CHAPITRE PREMIER.

NÉPHRITE CATARRHALE.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

La **congestion passive** ou **stase** qui résulte de l'augmentation de la pression dans les veines rénales et dans la veine cave, au-dessus de l'embouchure de ces vaisseaux, est sans rapports avec l'inflammation catarrhale; c'est un état particulier analogue à celui du foie muscade, et qui est observé dans les MALADIES CARDIO-PULMONAIRES mal compensées, dans les derniers mois de la GROSSESSE, dans le CHOLÉRA, dans toutes les circonstances enfin où un OBSTACLE MÉCANIQUE gêne le cours du sang qui revient des reins (*anévrismes* de l'aorte abdominale, *tumeurs de l'abdomen*, *thrombose* des veines rénales, etc.). Cette altération, que j'ai désignée sous le nom de **rein cardiaque**, a été étudiée à propos des lésions valvulaires du cœur qui en sont la cause la plus commune (voyez tome I), je n'ai pas à y revenir.

Quant à la **congestion active** ou **fluxion**, elle est le premier degré de la néphrite catarrhale, et l'étude de ces deux états connexes et subordonnés ne peut être scindée (1).

(1) RAYER, *Maladies des reins*. Paris, 1840. — BOULLAUD, *Arch. gén. de méd.*, 1848. — REINHARDT und LEUBUSCHER, *Virchow's Archiv*, 1849. — VIRCHOW, *Dessen Archiv*, IV. — COLL, *Ueber den Einfluss des Blutdruckes auf die Harnabsonderung*. Zürich, 1853. — SIDBY, *Brit. and for. med. chir. Review*, 1855-1858. — MOREL-LAVALLÉE, *Arch. gén. de méd.*, 1856. — BOUCHUT, *Gas. hôp.*, 1856. — JOHNSON, *On albuminuria in typhus and typhoid fever* (*Med. Times and Gaz.*, 1858). — OPPOLZER, *Wiener med. Wochen.*, 1858. — SCHWARZ, *Nierenaffection bei Typhus* (*Beitrag zur Heilk.* Riga, 1857). — WEIKART, *Versuch über die Wirksamkeit des Copaiwabalsams* (*Arch. d. Heilkunde*, 1860). — HEYN-

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

La néphrite catarrhale est constituée par une fluxion plus ou moins intense, avec chute (desquamation) de l'épithélium, dans les canalicules droits principalement; c'est cette altération épithéliale qui rapproche le processus des lésions catarrhales, mais en somme la dénomination n'est

sius, *Over Eiwitdiffusie* (Med. Tijdsch., 1860). — LUDWIG, *Lehrb. der Physiologie des Menschen* (Leipzig und Heidelberg, 1861). — SCHMIDT WILLIBALD, *Filtration von Eiweiss, etc.* (Poggendorfs Annalen, 1861). — BOTKIS, *Zur Frage von dem endosmotischen Verhalten des Eiweisses* (Virchow's Archiv, 1861). — VINCHOW, *Gesammelte Abhandlungen*. Berlin, 1862. — GRAHAM, *Anwendung der Diffusion der Flüssigkeiten zur Analyse* (Liebig's Annalen, 1862). — ROSENSTEIN, *Pathologie und Therapie der Nierenkrankheiten*. Berlin, 1863-1870. — STOKVIS, *Bijdragen tot de kennis van het Albuminurie* (Nederland Tijdsch., 1863). — FUNKE, *Lehrb. der Physiologie*. Leipzig, 1863. — BERNATZIK, *Die Cubeben chemisch und physiol. untersucht*. (Prag. Viertelj., 1864). — CORNIL, *Mém. sur les lésions anatomiques des reins*. Paris, 1864.

JACCOUD, art. ALBUMINURIE, in *Nouv. Dict. de méd. et chir. prat.*, 1. Paris, 1864. — LEHMANN, *Ueber die durch Einspritzungen von Hühneireiweiss ins Blut hervorgebrachte Albuminurie* (Virchow's Archiv, 1864). — SMOLER, *Klinische Studien über Albuminurie in einigen acuten und chronischen Krankheiten* (Prager Viertelj., 1864). — VOGEL, *Krankheiten der harntbereitenden Organe*. Erlangen, 1865. — OPPOLZER, *Die Krankheiten der Niere* (Wien. med. Presse, 1866). — HARLEY, *Albuminurie with and without dropsy*. London, 1866. — DICKINSON, *On the pathology and treatment of albuminuria*. London, 1868. — CORRENTI, *Studi critici e contribuzioni alla patogenesi dell'albuminuria*. Firenze, 1868. — REES OWEN, *On the early indications of nephritic irritation* (Guy's Hosp. Reports, 1869).

BARTLETT, *Acute albuminuria, accompanied with very slow pulse* (Brit. med. Journ., 1870). — GOOS, *Eclampsia et Amaurosis uræmica im Gefolge acuter (wahrscheinlich scarlatinöser) Nephritis* (Deutsche Klinik, 1870). — ELLIS, *Vomiting as the sole prominent sign of disease of the kidneys* (Boston med. and surg. Journ., 1871). — GUENEAU DE MUSSY, *Étude sur le traitement de quelques albuminuries* (Gaz. hóp., 1871). — WOOD, *On the use of gallic and tannic acid in albuminuria with hypersecretion and of belladonna in chronic tubular nephritis* (Philad. med. Times, 1871). — MORRIS, *On the use of the turkish bath in albuminuria* (Brit. med. Journ., 1871).

CAMPBELL, *On the functional diseases of the renal, urinary and reproductive organs*. London, 1872. — HARLEY, *The urine and its derangements*. London, 1872. — BEHIER, *Plusieurs cas de néphrite catarrhale a frigore* (Gaz. hóp., 1873). — TYSON, *A case of large smooth white kidney (chronic catarrhal nephritis)* (Philad. med. Times, 1873). — OLLIVIER, *De la congestion et de Papoplexie rénales dans leurs rapports avec l'hémorrhagie cérébrale* (Arch. de méd., 1874). — SOCOLOFF, *Ueber einen Fall von wiederkehrender Nierenblutung im Zusammenhange mit jedesmaliger Erkältung der Integumenta communis* (Berlin. klin. Wochen., 1874).

pas plus juste ici que pour la pneumonie, puisque les tubuli des reins ne présentent pas de membrane muqueuse. L'expression **néphrite desquamative** peut à bon droit être préférée.

Cette maladie est très-fréquente, et elle serait sans doute jugée plus commune encore, si elle était recherchée dans tous les cas; mais comme ses symptômes sont fort légers, comme le principal, souvent l'unique phénomène est une altération de l'urine qui n'est décelée que par un examen délibéré, elle reste méconnue dans bon nombre de circonstances.

La néphrite desquamative est rarement PRIMITIVE; elle se développe alors sous l'influence du froid, et elle présente un début franc qui est complètement étranger à la forme SECONDAIRE. Celle-ci, beaucoup plus commune, reconnaît pour causes : 1° l'extension d'une inflammation de la muqueuse urinaire (uretères, vessie, urèthre, blennorrhagie); le catarrhe se propage alors du bassin aux papilles, et si la phlegmasie uréthro-vésicale est légère, la complication rénale peut lui survivre; la propagation n'est pas immédiate, de sorte que ce n'est pas au début de la cystite ou de l'uréthrite que la néphrite apparaît; — 2° l'absorption et l'élimination de certaines substances irritantes, telles que la cantharide (vésicatoires), le cubèbe et le copahu. L'expérimentation (Virchow) et l'anatomie pathologique (Reinhardt, Schroff) ont établi que les reins présentent alors la fluxion et la prolifération épithéliales caractéristiques de l'état catarrhal, et elles ont démontré aussi que les lésions sont beaucoup plus prononcées dans la muqueuse de la vessie et des uretères.

Dans un autre ordre de faits, la néphrite catarrhale secondaire est déterminée par des MALADIES FÉBRILES qui ont pour caractères communs une modification notable de la circulation viscérale, et une altération profonde du sang, capable de changer les conditions de diffusibilité de l'albumine. On peut discuter la part respective de ces deux éléments pathogéniques, mais il n'y a pas de raison pour supprimer l'un au profit de l'autre; l'expérimentation ayant établi que si l'albumine normale ne filtre pas à travers les membranes animales intactes, l'albumine artificiellement modifiée acquiert cette propriété endosmotique (Brücke, Funke, Stokvis). Les principales de ces maladies fébriles sont la scarlatine, le typhus, la fièvre typhoïde, l'atrophie jaune aiguë du foie, et dans quelques cas plus rares, la variole, la rougeole et l'érysipèle. Dans la scarlatine, c'est lors de la desquamation cutanée que la détermination rénale apparaît d'ordinaire; dans les typhus, c'est dans le cours du second ou du troisième septénaire; dans l'hépatite diffuse, c'est dans la seconde période, dans la période dyscrasique, constituée par la suppression des fonctions du foie. La fréquence de la néphrite varie considérablement dans les diverses épidémies.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Le VOLUME des reins est normal ou accru suivant l'intensité de la fluxion; dans les cas extrêmes, l'organe est notablement tuméfié, et l'HYPERÉMIE peut être assez forte pour produire à la surface, sous la capsule, des ecchymoses et de petites hémorragies. Le processus est d'ordinaire limité aux TUBES DROITS, il débute par les sommets des pyramides, et s'étend de là vers leur base; or, comme la fluxion, à mesure qu'elle envahit d'autres points, diminue souvent dans ceux qu'elle occupait d'abord, il n'est pas rare d'observer dans la substance dite médullaire des zones distinctes formées par l'alternance de stries pâles et de stries rouges (Virchow; Rosenstein). Celles-ci répondent aux parties récemment hyperémiées, celles-là aux tubuli dilatés et remplis par les cellules épithéliales en prolifération. Les cellules sont rondes, comme boursoufflées, et elles adhèrent peu, soit entre elles, soit à la paroi des canalicules; cependant, une fois détachées de la membrane pariétale, elles peuvent rester unies et être éliminées en bloc sous forme d'un CYLINDRE ÉPITHÉLIAL qui reproduit la figure du tube dans lequel il était moulé. Les cellules sont souvent granuleuses, et dans les cas anciens, elles peuvent, par insuffisance de leur nutrition propre, se remplir de granulations adipeuses et subir la désintégration granulo-graisseuse; après l'élimination de ce débris, une formation de cellules nouvelles régénère le revêtement épithélial des tubuli. — Lorsque la fluxion initiale a été assez forte pour provoquer l'effraction de quelques vaisseaux, on trouve dans les canalicules des globules sanguins, plus tard de l'hématine décomposée, et les cellules sont chargées de granulations pigmentaires. — Les glomérules et les capsules de Malpighi sont intacts, mais ils sont gorgés de sang, et ils apparaissent à la coupe de l'organe sous forme de points rouges circonscrits, visibles à l'œil nu. — Quand on comprime les pyramides entre les doigts, on voit ordinairement sourdre par les papilles une masse transparente ou trouble, blanchâtre ou jaunâtre, composée de mucus et d'épithélium. Indépendamment de ces lésions fondamentales, on observe souvent une imbibition séreuse du tissu; dans ce cas, il est plus mou que d'ordinaire, et la capsule peut être plus facilement enlevée.

L'évolution de ce processus est favorable : la *restitutio ad integrum* en est la terminaison ordinaire. Dans certains cas pourtant, et notamment dans la scarlatine, on voit survenir, après un temps variable, les phénomènes graves de la néphrite parenchymateuse; on dit généralement alors que la néphrite catarrhale s'est transformée en néphrite diffuse; la chose est possible, mais il me paraît beaucoup plus logique d'admettre que dans ces cas-là la scarlatine a provoqué une néphrite parenchymateuse,

au lieu de la néphrite desquamative simple qu'elle produit le plus souvent.

SYMPTOMES ET MARCHÉ.

Dans toutes les formes secondaires, dans la plupart des formes primitives, les accidents sont bornés à l'altération de l'urine; dans le catarrhe *a frigore*, on observe parfois, durant les cinq ou six premiers jours, un ÉTAT AIGU très-accusé que caractérisent une *fièvre intense* et le *malaise général* qui accompagne tout mouvement fébrile; mais rien ne prouve que ce complexus pathologique dépende de la fluxion rénale, il peut tout aussi bien, vu son caractère transitoire et la légèreté des accidents néphrétiques, être envisagé comme l'effet direct du refroidissement. Ces symptômes généraux persistent tout au plus un septénaire, ils ne gardent leur intensité maximum que pendant les trois ou quatre premiers jours, et bientôt, dans ces cas comme dans les autres, tout se réduit à une modification de la sécrétion urinaire, laquelle peut seule donner la clef des phénomènes observés. Le catarrhe secondaire, je le répète encore en raison de l'importance du fait, est nécessairement ignoré si l'urine n'est pas examinée tous les jours dans le cours des maladies où cette complication est à craindre.

L'urine est acide; sa quantité peut être normale, mais en général, surtout dans les premiers jours, elle est diminuée; ce phénomène ne doit pas être attribué à la fluxion, car par elle-même l'augmentation de la pression artérielle augmente la sécrétion, il résulte de l'encombrement momentané des tubuli par l'épithélium qui se détache et par le mucus qui les obstrue; aussi n'est-il que temporaire, et dès que l'élimination de ces éléments est effectuée, la quantité de l'urine devient normale ou même supérieure à la normale, dont la moyenne est de 1500 grammes par jour. La densité est accrue jusqu'à 1022-1024, tant que la quantité est diminuée, mais ensuite elle revient au chiffre physiologique, qui oscille entre 1015 et 1020. — Il est extrêmement rare que le liquide renferme du sang; lorsqu'il en contient, c'est toujours en très-petite quantité, de sorte que la teinte de l'urine n'est que faiblement rougeâtre; ce phénomène d'ailleurs est momentané, il ne persiste pas au delà des deux ou trois premiers jours.

En revanche, l'urine est toujours altérée par la présence d'une *petite quantité* d'albumine; il y a ALBUMINURIE. Le passage anormal de l'albumine du sérum à travers le filtre rénal résulte de l'altération de l'épithélium et non de la fluxion artérielle; car l'expérimentation a établi que l'augmentation de pression dans les artères rénales a pour effet unique l'accroissement quantitatif de la sécrétion, et qu'elle est impuissante à

faire transsuder l'albumine dans l'urine (Goll, Ludwig). Par le repos, le liquide laisse déposer un sédiment peu abondant, d'aspect sale et pulvérulent, dans lequel le microscope décèle des *cellules épithéliales* libres ou agrégées en *cylindres rectilignes*, et des *coagula muqueux*, petits et homogènes (Rosenstein). Ces cellules sont quelquefois granuleuses, rarement grasses, et par l'action de l'acide acétique le contenu granuleux s'éclaircit et laisse apparaître le noyau.

Après quelques jours d'état stationnaire, l'albumine diminue en même temps que la quantité d'urine augmente, puis le sédiment disparaît, et bientôt tout rentre dans l'ordre; mais une seule atteinte de néphrite catarrhale laisse dans les organes une susceptibilité très-accusée, et les récidives sont fréquentes. Les choses ne se passent pas autrement dans le catarrhe secondaire, et quand la mort a lieu, elle est le fait de la maladie première et non point celui de la détermination rénale; celle-ci, dans l'espèce, n'a d'autre effet que de concourir à l'affaiblissement du malade par la spoliation albumineuse. — La DURÉE varie de dix à quinze jours; si, après ce délai l'urine renferme encore de l'albumine en même quantité qu'au début, si les débris morphologiques persistent, si l'épithélium est manifestement granulo-grasieux, il est fort probable qu'une erreur de diagnostic a été commise, et qu'on a pris pour une néphrite catarrhale une néphrite fibrineuse ou parenchymateuse.

DIAGNOSTIC.

La STASE rénale a un phénomène commun avec la fluxion catarrhale, c'est l'albuminurie; mais elle est distinguée par ses conditions étiologiques toutes spéciales, par l'absence constante de phénomènes aigus, par la diminution et la concentration excessive de l'urine, par la plus grande quantité d'albumine, par la présence presque constante du sang, appréciable sinon à simple vue, du moins au microscope, par sa durée plus longue, qui est entièrement subordonnée à celle de la maladie génératrice, enfin, quand elle est ancienne, la stase peut conduire, par insuffisance de l'eurotopèse, à l'hydropisie et à l'intoxication urémique, accidents ordinairement étrangers à la néphrite catarrhale.

La NÉPHRITE DIFFUSE ou PARENCHYMATEUSE est caractérisée dans sa forme aiguë par la gravité de l'état général, par les douleurs lombaires, par la présence du sang en quantité notable dans l'urine, par l'apparition précoce d'une hydropisie plus ou moins généralisée; dans sa forme chronique, elle sera distinguée, en l'absence d'hydropisie, d'après l'abondance des pertes en albumine, l'abaissement de la densité de l'urine, et surtout d'après les éléments microscopiques contenus dans le sédiment du liquide (voy. le chap. suiv.). L'absence des causes ordinaires de la néphrite catarrhale a aussi son importance, mais ce caractère est sans valeur, s'il s'agit de la scarlatine, qui provoque tantôt un simple catarrhe, tantôt une néphrite diffuse.

rhale a aussi son importance, mais ce caractère est sans valeur, s'il s'agit de la scarlatine, qui provoque tantôt un simple catarrhe, tantôt une néphrite diffuse.

La néphrite catarrhale, produite par une MALADIE URÉTHRO-VÉSICALE, présente quelques caractères particuliers, si, au moment de son développement l'inflammation des voies inférieures n'est pas éteinte. La quantité de l'urine est normale ou accrue, la densité est plutôt abaissée, la couleur est pâle, l'albumine abondante; la réaction est fort peu acide, elle est même alcaline, si l'altération de la muqueuse vésicale décompose l'urée dans la vessie; dans ce cas, les sédiments contiennent, outre les éléments ordinaires, des globules de pus, de l'épithélium vésical ou urétral, et le liquide renferme beaucoup de phosphates.

Recherche de l'albumine. — Les deux réactifs ordinaires sont l'acide nitrique et la chaleur; ils ont pour effet de faire passer l'albumine de l'état dissous à l'état coagulé, et ils produisent en conséquence dans la liqueur un précipité blanc dont l'abondance et la compacité varient selon la richesse albumineuse de l'urine. Mais il y a entre ces deux réactifs une différence importante: l'acide nitrique peut être employé d'emblée, sans opération préparatoire, la chaleur ne doit être appliquée qu'après constatation de la réaction acide du liquide sur le papier bleu de tournesol. Si l'urine est neutre ou alcaline, il faut, avant de la chauffer, ajouter une goutte ou une fraction de goutte d'acide nitrique, mais il ne faut pas dépasser la quantité strictement nécessaire pour que le liquide rougisse très-légalement le papier bleu. J'ai établi ailleurs que l'acidification trop forte de l'urine empêche la coagulation de l'albumine par la chaleur. Moyennant ces précautions, c'est-à-dire, je le répète, avec une urine naturellement acide ou convenablement acidifiée, l'exploration par la chaleur n'expose à aucune erreur. Le précipité albumineux obtenu de la sorte ne se dissout pas dans un excès d'acide nitrique, si l'on a laissé le liquide se refroidir; mais il disparaît si l'on reporte le mélange à la température de l'ébullition.

Pour opérer avec l'acide nitrique, on verse lentement dans l'urine, le long de la paroi du verre, une quantité d'acide égale au quart du volume du liquide; suivant la proportion d'albumine, elle se coagule en masse, ou bien elle donne un précipité floconneux à flocons isolés, ou bien enfin elle fournit seulement une opalescence générale dont les flocons générateurs ne peuvent être distingués à l'œil nu. Le précipité ainsi obtenu est souvent soluble d'emblée dans un grand excès d'acide; dans d'autres cas, il ne se dissout pas à froid, mais toujours il disparaît lorsque après addition de l'excès d'acide on porte le mélange à l'ébullition. Il y a alors destruction de la substance plutôt que dissolution, mais cela importe peu; ce qui est certain, c'est que la liqueur devient limpide en prenant une couleur d'un brun très-foncé, et une odeur fortement ammoniacale (Jaccoud). — Dans

une urine non albumineuse, mais riche en urates ou en urée, l'acide nitrique donne un précipité blanchâtre ou une opalescence résultant de la précipitation de l'acide urique ou du nitrate d'urée. Ces deux dépôts disparaissent par l'addition d'une certaine quantité d'eau; le dépôt d'acide urique, qui est de beaucoup le plus fréquent, disparaît aussi par la chaleur (1).

TRAITEMENT.

Le CATARRHE PRIMITIF, qui débute par des phénomènes aigus, doit être combattu par des émissions sanguines proportionnées à la constitution et à la force du malade; on aura recours, suivant les cas, à des applications de ventouses scarifiées sur la région lombaire, ou à la saignée générale. Le repos au lit, une diète légère, des laxatifs doux complètent la médication de la phase d'acuité, dont la durée ne dépasse pas ordinairement trois à cinq jours. Cela fait, l'indication est de provoquer la diurèse afin de hâter l'élimination de l'épithélium et du mucus qui obstruent les tubuli; comme il s'agit simplement de faire passer la plus grande quantité possible de liquide dans les reins, les meilleurs diurétiques sont ici ceux qui, sans modifier sensiblement la composition organique de l'urine, augmentent la transsudation aqueuse; l'eau pure, ingérée en grande quantité, remplit le but, qu'on atteint également au moyen de l'eau de Seltz ou de l'eau de Contrexéville. On aura soin en même temps d'entretenir la liberté du ventre et d'activer les fonctions de la peau par les frictions sèches ou par l'hydrothérapie, si la maladie, traînant en longueur, menace de s'éterniser. La guérison ne doit être tenue pour complète que lorsque l'urine ne renferme plus de sédiments morphologiques et plus d'albumine, même après un repas de composition ordinaire. — Il va sans dire que les vésicatoires sont absolument interdits.

Le catarrhe produit par l'élimination de substances irritantes ne réclame pas ordinairement d'émission sanguine; il suffit de la médication diurétique, qui dilue la substance nocive et amoindrit les effets de l'irritation.

Le CATARRHE SECONDAIRE est réduit le plus souvent à une albuminurie transitoire qui disparaît avec la maladie principale; il ne fournit alors aucune indication particulière; mais dans la scarlatine, le catarrhe rénal présente assez souvent une certaine acuité, et le traitement doit être le même que dans la néphrite catarrhale primitive a frigore. Il faut agir avec d'autant plus de sollicitude que, dans cette condition spéciale, le début aigu doit toujours inspirer des craintes relativement à la possibilité d'une

(1) Voyez, pour l'étude complète de ces questions, mon article ALBUMINURIE, dans *Nouv. Dict. de méd.*, t. I, Paris, 1864, et mes *Leçons de clinique médicale*.

néphrite diffuse, maladie bien autrement sérieuse que la desquamation catarrhale.

Dans le catarrhe secondaire comme dans le catarrhe primitif, la médication lactée est sans comparaison la plus efficace de toutes; c'est du moins la conclusion que m'imposent mes observations depuis plusieurs années (1).

CHAPITRE II.

MAL DE BRIGHT. — NÉPHRITE PARENCHYMATEUSE.

Le complexe morbide découvert et décrit par Bright est constitué par une albuminurie persistante, une hydropisie à marche spéciale et une lésion atrophique des reins; cet ensemble pathologique a été dénommé maladie ou mal de Bright. Or, si les deux premiers termes, les deux ÉLÉMENTS CLINIQUES de cette triade sont toujours les mêmes, il n'en est pas de même du troisième, de l'ÉLÉMENT ANATOMIQUE; les progrès de l'histologie pathologique ont démontré que l'altération des reins n'est pas toujours la même, de sorte qu'il y a nécessité à opposer à l'unité clinique la pluralité des formes anatomiques. Au point de vue clinique, l'expression mal de Bright correspond à un état parfaitement défini; en anatomie pathologique, le nom mal de Bright n'a qu'une signification vague et confuse, parce qu'il ne se rapporte pas à une lésion univoque; ce sera souvent une néphrite diffuse, ce peut être aussi une tout autre altération; à ce point de vue, l'expression est mauvaise, parce qu'elle conduit forcément à la confusion; il convient donc, ainsi que je l'ai établi, de substituer à cette qualification générique autant de dénominations spéciales qu'il y a de formes anatomiques distinctes pouvant donner lieu au syndrome clinique de Bright. Or l'observation démontre que ces formes sont au nombre de quatre, savoir: 1° la STASE CHRONIQUE (*rein cardiaque*), qui nous est déjà connue; — 2° la NÉPHRITE PARENCHYMATEUSE, la plus commune de toutes; — 3° la DÉGÉNÉRESCENCE AMYLOÏDE; — 4° la SCLÉROSE. — La néphrite catarrhale pure ne donnant lieu qu'à une albuminurie transitoire, souvent sans hydropisie, est étrangère au mal de Bright, et cela aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique.

Se fondant sur l'acuité initiale et la marche rapide des phénomènes dans certains cas, un grand nombre d'auteurs ont scindé l'histoire de la néphrite parenchymateuse, et décrivent séparément une forme aiguë et une forme chronique. Je ne puis m'associer à cette manière de voir; l'acuité n'est

(1) JACCOUD, MÉDICATION LACTÉE in *Leçons cliniques de l'hôpital Lariboisière*, Paris, 1872.