

dication lactée est sans comparaison la plus efficace de toutes; c'est du moins la conclusion que m'imposent mes observations depuis bien des années (1).

CHAPITRE II.

MAL DE BRIGHT.

NÉPHRITE PARENCHYMEUSE. — NÉPHRITE INTERSTITIELLE.

NÉPHRITE MIXTE.

Le complexe morbide découvert et décrit par Bright est constitué par une albuminurie persistante, une hydropisie à marche spéciale et une lésion 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 parenchymateuse, 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 le premier, *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.*

Ce point de vue est aujourd'hui universellement adopté.

Or l'observation démontre que ces formes sont au nombre de trois, savoir : 1° la NÉPHRITE PARENCHYMEUSE, la plus commune de toutes, qui s'arrête dans bon nombre de cas à l'état anatomique connu sous le nom de *gros rein blanc*; — 2° la NÉPHRITE INTERSTITIELLE ou SCLÉROSE qui aboutit au *petit rein rouge contracté*, altération souvent désignée encore sous la dénomination d'*atrophie granuleuse*; — 3° la NÉPHRITE MIXTE qui ne le cède point en fréquence aux deux précédentes. — La néphrite catarrhale pure ne donnant lieu qu'à une albuminurie transi-

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

toire, sans hydropisie, est étrangère au mal de Bright, et cela aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique.

La stase chronique a été étudiée à propos des lésions valvulaires du cœur qui en sont la cause la plus ordinaire; j'ai donc à décrire la néphrite parenchymateuse, la néphrite interstitielle et la dégénérescence amyloïde; réservant cette dernière pour une description spéciale parce qu'elle n'est point une néphrite, je réunis ici dans un même chapitre les deux premières de ces trois formes en raison du caractère inflammatoire commun qui fait de toutes deux des néphrites dans le sens classique du mot, et en raison aussi des nombreuses connexions qui les rapprochent. C'est là un point qu'il importe avant tout de préciser nettement.

Lorsque les études histologiques, portant sur des cas types, eurent établi la dualité des lésions confondues sous les noms de néphrite diffuse, néphrite parenchymateuse; lorsque cette séparation à laquelle se rattachent les noms de Traube, de Grainger Stewart, de Rosenstein, de Johnson, de Bartels, de Gull et Sutton, de Jamieson, de Fischl, d'Immermann et bien d'autres encore eut été justifiée par un nombre considérable de faits; lorsque d'autre part l'observation clinique eut saisi, toujours dans les cas types, des écarts symptomatiques notables entre ces deux sortes de néphrite, la parenchymateuse et l'interstitielle, on tomba dans l'excès presque inévitable qui se rattache aux distinctions nouvelles, et sous l'empire de cet entraînement on admit une différence absolue et une distance infranchissable entre ces deux états morbides; si bien que les premiers qui vinrent à parler de formes mixtes, à caractères complexes ou mal dessinés, inspirèrent tout d'abord un étonnement voisin de l'incrédulité. Les faits en se multipliant ont montré pourtant que ces formes mixtes sont loin d'être rares; Ewald, Aufrecht, Senator, Litten, les ont itérativement signalées en insistant sur leur fréquence, et deux observateurs dont nul ne peut récuser la compétence, Bamberger et Weigert, repoussent toute séparation qui implique une différence fondamentale et originelle dans le processus anatomique; entre le gros rein blanc, dit Weigert, et le rein atrophique, il y a une série continue de formes transitaires, et dans tous les cas, les lésions sont à la fois parenchymateuses et interstitielles; les différences ne sont que quantitatives, elles résultent de la prédominance respective des deux ordres d'altérations, et non pas de formations pathologiques distinctes. La participation de l'épithélium aux désordres primordiaux de la néphrite interstitielle est également admise par MacLagan, Charcot et Johnson, et par suite le caractère distinctif qu'on avait prématurément tiré du siège des lésions initiales, perd toute sa valeur. D'un autre côté plusieurs observateurs, notamment Murphy, ont constaté l'existence de néoformations interstitielles dans le gros rein blanc, et par suite il n'est vraiment pas pos-

sible d'admettre aujourd'hui une différence d'origine, une différence de nature entre les deux néphrites; les variétés incontestables de l'évolution dépendent uniquement de la prépondérance variable des lésions parenchymateuses et des lésions interstitielles, et de la date de leur développement respectif; cette conclusion que j'ai déjà formulée en 1867 dans mes Leçons sur la pluralité des formes du mal de Bright, est la seule compatible avec la fréquence positive des néphrites mixtes.

Au surplus l'affinité de ces deux processus anatomiques, qu'on a voulu séparer à l'égal de deux espèces morbides distinctes, est encore clairement démontrée par certains résultats de l'expérimentation. Grawitz et Israël par exemple, agissant sur des lapins, provoquent une néphrite; elle est d'abord hémorragique, puis (je cite textuellement) elle aboutit *promiscuë* tantôt à l'atrophique, tantôt à la parenchymateuse, et pourtant le procédé expérimental est le même dans tous les cas.

Enfin il n'est pas jusqu'aux distinctions symptomatiques des deux néphrites qui n'aient été ébranlées par une observation plus étendue; et cela non seulement pour les cas mixtes où il est tout naturel que ces distinctions soient effacées, mais aussi dans des cas anatomiquement types de l'une ou de l'autre forme. L'absence ou du moins la rareté de l'hydropisie est donnée comme un signe propre de la néphrite interstitielle; or, Vais, sur 38 cas d'atrophie granuleuse, relève 28 cas d'hydropisies diverses. La rétinite et l'hypertrophie du cœur sont données comme caractéristiques de la néphrite interstitielle, pourtant on les observe également dans la parenchymateuse. Dans son travail de 1879 sur le diagnostic des maladies des reins, Litten rapporte trois cas dans lesquels on devait légitimement conclure à des formes mixtes; car il y avait en faveur de l'atrophie granuleuse une polyurie claire, une hypertrophie excentrique du ventricule gauche, et une rétinite hémorragique; tandis qu'en faveur de l'altération du parenchyme on notait une albuminurie abondante, des œdèmes très prononcés, et de nombreux éléments morphologiques dans l'urine; eh bien, dans les trois cas, au lieu de lésions mixtes, l'autopsie a montré le gros rein blanc.

Je pourrais multiplier ces exemples de l'incertitude des symptômes différentiels, mais cet exposé me paraît suffisant pour établir qu'une séparation absolue et constante des deux néphrites n'est pas plus possible en clinique qu'au point de vue anatomique; il convient par suite de considérer ces deux états comme de simples formes, je dirais presque de simples variétés d'une seule et même maladie, et non pas comme deux espèces morbides différentes. Les cas qui doivent à une prépondérance définitive de l'une ou de l'autre lésion le caractère de cas types justifient la distinction de second ordre que je viens de formuler, mais une séparation plus fondamentale, une séparation nosologique me paraît absolument empêchée par la fréquence des combinaisons pathologiques,

et par la variabilité de leur prédominance à toute époque de la maladie.

Cette question générale étant ainsi résolue, je passe à l'étude des deux formes de la néphrite Brightique.

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 ici qu'un mode de début qui ne change rien à l'évolution de la maladie, et, de plus, cette séparation dichotomique a le grave inconvénient de supprimer la phase douteuse et indéterminée qui unit, par une transition insensible, le stade aigu au stade chronique confirmé; or cette période intermédiaire est du plus haut intérêt pour le pronostic, car, suivant les caractères qu'elle présente, elle révèle ou une guérison prochaine ou des altérations irréparables. L'importance de cette phase incertaine est d'autant plus réelle, qu'elle est la première qui se manifeste à l'observation, dans le très grand nombre de cas où la néphrite manque du stade aigu.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Néphrite parenchymateuse, diffuse, ou épithéliale (1). — Les causes les plus ordinaires de cette forme commune du mal de Bright

(1) BRIGHT, *Reports of med. cases*. London, 1827-1831. — *London med. Gaz.*, 1833. — *Guy's Hosp. Reports*, 1836. — *Eodem loco*, 1839. — *Eodem loco*, 1840. — CHRISTISON, *On granular degeneration of the kidneys*. Edinburgh and London, 1830. — OSBORNE, *On dropsies connected with suppressed perspiration and coagulable urine*. London, 1835. — JOHNSON, *The med. chir. Review*, 1836. — MARTIN-SOLON, *De l'albuminurie*. Paris, 1838. — RAYER, *Traité des maladies des reins*. Paris, 1840. — MALMSTEN, *Ueber die Bright'sche Nierenkrankheit* (aus dem Schwedischen von G. von den Busch). Bremen, 1842. — ROBINSON, *An Inquiry into the nature and pathology of granular disease of the kidney*. London, 1842. — JOHNSON, *Med. Times and Gaz.*, 1844. — *Med. chir. Transact.*, 1850. — *Med. Times and Gaz.*, 1858. — HEATON, *London med. Gaz.*, 1844. — FOURCAULT, *Causes générales des maladies chroniques*. Paris, 1844. — FINGER, *Prager Viertelj.*, 1847. — MAZONN, *Zur Pathologie der Bright'schen Krankheit*. Kiew, 1851.

FRERICHS, *Die Bright'sche Nierenkrankheit und deren Behandlung*. Braunschweig, 1851.

WILKS, *Guy's Hosp. Reports*, 1852. — WUNDT, *Erdmann's Journal*, 1853. — MORITZ, *Preuss. Vereinszeit.*, 1855. — BECQUEREL et VERNIS, *Monit. des hôpit.*, 1856. — ROSENSTEIN, *Virchow's Archiv*, 1857-1859. — BECKMANN, *Virchow's Archiv*, 1857-1861. — DE BEAUVAIS, *Acad. Sc.*, 1858. — BASHAM, *On dropsy connected with disease of the kidney*. London, 1858. — DICKINSON, *British med. Journ.*, 1859. — *Proceed. of the Roy. Med. Chir. Soc.*, 1860. — JACCOURD, *Des conditions pathologiques de l'albuminurie*, thèse de Paris, 1860. — LORAIN, *De l'albuminurie*, thèse