

mon l'ont rencontrée, assez rarement il est vrai, dans la fièvre typhoïde, la diphtérie et l'érysipèle de la face sans que le pronostic en fût assombri.

Pronostic. — Cependant, des observations non discutables de néphrites mortelles dans le cours des infections ont été signalées : dans la *pneumonie* (Rendu), la *fièvre typhoïde* (Didion, Petit), la *diphtérie* (Cadet de Gassicourt).

Ces observations de néphrite persistante, de même que celles qui sont consécutives à l'érysipèle, à la grippe, aux oreillons et surtout à la scarlatine, seront étudiées dans le chapitre suivant avec les néphrites prolongées dont la durée dépasse le trentième jour de la maladie.

Dans les néphrites passagères, la seule question qui doit nous occuper au point de vue pronostique est celle de la prolongation de l'albuminurie.

L'albuminurie disparaît en général d'une façon progressive en quelques jours, ou présente de fausses rémissions espacées d'une façon très irrégulière en un temps beaucoup plus long, le délai variant entre quelques mois et plusieurs années.

Elle présente parfois avant de disparaître la série des phases décroissantes indiquées par J. Teissier. Tout d'abord l'albumine n'existe plus le matin au réveil, on la constate seulement l'après-midi sous la forme intermittente simple ou intermittente cyclique. Plus tard, elle prend le type intermittent et irrégulier et ne se manifeste qu'à l'occasion d'un écart de régime, de la station debout prolongée, d'une marche excessive.

Dans bien des circonstances, on ne peut malgré cette diminution progressive affirmer la guérison complète, puisqu'il arrive souvent que sous l'influence d'une affection légère l'albumine réapparaisse.

Cette albuminurie *persistante, récidivante*, correspond aux variétés *albuminurie minima* (Lecorché et Talamon), albuminurie résiduelle (Teissier), albuminurie cicatricielle (Bard).

Dans certains cas même l'albuminurie est *permanente*, le chiffre d'albumine étant à peu près fixe, quel que soit le régime alimentaire.

Toutes ces albuminuries ont ceci de caractéristique, qu'elles sont presque constamment méconnues parce que les sujets qui en sont atteints n'éprouvent aucun malaise. Elles doivent donc être recherchées.

Les sujets qui présentent ces modifications du côté des urines sont-ils véritablement guéris? La persistance ou le retour de l'albumine doivent-ils être expliqués par une tare héréditaire ou par une diathèse, goutteuse ou autre?

Nos connaissances actuelles sur le mode d'action des toxi-infections vis-à-vis du rein nous permettent d'accepter la possibilité de la guérison, malgré le passage de l'albumine au niveau d'anciens foyers de néphrite, d'ailleurs complètement cicatrisés. L'observation et la pathologie expérimentale nous prouvent, en effet, qu'à la suite d'une *agression toxinique* passagère, il peut subsister dans le rein des lésions localisées au niveau desquelles les vaisseaux, sous l'influence probable de troubles circulatoires, laissent accidentellement passer l'albumine.

Le passage de l'albumine ne peut avoir d'autre signification que celle-ci : nous avertir que le rein est le siège de lésions anciennes, mais il ne peut nous renseigner sur l'étendue exacte de ces lésions, parce que même avec un amoindrissement notable de la glande, le rein peut fonctionner régulièrement.

La conservation parfaite de la santé chez des personnes présentant d'une

façon permanente ou d'une façon intermittente un taux inférieur d'albumine est donc aujourd'hui absolument prouvée. Mais de là à supposer que nous sommes en mesure d'apprécier la quantité de substance rénale détruite, il y a loin.

Nous avons dit (chap. V) pour quels motifs nous pensions que la recherche de la toxicité urinaire, la mesure de la perméabilité rénale, l'évaluation du degré cryoscopique de l'urine, étaient des méthodes d'exploration qui n'avaient pas un degré de sensibilité suffisant pour dissiper nos incertitudes dans les cas difficiles et pourraient même par circonstance nous donner des renseignements inexacts. La vraie méthode qui nous permettra d'établir la valeur qualitative et quantitative du rein est encore à trouver. D'ici là, nous obtiendrons peut-être des résultats plus facilement comparables en nous appuyant sur des considérations d'ordre clinique.

Lorsqu'il s'agira en particulier de nous prononcer sur l'aptitude à contracter une assurance sur la vie, nous serons toujours obligé en présence d'une albuminurie légère, observée chez une personne en excellente santé, de peser tous nos renseignements et de faire en somme un véritable calcul de probabilités. En présence de la complexité de cette expertise, on comprend, malgré l'avis autorisé de J. Teissier, que les Compagnies d'assurance pour écarter les risques demandent au médecin de leur donner non pas la probabilité, mais la certitude qu'il est en présence d'une albuminurie derrière laquelle ne se cache pas une affection organique du rein.

CHAPITRE XIII

NÉPHRITES AIGÜES ET SUBAIGÜES — GLOMÉRULO-NÉPHRITES NÉPHRITES PAR INFECTION ET INTOXICATION PROLONGÉES

L'étude des néphrites infectieuses montre que, sauf exception, la néphrite ne survit pas à la maladie qui lui a donné naissance; rarement aussi elle est la cause directe de la mort. Quand cette éventualité se présente, c'est que les altérations du rein sont uniformément graves et régulièrement disséminées. On trouve les épithéliums complètement détruits, ou, comme dans certaines observations de Litten, Aufrecht, Mannaberg, Babes, on voit s'établir une anurie presque absolue à la suite de l'obstruction des vaisseaux et des tubes urinifères par des embolies microbiennes (*néphrite bactérienne primitive*). Dans tous ces cas, exceptionnels, il faut le répéter, l'excès du mal en limite la durée.

Des lésions moins violentes, bien qu'étendues aux divers éléments du rein, se rencontrent dans les *formes prolongées des néphrites*. Pendant quelque temps les désordres semblent compatibles avec l'existence, mais peu à peu les lésions s'accroissent sur certaines parties, et les malades sont rapidement emportés.

Les reins que l'on trouve à l'autopsie sont volumineux, mais de colorations variées, depuis la teinte rosée fortement hyperémique, jusqu'aux tons gris et blanchâtres. Dans les formes les plus rapides, l'aspect à l'œil nu ne permet de rien discerner de typique, alors que le microscope montre des lésions glomérulo-

lares très accentuées. Cette prédominance des lésions sur le glomérule explique l'évolution de la maladie qui, suivant la rapidité de destruction de cet appareil, peut durer de six semaines à plusieurs mois.

Si la néphrite passe à l'état chronique, on peut trouver le rein de volume presque normal ou même diminué, mais avec induration manifeste de son tissu.

Étiologie. — Scarlatine. — Parmi les causes des néphrites subaiguës, il n'en est pas de mieux établies que la *scarlatine*. Rayet, dans un long chapitre, a relevé toutes les observations concernant cette maladie où sont signalés, l'anasarque, l'albuminurie et l'œdème, depuis les premières recherches probantes de Wells et de Blackall. Cette relation étiologique n'est plus discutée, appuyée qu'elle est sur un nombre considérable de faits.

On croyait autrefois que la scarlatine ne jouait que le rôle de cause prédisposante et que l'action du froid ou d'un refroidissement était indispensable pour que l'anasarque ou l'albuminurie apparussent; Rayet partageait cet avis. De nos jours les opinions sont encore divergentes. Beaucoup de médecins ont vérifié la remarque de Bartels, c'est que les enfants pauvres, abandonnés à eux-mêmes, ne semblaient pas plus sujets à l'affection que ceux de la classe aisée, soumis à une surveillance beaucoup plus étroite.

De son côté, Bartels montre que, suivant les épidémies, la proportion de néphrites est des plus variables et que, par conséquent, il faut incriminer le caractère inhérent à l'épidémie et non une cause occasionnelle comme le froid. Ainsi, dans une première épidémie, il eut à traiter 180 cas de scarlatine, et sur ce nombre, 22 cas de néphrite; dans une seconde, sur 80 malades traités, 45 fois la néphrite et l'hydropisie furent observées. Dans d'autres épidémies, sur 100 cas de scarlatine, la néphrite apparut une fois seulement.

On pourrait citer des statistiques assez nombreuses, celle de Furbringer en particulier, concluant dans le même sens, mais n'ayant pas l'intention de traiter à fond l'étiologie de l'affection, nous ne donnons ces chiffres qu'à titre d'indication générale.

La néphrite scarlatineuse n'en est pas moins une affection dont l'origine n'est plus mise en doute. Mais, quand il s'agit de savoir si elle peut se prolonger et passer à l'état chronique, on ne trouve que contradictions parmi les auteurs. Ce résultat est d'autant plus inattendu qu'aujourd'hui on accepte volontiers comme cause réelle de néphrite subaiguë une maladie infectieuse quelconque, du moment où l'albuminurie qui l'accompagne persiste pendant quelque temps.

Pour en revenir à la scarlatine, l'observation de Cadet de Gassicourt, où l'albuminurie fut constatée pendant *quatre-vingt-deux jours*, celle de Bartels, dans laquelle la guérison ne fut obtenue qu'au bout de *dix-huit mois*, le malade n'ayant jamais été perdu de vue, indiquaient déjà la prolongation presque indéfinie de l'affection.

Vignerot⁽¹⁾ reproduit dans sa thèse une observation de Siredey, où l'albuminurie, après avoir présenté plusieurs rémissions et retours, parut s'installer définitivement à l'état chronique au bout de trois ans. Lui-même relate un fait d'albuminurie post-scarlatineuse avec rémissions et rechutes fréquentes. A la suite d'un embarras gastrique, plus tard d'une influenza, l'albuminurie fit une nouvelle apparition; deux ans après, on constatait 5 grammes d'albumine

(1) VIGNEROT. Contribution à l'étude des néphrites. *Considérations étiologiques*, 1890.

par litre; enfin l'albuminurie diminua, mais sans disparaître complètement.

Bright, Christison, Weber, Rosenstein, Lecorché et Talamon, Rendu, Potain, Picot et d'Espine, Vignerot, Brault⁽¹⁾, Marchand, Bull, Furbringer, Pavlinow⁽²⁾, ont observé des *néphrites permanentes* dont l'existence ne pouvait s'expliquer que par l'action d'une scarlatine antérieure. Widerhofer, de Vienne, aurait relevé 51 cas de néphrite chronique consécutifs à cette maladie.

Étant données les lésions considérables trouvées dans les reins des scarlatineux atteints de néphrite, on ne saurait contester sérieusement ce passage à la chronicité. De toutes les maladies infectieuses connues, la scarlatine est à coup sûr celle qui laisse dans le rein les traces les plus profondes, et s'il est difficile d'entraîner la conviction sur ce point, c'est parce que les malades ne restent pas assez longtemps en observation. Un médecin, mal renseigné sur les antécédents d'un malade, peut, en présence d'une albuminurie, soit ignorer l'agression d'une scarlatine antérieure, ou si cette maladie remonte à une époque trop éloignée, supposer qu'une affection plus récente a pu produire les désordres constatés du côté du rein.

Nous avons démontré de plus par des observations dont la valeur nous paraît incontestable que la néphrite scarlatineuse pouvait aboutir aux *atrophies rénales* les plus accusées, nous en reparlerons au chapitre suivant.

Action du froid. — L'action du froid, beaucoup plus difficile à déterminer que celle de la scarlatine à cause de sa fréquence, n'est cependant contestée par personne. Pour Rayet, c'était, avec l'alcoolisme, la condition la plus habituellement invoquée pour expliquer l'apparition des néphrites chroniques. Sous l'influence d'un changement brusque de température, dit Rayet, on voit cette maladie se développer. Aussi, d'après lui, se rencontre-t-elle souvent chez les boulangers, les ouvriers verriers, les distillateurs, les hommes de peine, soumis plus que les autres à ces conditions défavorables. L'exposition *habituelle ou longtemps continuée du corps à l'action du froid et de l'humidité* est pour lui la cause la plus fréquente de la maladie, beaucoup plus efficace, dit-il, que les changements brusques de température. C'est pour ce motif que les tisserands, les blanchisseuses, les ouvriers imprimeurs mouillant le papier, les portiers habitant des loges basses et humides, les débardeurs, les bateliers, les chiffonniers, les cochers seraient plus fréquemment frappés que les ouvriers vivant dans d'excellentes conditions hygiéniques.

Pour Christison et pour Rayet, l'alcoolisme et l'abus des liqueurs spiritueuses étaient les causes les plus communes des néphrites chroniques avec albuminurie. On sait que Christison soutenait l'opinion que dans la Grande-Bretagne les trois quarts ou les quatre cinquièmes des albuminuries chroniques dépendent de l'alcoolisme. L'influence réunie *du froid humide prolongé et de l'alcoolisme* avait donc pour Rayet une importance de premier ordre.

Sans qu'on puisse donner une idée satisfaisante du mécanisme par lequel agit le froid, on ne lui refuse pas de rôle adjuvant dans le développement des néphrites aiguës et chroniques. Et cependant l'on se rend bien compte que derrière cette action si communément observée du *coup de froid*, plutôt que du *froid humide*, se cache une ou plusieurs inconnues.

(1) A. BRAULT. *Congrès de Moscou*, 1897.

(2) PAVLINOW. *Congrès de Moscou*, 1897.

La comparaison si fréquemment faite entre les maladies dites *a frigore*, néphrite, pneumonie, myélite, rhumatisme articulaire aigu, angine phlegmoneuse et tant d'autres affections, autorise à penser que la néphrite *a frigore* est l'expression d'une maladie générale, par suite une néphrite d'un genre très voisin de la néphrite scarlatineuse, mais pouvant plus fréquemment qu'elle passer à l'état chronique.

Son origine parasitaire est encore incertaine comme celle des néphrites bactériennes primitives (Cornil et Babes). Les auteurs qui discutent le plus l'importance du froid dans le développement d'une néphrite acceptent cependant que, sous l'influence d'un refroidissement violent ou prolongé, une néphrite latente peut réapparaître, aussi bien qu'une néphrite actuelle s'aggraver. Les poussées albumineuses avec hématurie ne reconnaissent pas souvent d'autre raison.

On sait quel rôle essentiel joue le froid dans l'apparition de certaines albuminuries périodiques et intermittentes, et dans le retour des accès d'hémoglobinurie. La question de température n'est donc pas aussi banale qu'on veut bien le dire. Que la néphrite *a frigore* soit une néphrite bactérienne, il y a bien des motifs pour le supposer, mais il paraît certain que pour que l'infection se développe, l'intervention du froid représente un des facteurs indispensables, soit en diminuant la résistance de l'organisme, soit en favorisant une pullulation plus abondante des germes.

Chauffard, bien que plaçant le froid ou le refroidissement parmi les causes ambiantes des néphrites, arrive de même à conclure que derrière la notion physique du refroidissement brusque, l'expérimentation décèle en réalité un processus d'auto-intoxication ou d'infection. Il s'appuie sur les expériences de Wertheimer montrant qu'à la suite de la réfrigération périphérique le rein est non congestionné, mais en vaso-constriction, et sur celles de Delezenne et de Castets⁽¹⁾, qui établissent que sous l'influence du froid il y a tout d'abord diminution de la perméabilité rénale, puis hypertoxicité des humeurs et des tissus, peut-être aussi septicémie d'origine intestinale.

Paludisme. — Il est d'autres causes bien déterminées de néphrite subaiguë et chronique évoluant d'une traite ou par poussées successives. L'une des plus importantes est le paludisme. Bartels, après Bouillaud, le dit d'une façon précise et publie des observations très probantes. Kelsch et Kiener, Laveran, Millard, de New-York, insistent davantage sur la fréquence de la maladie, sans que cependant elle puisse être regardée comme une expression fréquente de la malaria. Ces auteurs, ainsi que Griesinger, font remarquer que la néphrite paludéenne se développe d'une façon très irrégulière dans les différents pays où la fièvre intermittente est endémique.

En effet, tandis que Bartels observe les complications rénales chez des malades habitant les plaines marécageuses du Holstein et du Schleswig, Frerichs n'en signale pas sur le littoral de la Frise, et Rosenstein ne les rencontre que très rarement à Groningen, une des localités les plus insalubres du nord de la Hollande.

Il semble résulter, d'autre part, de la pénurie des documents fournis par les médecins de marine, que, sous les tropiques, la maladie de Bright se développe

(1) CASTETS. *Pathogénie de la néphrite aiguë a frigore*. Thèse de Bordeaux, 1896.

bien plus rarement au cours de l'impaludisme que dans la zone méditerranéenne et dans les pays plus éloignés de la zone torride (Kelsch et Kiener). Aujourd'hui on ne peut mettre en doute cette influence, non plus que les descriptions si précises au point de vue anatomique et clinique de Kelsch et Kiener. Les variétés y sont nombreuses, depuis les gros reins jusqu'aux petits reins rouges et atrophiés avec granulations. Bartels avait déjà remarqué que l'action de la malaria pouvait se poursuivre pendant plusieurs années, et que, dans ces conditions, le rein présentait un aspect granuleux et une diminution de volume.

En se rappelant les lésions énormes des reins dans les crises hémoglobinuriques, on peut être étonné de ne pas voir signalées plus fréquemment des observations de néphrite permanente. La longue discussion engagée au dernier Congrès⁽¹⁾ sur l'hémoglobinurie palustre ne contient en particulier aucun document qui puisse nous éclairer sur la fréquence des néphrites consécutives.

Syphilis. — La néphrite syphilitique est encore une des formes de la néphrite subaiguë dont on ne peut nier actuellement l'authenticité; elle sera décrite plus loin.

Variolo. — Parmi les maladies infectieuses autres que la scarlatine, beaucoup sont susceptibles de provoquer l'apparition de néphrites aiguës et leur passage à l'état chronique. Pendant la dessiccation de la variolo on peut assister au développement de néphrites qui se terminent tantôt par la guérison, tantôt par la mort avec urémie; quelquefois par la persistance de l'affection (Balzer, Dubreuilh). Barthélémy indique cette prolongation à propos de deux faits qu'il a observés; Widerhofer en signale trois; Gilles, un; et Gemmel, treize.

Picot et d'Espine, Sanné, Kassowitz, Gaucher, Wagner, Baginski, Mosès⁽²⁾, ont établi la persistance de la néphrite rubéolique. Rachel et Hensch, Unger, signalent l'influence de la varicelle assez généralement acceptée aujourd'hui.

Fièvre typhoïde. — Beaucoup d'observations démontrent également la gravité de la néphrite typhoïde, sa résolution lente, sa prolongation parfois indéfinie et son passage à l'état chronique, puisque, chez des malades examinés plusieurs années après une fièvre typhoïde pendant le cours de laquelle ils avaient présenté de l'albuminurie et de l'anasarque, on ne retrouve d'autre cause possible à une néphrite en évolution que la fièvre typhoïde antérieure (Lecorché et Talamon). Guéneau de Mussy, Griesinger, Gilles, Didion, Bamberger, acceptent cette influence; Murchison, Capitan et Charrin, Petit⁽³⁾, Bartels, la mettent en doute; cependant Bouchard avait mentionné des albuminuries tardives.

Nous avons observé quelques faits d'albuminurie persistante à la suite de la dothiéntérie, mais sans pouvoir affirmer que la guérison n'a pas été complète quelques mois après. Vignerot cite plusieurs observations de néphrite typhoïde avec albuminurie persistante.

Nous ne croyons pas, avec Chauffard, que la dothiéntérie ne puisse provoquer la néphrite chronique que chez des sujets prédisposés, et qu'il en soit

(1) XIII^e Congr. int. de méd., Paris 1900.

(2) MOSÈS. Néphrite dans la rougeole. *Sem. méd.*, 1896, p. 452.

(3) PETIT. *Recherches anatomiques et cliniques sur la néphrite dothiéntérique*. Th. de Lyon, 1881. — Voir également : G. ZÈGRE. *Néphrite dothiéntérique*. Thèse de Paris, 1895.

de même, d'ailleurs, pour toutes les autres infections. Au lieu d'invoquer une viciation humorale qui survit à la fièvre typhoïde, à la scarlatine, véritable auto-intoxication qui prolonge et entretient la néphropathie, nous croyons plutôt à une forme particulièrement grave de l'attaque toxi-infectieuse.

Diphthérie. — Gregory, Rayer, ont vu, à la suite de la *diphthérie*, l'albuminurie se maintenir pendant longtemps; Labadie-Lagrave, Lecorché et Talamon ont constaté nettement le passage de l'affection rénale à l'état chronique; Sanné a signalé la disparition de l'albuminurie vers le 57^e jour.

Vignerot publie l'observation d'un malade dont les urines restèrent albumineuses pendant cinq mois à la suite d'une diphthérie. A l'occasion d'une fièvre typhoïde contractée quelque temps après, l'albumine fut retrouvée dans les urines pendant plus de six semaines, mais se dissipa au bout de deux mois. La néphrite grave est, en somme, une complication rare de la diphthérie, car, sur 1000 cas, Cadet de Gassicourt n'observa que trois fois l'anasarque avec éclampsie.

L'expérimentation paraît avoir réalisé plus facilement des lésions permanentes du rein, puisque Roux les avait signalées et que Enriquez et Hallion⁽¹⁾ ont obtenu chez un singe, par deux injections sous-cutanées de toxine diphthérique pratiquées à huit jours d'intervalle, une néphrite chronique avec granulations apparentes et hypertrophie du ventricule gauche.

Grippe. — La grippe paraît avoir une action plus manifeste encore. L'albuminurie consécutive à la *grippe* est fréquente (Leyden, Brault, Dieulafoy)⁽²⁾. Vignerot donne la relation de deux faits terminés par la mort, le premier au quatrième mois, le second au sixième mois; dans ce dernier, les reins étaient blancs et volumineux. Dans une autre observation, le rôle de la grippe paraît problématique puisque le malade avait eu des fièvres intermittentes.

Infections diverses. — Des néphrites prolongées ont été signalées par Lecorché et Talamon, Bartels, Rendu, Caussade, dans la *pneumonie*; Chauffard cite une observation de néphrite aiguë au cours d'une *pneumonie* traitée par un vésicatoire et terminée, deux ans après, par atrophie rénale.

Renard, Karth, Gaucher, Hensch, Croner, ont signalé cette forme dans les *oreillons*; Hagenbach, dans la *rubéole*; Lecorché et Talamon, dans l'*érysipèle*; Leyden, dans le *rhumatisme articulaire aigu*; la néphrite aiguë avait été indiquée dans la même maladie par Bartels, Wagner, Capitan, L. Monod, Brault et Teissier. Bouchard place l'*amygdalite*, les infections angineuses et pharyngées, le pseudo-rhumatisme infectieux parmi les causes de néphrite permanente. La maladie de Werlhoff donna lieu trois fois à une néphrite prolongée (Lecorché et Talamon).

On ne doit pas oublier, parmi les origines possibles des néphrites permanentes, les *suppurations de divers ordres*, ostéomyélites, arthrites, furoncles, anthrax, infections puerpérales, la colibacillose, etc., toutes causes démontrées de néphrites infectieuses dont les lésions sont souvent irréparables et qui franchissent la période aiguë pour passer à l'état chronique.

(1) ENRIQUEZ et HALLION. *Soc. de biol.*, 1894. — Voir également : MOREL. *Contribution à l'étude de la diphthérie*. Thèse de Paris, 1891, et H. CLAUDE. *Essai sur les lésions du foie et des reins déterminées par certaines toxines*. Th. 1897.

(2) TUVACHE. *De la néphrite grippale*. Thèse de Paris, 1891.

Grossesse. — La *grossesse* est, par un procédé d'ailleurs inconnu, l'une des conditions qui favorisent le plus l'apparition d'une néphrite et son passage à l'état chronique. En général, on voit une première grossesse suivie d'une albuminurie qui disparaît; une seconde grossesse survient, nouvelle albuminurie d'une durée plus longue que la première, nouvelle disparition. A l'occasion d'une troisième ou d'une quatrième grossesse, la néphrite peut devenir permanente. Vinay⁽¹⁾ a publié des faits analogues. Assez souvent aussi, malgré ces récurrences, la maladie se termine par la guérison complète.

La néphrite gravidique paraît dépendre d'une *auto-intoxication provenant soit du fœtus, soit de ses enveloppes* (Pinard, Clifford Albutt)⁽²⁾, car les fœtus morts ou macérés seraient particulièrement inoffensifs (Lannois)⁽³⁾. Tandis que C. Albutt admet la possibilité d'une sorte de vaccination immunisante à partir de la deuxième grossesse, d'autres ont vu, comme nous venons de l'indiquer, les accidents se reproduire à chaque grossesse avec une ténacité désespérante.

Nous avons suivi plusieurs malades atteintes de cette forme particulière de néphrite sur laquelle Gaucher et Sergent⁽⁴⁾ ont de nouveau attiré l'attention (voir chap. XIV).

Tuberculose. — Quelques auteurs ont pensé que la *tuberculose* pouvait donner lieu à une néphrite aiguë ou subaiguë présentant les caractères des néphrites infectieuses en dehors de toute lésion tuberculeuse directe; elle serait due, néanmoins, à la présence du bacille (Coffin)⁽⁵⁾.

C'est là sans doute une idée très séduisante, théoriquement facile à soutenir, mais il faut rappeler qu'en dehors de la tuberculose miliaire et de la tuberculose infiltrée du rein, on n'acceptait, jusqu'à ce jour, que la dégénérescence amyloïde comme manifestation lointaine de la maladie. C'est à cette dégénérescence que conduisent les suppurations osseuses et articulaires avec trajets fistuleux intarissables, de même que les formes graves de la syphilis invétérée et de la phtisie bronchique.

Bartels considérait cependant que la néphrite chronique dépend de ces affections; car, à propos de la phtisie, il s'exprime ainsi : « Je ne puis m'empêcher de croire que dans les foyers purulents des poumons il se forme quelque chose qui est résorbé par le sang, excrété par les reins, et qui peut produire une irritation inflammatoire de ces organes ». Cette irritation, pour Bartels, est tantôt très violente et suivie de guérison, tantôt lente avec production d'une néphrite chronique. Les néphrites dont parle Bartels, lors même qu'elles contiennent peu de matière amyloïde, se différencieraient des variétés franches de la néphrite subaiguë par une marche plus insidieuse et une répartition plus grande des lésions dégénératives.

Elles n'en sont pas moins intéressantes à signaler, car elles constituent un groupe de néphrites, rappelant par plus d'un point les lésions similaires observées dans le foie au cours de la tuberculose; lésions d'hépatite chronique mélangées à des foyers de désintégration cellulaire.

(1) VINAY. *Arch. de Tociologie*, 1894.

(2) CLIFFORD ALBUTT. *The Lancet*, 1897.

(3) LANNOIS. *Lyon méd.*, 1897.

(4) GAUCHER et SERGENT. De l'évolution de la néphrite gravidique. *Revue de méd.*, 1901.

(5) COFFIN. *Étude sur le rein des tuberculeux et sur la néphrite tuberculeuse en particulier*. Thèse, Paris, 1890.