

vations qui ont été réunies sur la question, il ressort que, étant donné l'existence de tous les degrés possibles et de toutes les formes mixtes de l'albuminurie, il est impossible de se baser sur l'étude des précipités, examinés au point de vue d'une lésion rénale anatomique, pour obtenir une classification méthodique de l'albuminurie physiologique et des diverses espèces d'albuminuries dont la cause est autre qu'une affection rénale. Néanmoins, nous croyons nécessaire, pour obtenir une vue d'ensemble, de former quelques types, mais de la manière la plus schématique possible. Nous distinguerons, en négligeant complètement le côté d'expérimentation de la question, 5 groupes dont les deux premiers seuls seront étudiés dans cette partie de notre traité :

1° Albuminurie chez l'homme *sain*, avec ou sans causes spéciales ;

2° Albuminurie dans différents troubles morbides, mais avec des *reins sains*, ou du moins sans lésions anatomiques évidentes ;

3° Albuminurie dans les *maladies fébriles* ;

4° Albuminurie avec *hyperhémie générale et locale des reins* ; *albuminurie par stase*.

5° Albuminurie par *maladies rénales*, surtout par néphrites.

Cette dernière forme, dite albuminurie *persistante*, a été, sans raison suffisante, opposée aux autres albuminuries, dites *transitoires* ou *accidentelles*, car assez souvent ces dernières durent beaucoup plus longtemps, par exemple, que l'albuminurie de la néphrite aiguë. La distinction entre l'albuminurie *néphrogène* et l'albuminurie *hématogène* (Stokvis, de Bamberger) est plus heureuse ; mais le dernier terme s'emploie indifféremment tantôt pour les 4 premiers groupes, tantôt seulement dans le cas où l'albuminurie survient par suite de modifications dans la crase sanguine.

I. — ALBUMINURIE CHEZ L'HOMME SAIN, AVEC OU SANS CAUSES SPÉCIALES.

« Il existe des individus *parfaitement sains* qui, parfois, surtout après des repas abondants ou des excitations violentes du système vasculaire, éliminent de l'albumine dans leurs urines. Becquerel, Simon et Schmidt ont communiqué des observations de ce genre. Moi-même je connais deux individus jeunes et robustes qui présentent ce phénomène ». Ainsi s'exprime Frerichs dans sa monographie bien connue sur le mal de Bright. Son affirmation n'est pas restée isolée, au milieu des publications multiples de ces dix dernières années. Ainsi Vogel a observé des cas d'albuminurie se prolongeant plusieurs années (en dehors des urines nocturnes), chez des hommes bien portants ; Uitzmann a trouvé de l'albumine dans l'urine d'une série d'hommes sains et vigoureux ; tantôt l'albuminurie était sous la dépendance de fatigues corporelles ou de fortes émotions, tantôt elle était simplement périodique ; l'albuminurie restait permanente tantôt des jours, tantôt des semaines, tantôt plus longtemps.

Leube a le premier précisé nos idées sur la *fréquence relative* de l'albuminurie physiologique en faisant des recherches d'ensemble sur 119 soldats sains : 5 de ceux-ci observés immédiatement après le lever et 14 après une marche de plusieurs heures, avaient une urine albumineuse (0,1 pour cent en moyenne). De même Munn trouva 24 albuminuriques sur 200 individus sains qui demandaient à s'assurer sur la vie.

Nous-même avons constaté à plusieurs reprises chez des jeunes gens d'une santé florissante une albuminurie passagère, mais évidente, se trouvant ou non sous la dépendance d'efforts musculaires et de la digestion ; en outre sur 61 enfants d'une salle d'asile, 7 présentaient périodiquement de

l'albuminurie. Ces périodes d'albuminurie périodique étaient parfois séparées par des jours, des semaines ; pendant ces intervalles, l'urine cessait d'être albumineuse, bien que rien n'eût été changé aux conditions d'existence, et qu'il ne se fût produit aucune modification dans la quantité et la densité de l'urine.

Enfin un cas que nous avons suivi pendant longtemps et de la manière la plus précise, offre un intérêt spécial. Il s'agit d'un jeune médecin, jouissant d'une aussi bonne santé qu'on peut l'imaginer. Ayant eu à souffrir d'émotions morales violentes, il éprouva des douleurs rénales sourdes ; son urine, rare, d'un poids spécifique élevé, contenait beaucoup d'albumine (jusqu'à 0,6 pour cent), sans aucun élément figuré. Par intervalles, l'urine se montrait peu albumineuse ou même ne contenait plus d'albumine ; au bout d'environ un an, elle redevint normale sous tous les rapports.

Depuis, plusieurs auteurs, surtout Johnson et Thomas, ont noté l'influence des émotions psychiques sur l'albuminurie. Parfois l'on constate une périodicité vraiment typique (maxima diurnes), en sorte que l'on a parlé d'*albuminurie cyclique* (Pavy, Klemperer, Kinnier, Teissier, Merley). Mais désigner de telles formes comme des *types cliniques* bien caractérisés, voire même comme des *maladies constitutionnelles*, d'origine goutteuse, nous paraît bien osé, en présence des nombreuses formes de transition que nous avons constatées dans la suite des années. Mya et Senator doutent, à peu près comme nous, de l'existence propre d'une albuminurie « cyclique » et du droit de séparer nettement ce symptôme de l'idée de maladies rénales dans le sens de Pavy. Klemperer n'a pas confirmé leurs assertions au sujet des anomalies dans l'excrétion de l'urée, de l'acide oxalique, etc., ainsi que du remplacement de l'albumine par de

la globuline, phénomènes qui, d'après V. Noorden justifient l'admission d'un trouble dans les mutations intra-organiques. Nous ferons donc de nombreuses réserves sur le fait suivant avancé par certains auteurs : Au cours d'un cycle complet de la *maladie de Pavy*, il se produit temporairement une augmentation dans l'élimination de la matière colorante de l'urine, de l'albumine, de l'acide urique et de l'urée.

Des observations absolument semblables ont été faites par Senator, Lépine, Leube, Kleudgen, Leroux, Engel, Mahomed, Stewart, Bull, etc.. Plus récemment de Noorden a publié une statistique très importante et très intéressante portant sur 53 soldats et sur 112 infirmiers d'hôpital ; le tiers des sujets environ avait parfois, pendant un temps relativement assez long, de l'albumine dans l'urine, avec des oscillations considérables. Une partie des sujets de son premier groupe (dont les représentants rentreraient principalement dans notre deuxième catégorie) et probablement la plus grande partie de ceux qui présentaient ce qu'il appelle la *fausse albuminurie* (présence de mucine et d'albumine chez des recrues, causée par un léger catarrhe des voies urinaires), doivent être rangées dans les cas d'albuminurie chez l'homme sain ; tandis que dans les cas où il a trouvé dans le sédiment des épithéliums rénaux et des globules rouges du sang, il admet à bon droit (comme Griswold et autres) l'existence dans le rein de processus inflammatoires limités et fugitifs.

Si bien fondées que paraissent ses déductions en faveur d'un maximum normal de l'albuminurie dans la matinée, si frappants que semblent ses raisonnements quand il nie l'influence de l'effort musculaire sur l'albuminurie, il n'en est pas moins vrai que cette influence a été démontrée depuis longtemps par une série de faits si indiscutables et par l'ob-

servation de sujets si nombreux, que, depuis bien des années, nous ne comptons plus les cas d'albuminurie constatée chez des hommes *sains*. Ces faits parlent de la manière la plus claire contre la manière de voir de Noorden.

Stewart rapporte des observations encore plus nombreuses d'albuminurie *bénigne*. Sur 407 hommes sains, il en trouva environ le tiers d'albuminuriques; suivant lui, la digestion qui suit le déjeuner du matin en serait la cause principale. Nous sommes fondés à faire rentrer dans ce groupe l'albuminurie causée par l'accouchement (Ingerslev), par le jeu des instruments à vent (Stewart, Stirling), les bains froids (Johnson, Châteaubourg), et la forte transpiration (de Rokitansky et Læbisch). Nous devons enfin ajouter que d'après les données de Virchow, Dohrn, Ruge, Martin et Ribbert, une grande partie des *nouveau-nés* est albuminurique pendant les premiers jours de la vie (1).

(1) L'albuminurie des nouveau-nés comme l'œdème et l'ictère des nouveau-nés doivent reconnaître plusieurs causes. La plus importante et la plus fréquente doit être cherchée dans une lésion des reins (*Infarctus uratiques* de Ultzmann, *urates de soude* ou *urate d'ammoniaque*, *tubulohématie* de Parrot, *état fœtal des glomérules* de Ribbert). Lécorché et Talamon pensent que, comme dans l'ictère des nouveau-nés, on peut invoquer une altération et une perturbation vasculaire mais que si l'altération sanguine concerne surtout l'ictère, la perturbation vasculaire retentit plus spécialement sur le rein. Les troubles circulatoires y sont nombreux, car l'instabilité de l'équilibre vasculaire chez le nouveau-né est fréquent; d'où la production de thromboses veineuses et les infarctus sanguins signalés par Parrot et Hutinel.

Enfin comme dernier facteur de l'albuminurie du nouveau-né, il est permis de penser qu'on pourra admettre des agents infectieux créant une néphrite infectieuse tout, comme l'ictère des nouveau-nés, dans quelques cas cliniques bien nets mais qui n'ont pas jusqu'à ce jour la démonstration certaine de la bactériologie, reconnaît une origine microbienne.

En présence de toutes ces théories sauf dans celle de Ribbert qui

Conclusions. — De cet exposé, il nous paraît résulter les conclusions suivantes: certains individus, enfants ou adultes, peuvent présenter, sans offrir aucun symptôme d'un trouble général ou local de la santé, sans qu'il y ait lieu notamment de suspecter une maladie des reins, pendant un temps plus ou moins long et même pendant des années, une albuminurie légère, intermittente, cyclique, rémittente ou permanente, (ordinairement au-dessous de 0,1 pour cent), dont il est impossible d'établir l'étiologie (1).

suppose un développement incomplet de la couche épithéliale qui doit recouvrir le bouquet glomérulaire; en présence de ce fait que l'albuminurie du nouveau-né n'est pas toujours signalée dans les premiers jours qui suivent la naissance, on peut penser que l'albuminurie du nouveau-né n'est pas physiologique. (Lécorché et Talamon)

Cependant, l'affirmation de Senator oblige à faire des réserves. Pour lui, l'albuminurie est physiologique à cause de sa grande fréquence chez l'enfant sain et chez lequel on ne constate rien d'anormal. (G. C.).

(1) L'albuminurie physiologique repose sur le fait suivant que l'albumine se trouve dans l'urine de personnes saines et sur la physiologie telle que l'a établie Senator dans son traité sur l'albuminurie (*Traité de l'albuminurie*, édition française, Steinheil, éditeur, 1891). L'albuminurie physiologique, d'après Senator, est l'excrétion par l'urine d'une albumine dont la présence peut être décelée directement, sans manipulation préalable, excepté la filtration, à l'aide des réactifs spéciaux. Cette albumine doit varier dans les limites de 0,4 à 0,5 par litre. Plus cette proportion s'abaisse, plus le sujet peut être considéré comme un albuminurique physiologique. L'urine doit être normale quant au volume, à l'aspect, à la densité et exempte d'éléments figurés. Ses caractères sont les suivants: elle est transitoire et de courte durée ordinairement, sinon toujours; mais n'affecte pas cette forme cyclique que lui a décrite Pavy.

A ces conditions Senator fait quelques réserves: les néphrites légères et les néphrites chroniques en voie de guérison et la néphrite interstitielle ont ceci de commun avec l'albuminurie physiologique, c'est que l'albuminurie est intermittente. On doit donc se mettre en garde contre ces causes d'erreur. Les néphrites aiguës légères et graves ne