

le labyrinthe et les bandelettes développées autour des capsules de Bowmann.

Les *tubes droits et collecteurs* sont relativement sains. Beaucoup d'entre eux contiennent des cylindres opaques, cireux, se colorant vivement par les principaux réactifs.

Les *tubuli contorti* renferment des exsudations plus ou moins denses et compactes. On peut rencontrer dans leur cavité toutes les variétés de cylindres en voie de formation; quelquefois on y trouve seulement un léger réticulum englobant des débris cellulaires, des éléments du sang, ou de grosses cellules lymphatiques infiltrées de graisse.

Il est assez difficile de dire exactement dans quel ordre se sont succédé les lésions, mais il est certain que celles des glomérules l'emportent à un moment donné sur les autres. On comprend, d'après cela, la diminution progressive des urines et l'anurie presque absolue qui est notée dans beaucoup d'observations. Presque tous ces faits se compliquent d'ailleurs d'hydropisie.

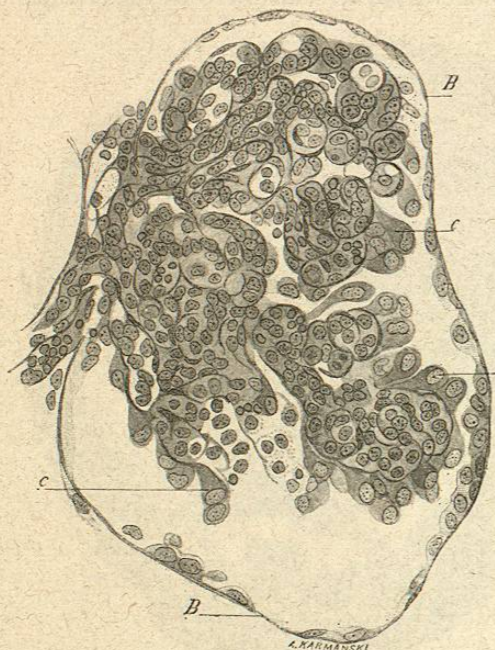


FIG. 52. — Multiplication des cellules de la couche ramifiée périvasculaire du glomérule *c, c, c*, reconnaissables à leurs formes en raquette et la situation excentrique de leur noyau. *B*, capsule de Bowmann.

Cette figure a été reproduite d'après une glomérulo-néphrite beaucoup moins avancée que celle de la figure 51 pour permettre de voir les modifications du glomérule avant l'agglutination complète des anses vasculaires et leur oblitération.

La néphrite *a frigore*, dans la syphilis. Sous une forme un peu différente Kelsch et Kiener l'ont décrite dans l'impaludisme et l'alcoolisme invétéré, et nous savons que Klebs, Langhans et la plupart des auteurs allemands, l'ont retrouvée dans les mêmes maladies.

A côté de ces lésions si prédominantes au niveau des glomérules, on rencontre d'autres types anatomiques plus rares, mais rapides également dans leur évolution. Telle cette observation de Cornil, où presque toutes les cellules présentaient l'état cavitaire, alors que les glomérules étaient relativement moins altérés. Quand la néphrite se généralise à toute la glande, les altérations des épithéliums s'accroissent et le dépôt de graisse augmente à leur intérieur. Ces modi-

fications épithéliales dépendent beaucoup plus d'une désintégration sur place des cellules des tubes contournés, que du rétrécissement progressif des vaisseaux. Il est enfin d'autres néphrites où les glomérules ne sont pas atteints au même degré, les uns paraissant entièrement normaux, tandis que d'autres présentent déjà des lésions manifestes, quelques-uns même sont indurés. Les reins sont volumineux, blanc jaunâtre ou blanc grisâtre, quelquefois parsemés de *granulations*. Ils peuvent être aussi légèrement diminués de volume, ou même en voie d'*atrophie* avec une coloration gris rosé. Ce sont là des variétés d'aspect qui appartiennent, la première à la néphrite *a frigore*, la seconde à cette même maladie et à la scarlatine, la troisième bien plus souvent à la néphrite paludéenne, ainsi que l'ont observé Bartels, Kelsch et Kiener; peut-être aussi à d'autres maladies dont l'influence est encore mal déterminée.

Les *granulations*, qu'il ne faut pas confondre avec les taches, ne sont pas de dimensions régulières, les unes sont grosses, d'autres à peine apparentes et visibles seulement à la loupe. Elles sont quelquefois entourées par une zone dont la couleur tranche sur celle de la granulation, et qui paraît plus rouge ou gris rosé lorsqu'elle contient des vaisseaux dilatés. Les granulations auxquelles Kelsch et Kiener ont donné une signification toute spéciale paraissent simplement constituées par des tubes qui ont conservé leurs dimensions habituelles ou qui sont dilatés, tandis que les parties périphériques sont en retrait; on y trouve des tubes rares, petits, et comme perdus au sein du tissu conjonctif.

On accepte, en général, que le tissu conjonctif comprime les granulations en se rétractant, et qu'il les énuclée pour ainsi dire. Cependant, on peut remarquer que dans les néphrites chroniques comme dans les cirrhoses du foie les granulations paraissent souples, élastiques, et nullement comprimées.

A notre avis la *granulation* doit être considérée comme une portion saine ou légèrement modifiée de la glande, au voisinage de laquelle des régions assez étendues ont été détruites et en grande partie résorbées; d'où l'affaissement et l'effondrement de ces régions consécutifs à leur résorption et la saillie apparente des parties saines. Le résultat est d'ailleurs le même que s'il y avait énucléation, mais l'explication du phénomène différente. Le tissu conjonctif qui avoisine les granulations est tantôt mince, tantôt très épais, suivant que l'irritation portée sur lui a été plus ou moins vive et plus ou moins durable, c'est parfois le seul élément qui subsiste, tous les autres ayant disparu dans le territoire qu'il occupe lui-même. Chauffard assimile les granulations à de véritables hypertrophies compensatrices et les rapproche des hypertrophies

fications épithéliales dépendent beaucoup plus d'une désintégration sur place des cellules des tubes contournés, que du rétrécissement progressif des vaisseaux.

Il est enfin d'autres néphrites où les glomérules ne sont pas atteints au même degré, les uns paraissant entièrement normaux, tandis que d'autres présentent déjà des lésions manifestes, quelques-uns même sont indurés. Les reins sont volumineux, blanc jaunâtre ou blanc grisâtre, quelquefois parsemés de *granulations*. Ils peuvent être aussi légèrement diminués de volume, ou même en voie d'*atrophie* avec une coloration gris rosé. Ce sont là des variétés d'aspect qui appartiennent, la première à la néphrite *a frigore*, la seconde à cette même maladie et à la scarlatine, la troisième bien plus souvent à la néphrite paludéenne, ainsi que l'ont observé Bartels, Kelsch et Kiener; peut-être aussi à d'autres maladies dont l'influence est encore mal déterminée.

Les *granulations*, qu'il ne faut pas confondre avec les taches, ne sont pas de dimensions régulières, les unes sont grosses, d'autres à peine apparentes et visibles seulement à la loupe. Elles sont quelquefois entourées par une zone dont la couleur tranche sur celle de la granulation, et qui paraît plus rouge ou gris rosé lorsqu'elle contient des vaisseaux dilatés. Les granulations auxquelles Kelsch et Kiener ont donné une signification toute spéciale paraissent simplement constituées par des tubes qui ont conservé leurs dimensions habituelles ou qui sont dilatés, tandis que les parties périphériques sont en retrait; on y trouve des tubes rares, petits, et comme perdus au sein du tissu conjonctif.

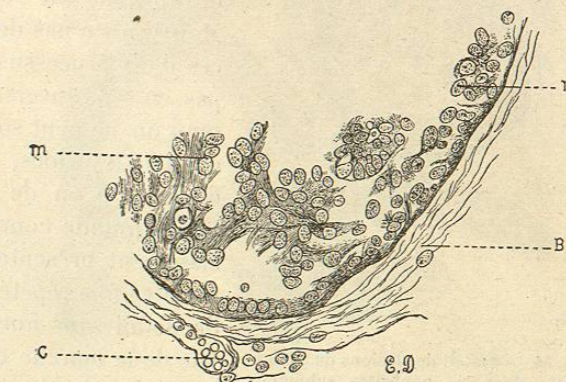


FIG. 53. — Détail des lésions de la capsule dans les néphrites subaiguës avec prédominance des lésions glomérulaires (Cornil et Brault).

B, capsule de Bowmann épaissie dont les feuillets dédoublés se mélangent aux fibrilles du tissu conjonctif voisin.

c, capillaire.

m, m, masses de cellules proliférées formant un grand nombre de couches entre la capsule et le glomérule.

On accepte, en général, que le tissu conjonctif comprime les granulations en se rétractant, et qu'il les énuclée pour ainsi dire. Cependant, on peut remarquer que dans les néphrites chroniques comme dans les cirrhoses du foie les granulations paraissent souples, élastiques, et nullement comprimées.

A notre avis la *granulation* doit être considérée comme une portion saine ou légèrement modifiée de la glande, au voisinage de laquelle des régions assez étendues ont été détruites et en grande partie résorbées; d'où l'affaissement et l'effondrement de ces régions consécutifs à leur résorption et la saillie apparente des parties saines. Le résultat est d'ailleurs le même que s'il y avait énucléation, mais l'explication du phénomène différente. Le tissu conjonctif qui avoisine les granulations est tantôt mince, tantôt très épais, suivant que l'irritation portée sur lui a été plus ou moins vive et plus ou moins durable, c'est parfois le seul élément qui subsiste, tous les autres ayant disparu dans le territoire qu'il occupe lui-même. Chauffard assimile les granulations à de véritables hypertrophies compensatrices et les rapproche des hypertrophies

lobulaires du foie. Nous reviendrons sur cette question à propos des atrophies rénales (voir chap. XIV).

Dans les néphrites subaiguës, les granulations sont parfois à peine visibles, malgré le développement exagéré du tissu conjonctif, et l'atrophie notable de l'organe.

Bartels avait déjà signalé l'hypertrophie du tissu fibreux en dehors du petit rein contracté. C'est, en effet, une altération fréquente au cours des néphrites que nous étudions, le rein conservant sa forme et ses dimensions, malgré

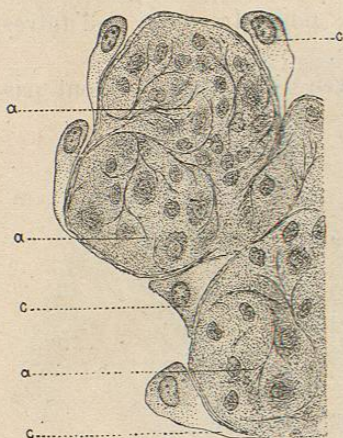


FIG. 54. — Détail des lésions du glomérule dans les néphrites subaiguës avec prédominance des lésions glomérulaires.

La figure représente la section transversale de trois ou quatre anses volumineuses et oblitérées, *a, a, a*.

Le double contour des anses est encore très net, mais elles ne sont plus perméables. La cavité des capillaires est remplacée par une substance grenue fibroïde se colorant en rose par le carmin; des cellules assez nombreuses à protoplasma distinct sont disséminées dans ces masses.

c, c, c, cellules de la membrane périvasculaire accolées à la paroi des vaisseaux, reconnaissables à leur forme singulière et à leur réfringence.

supérieur au volume normal, et que la condition la plus importante de l'atrophie rénale étant la durée de la néphrite, c'est plus particulièrement dans les maladies dont l'action se prolonge et se répète qu'elle sera observée.

A cet égard, la manière de voir de Bartels, de Kelsch et Kiener mérite de prendre créance. Ces auteurs ont publié nombre d'observations de *néphrite paludéenne* où la diminution de volume du rein avec ou sans hypertrophie du cœur fut constatée à l'autopsie. Nous avons ainsi l'exemple d'une maladie dont l'action n'est pas continue, mais qui procède par poussées parfois violentes, à la suite desquelles une partie de l'organe disparaît ou s'effondre. On peut soutenir la même thèse en faveur de la syphilis. Toujours est-il qu'on ne peut admettre sans objection qu'une maladie puisse achever son œuvre de

que la substance corticale paraisse légèrement amoindrie. Cependant, son volume et son poids sont sensiblement les mêmes, l'augmentation du tissu fibreux arrivant à compenser l'atrophie de l'organe du côté de la partie glandulaire. Mais il n'y a pas de balancement véritable entre ces deux processus, ils n'évoluent certainement pas en sens inverse l'un de l'autre. C'est pourquoi on ne peut soutenir que le tissu conjonctif comble les vides, pas plus qu'il n'est possible d'admettre ou de démontrer que c'est par lui que la glande comprimée s'atrophie. Son épaissement présente donc, comme nous l'avons maintes fois répété, une disposition anatomique de détail sans aucune importance au point de vue de la marche de l'affection. Qu'il y ait plus ou moins de tissu fibreux dans le labyrinthe, autour des glomérules, cela importe peu si les tubes contournés et les glomérules présentent des lésions minimales et suffisent à la sécrétion urinaire.

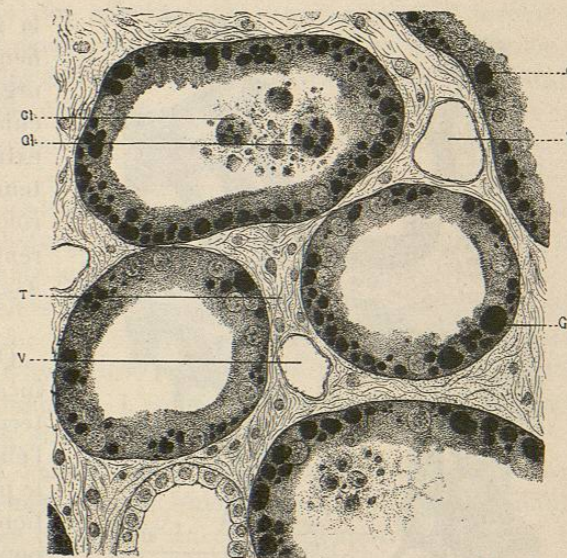
Les observations dans lesquelles le rein est très nettement diminué de volume n'appartiennent pas aux néphrites dont la description précédente montre la physionomie générale. On a déjà compris que presque toujours la néphrite scarlatineuse et la néphrite *a frigore* correspondent anatomiquement à des reins d'un volume

destruction sur le rein, si elle ne renouvelle pas ses attaques. A cet égard, la continuité et la répétition d'action de la syphilis, de l'impaludisme, peut être admise, car ces maladies, toujours présentes, évoluent insidieusement et de temps à autre frappent avec vigueur.

Mais la continuité d'action de la scarlatine, de la grippe, de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, ne saurait se comprendre. Toutes sont des affections passagères dont les manifestations rénales disparaissent habituellement sans laisser de traces. Nous devons accepter cependant qu'à la suite d'une *scarlatine grave* ou d'une attaque violente de *néphrite a frigore*, de néphrite gravidique, les destructions du rein qui en résultent laissent l'organe affaibli ou profondément altéré. Souvent la guérison n'est obtenue qu'au bout d'un an ou de plusieurs années, ainsi que le démontrent un certain nombre de faits indiscutables. Et, lorsque la mort survient, on trouve des reins à tous les degrés d'atrophie.

Mais il y a plus : sur des reins pareillement altérés, toute infection ou intoxication ultérieure d'une certaine gravité pourra faire réapparaître l'albuminurie. Devra-t-on penser en pareil cas que la néphrite scarlatineuse se réveille ou que le rein détruit en partie ressent davantage les atteintes de la maladie intercurrente? Cette dernière supposition paraît seule acceptable. On rencontre souvent, en clinique, cette association ou cette succession de plusieurs maladies. L'altération d'un rein soumis à plusieurs attaques successives de néphrite même d'origine différente est indiscutable, et c'est pour ce motif qu'à notre avis on ne tient pas un compte suffisant des causes qui peuvent entretenir ou faire réapparaître une néphrite latente.

Par conséquent, pour expliquer la prolongation et surtout la réapparition d'une néphrite, l'influence du froid, ainsi que de toutes les conditions de détérioration organique, doit être recherchée. Le rein se trouve placé dans les mêmes conditions que le cœur, lorsque, sur une ancienne lésion d'orifice, vient



E. Dalmace del.

FIG. 55. — Néphrite subaiguë. Lésions des cellules des tubes contournés.

Tous les tubes sont dilatés; il n'y a plus de cellules distinctes, mais une masse protoplasmique où les noyaux sont irrégulièrement distribués. Le bord libre du revêtement épithélial présente de place en place un aspect strié.

Les cellules sont infiltrées par des gouttelettes graisseuses de dimensions variables dont quelques-unes *Gr, Gr*, sont très volumineuses. La cavité des tubes contient des cellules lymphatiques chargées de graisse *Cl, Cl*; des cellules lymphatiques normales, des débris de protoplasma, des exsudations réticulées.

Sur des coupes épaisses, presque tous les tubes paraissent obstrués par ces différents produits. On peut y trouver des globules blancs en très grand nombre, du sang en nature, de la fibrine concrétée.

Ces lésions ne sont pas étendues à tout le rein, elles sont régionales et appartiennent à toutes les formes de néphrite subaiguë, y compris les néphrites glomérulaires.

V, V, capillaires intertubulaires.

Le tissu conjonctif est légèrement hypertrophié.

se greffer une nouvelle endocardite, ou lorsque la moindre affection intercurrente détermine une crise d'asystolie. C'est pour ce motif que l'alcoolisme, dont l'action pathogène directe est problématique, a peut-être une action des plus funestes sur une néphrite en évolution.

C'est dans les mêmes circonstances que l'on peut accepter l'action nuisible des écarts de régime, des dyspepsies permanentes, du surmenage, de l'abus des aliments irritants pour le cœur, les vaisseaux ou le rein, et de certaines

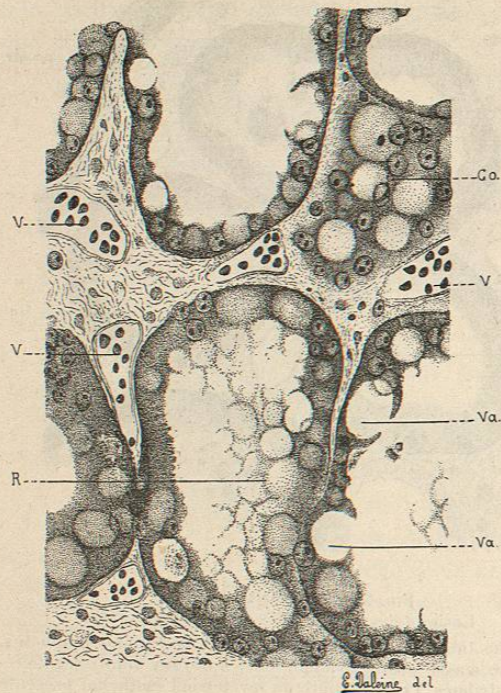


FIG. 56. — Néphrite subaiguë.

État vacuolaire des cellules des tubes contournés.

Les séparations des cellules ne sont plus visibles, tous les éléments sont confondus en une masse protoplasmique creusée de vacuoles Va, Va, d'où s'échappent des boules muqueuses qui contribuent à former, au centre des tubes, des masses à disposition réticulée R.

Co représente une section de tube contourné faite parallèlement à la paroi non loin d'une extrémité. On y voit les rapports des noyaux avec les vacuoles.

V, V, V, vaisseaux capillaires intertubulaires contenant des globules sanguins fixés par l'acide osmique.

Le tissu conjonctif est épaissi, les cellules épithéliales ne contiennent pas de graisse.

où l'action vulnérante du froid peut être incriminée. Les signes révélateurs de cette affection s'installent avec ou sans fièvre, mais avec un appareil symptomatique assez bruyant. L'apparition de l'anasarque, son extension rapide, les douleurs lombaires, la présence de l'albumine en quantité notable dans l'urine, éloignent l'hypothèse d'une autre maladie.

Mais, si l'on se trouve en présence d'un malade atteint depuis quelque temps d'œdèmes des membres inférieurs et d'ascite, on peut songer non seulement à une néphrite, mais aussi à une cirrhose du foie ou à une affection organique du cœur. A défaut d'autre preuve, l'existence d'une albuminurie suffit à écarter

dyscrasies héréditaires telles que la goutte, l'uricémie, qui modifient profondément les mutations organiques et jettent dans la circulation un excès de substances extractives. Presque tous les auteurs acceptent aujourd'hui le rôle pathogène de ces différents facteurs dans l'aggravation des lésions rénales.

Quand une maladie modifie incessamment ou d'une façon intermittente le filtre rénal par l'élimination de substances dont le passage est une cause d'irritation permanente et de dystrophie pour les épithéliums, en même temps que pour le tissu conjonctif, les conditions les plus favorables à la production des néphrites lentes et des atrophies progressives du rein se trouvent réunies, ainsi que nous l'établirons plus loin.

Diagnostic et Pronostic. —

On n'éprouvera aucune difficulté à diagnostiquer une néphrite en évolution dans la convalescence d'une scarlatine, au moment de la période secondaire de la syphilis et dans toutes les circonstances

l'idée d'une affection du foie, car sauf dans les cas assez rares où une hépatite syphilitique se complique de dégénérescence amyloïde des reins, l'albumine ne fait pour ainsi dire jamais partie du tableau clinique des cirrhoses.

Quant aux affections du cœur, elles se traduisent par des urines rares, rougeâtres, sédimenteuses, peu riches en albumine; ces caractères sont très différents de ceux des urines brightiques, qui sont claires, limpides, ambrées avec un reflet blanchâtre, ou sombres et enfumées, contenant du sang, et non un dépôt salin que la chaleur dissipe avant d'atteindre le degré de coagulation de l'albumine. L'albuminurie des affections du cœur n'est pas tenace, et, chaque fois que le tonus cardiaque est suffisant, on voit en même temps les urines devenir plus abondantes et l'albuminurie disparaître. On doit signaler aussi la coexistence possible d'une affection du cœur et d'une néphrite sous la dépendance des causes diverses que l'interrogatoire permet de discerner.

Lorsque des malades accusent des maux de tête passagers à type hémicrânien, de la fatigue et de la courbature sous l'influence du moindre effort, il faut s'enquérir de leur état de santé antérieur. On retrouvera quelquefois dans les antécédents personnels plusieurs des maladies considérées aujourd'hui comme génératrices de l'albuminurie; peut-être pourra-t-on reconstituer la marche d'une ou de plusieurs crises d'hydropisie rappelant les observations de néphrite prolongée de Bartels et de Johnson. L'œdème disparaît pour ne plus revenir, mais l'affection rénale persiste et l'atrophie s'accroît.

Des bronchites à répétition, mobiles ou persistantes, compliquées de congestion pulmonaire et d'épanchement pleural léger; des crises de dyspnée simulant l'asthme doivent aussi attirer l'attention du côté de l'appareil urinaire. Une investigation plus complète fait reconnaître l'hypertrophie commençante du cœur et le rythme de galop; des signes de moindre importance, crampes, fourmillements dans les membres, sensation de doigt mort, migraines symptomatiques donnent plus de poids à cette supposition; la présence de l'albumine vient la confirmer.

Il est parfois très difficile de décider si l'on est en présence d'une néphrite avec complications pulmonaires ou d'une tuberculose compliquée de dégénérescence amyloïde. C'est par l'examen minutieux des signes constatés du côté du poumon, beaucoup plus que par les caractères différentiels des troubles urinaires que l'on pourra sortir d'embarras. La persistance des signes physiques en un même point du thorax, leur augmentation sur place, l'aspect et la nature des crachats, l'importance des phénomènes généraux (fièvre dissociée, amaigrissement, sueurs nocturnes), viendront en aide au médecin, dans les cas les plus difficiles.

Les néphrites subaiguës, quelle que soit leur intensité, ne comportent pas de pronostic grave immédiat, mais seulement à partir de l'époque où apparaissent les symptômes urémiques. Bien que le danger puisse dépendre de la localisation rapide de l'hydropisie sur la glotte ou sur le poumon (œdème aigu), ainsi que d'une insuffisance fonctionnelle du cœur, le péril est presque toujours en raison directe de la violence des manifestations cérébrales. A cet égard, l'urémie comateuse est d'un pronostic plus sévère que l'urémie convulsive, car si dans cette dernière le dénouement survient quelquefois en pleine attaque, les crises éclamptiques peuvent ne pas se reproduire et même disparaître aussi rapidement qu'elles sont apparues. Le coma est encore plus difficile à

vaincre, lorsqu'il survient d'emblée, car il résulte sans doute d'un empoisonnement plus profond.

Dans les néphrites *lentes et prolongées* on a moins à redouter l'apparition brusque de l'urémie cérébrale, la mort étant souvent la conséquence des nombreuses complications si fréquentes pendant leur évolution (pneumonie, bronchopneumonie, pleurésie, péricardite, péritonite, érysipèle, etc.).

Quand les vomissements et la diarrhée apparaissent, la courbe de l'urée et la diminution de la toxicité urinaire indiquent une aggravation notable du côté du rein, mais tous ces signes inquiétants peuvent s'amender.

La permanence de l'hydropisie, tout en démontrant que l'équilibre est rompu, n'a pas de valeur pronostique immédiate, car nous avons vu que les épanchements étaient sujets à des oscillations fréquentes et qu'ils pouvaient se résorber en même temps que le cœur s'hypertrophiait⁽¹⁾.

Les néphrites prolongées conduisent la plupart du temps, comme on le voit, à l'insuffisance rénale ou à une sorte de cachexie interrompue par des accidents de toute nature. Le dénouement arrive à plus ou moins brève échéance.

Néanmoins, des observations relativement nombreuses établissent la réalité de la persistance de l'albuminurie avec un état de santé satisfaisant à la suite d'attaques sérieuses de néphrite d'étiologie variée. On ne peut, d'après cela, soutenir que le rein ne présente pas de lésions, mais seulement qu'il est fonctionnellement valide.

Ce qui démontre que le rein n'est pas toujours indemne, c'est que les observateurs se sont trompés en se fiant à l'allure spéciale de l'albuminurie représentée par un taux fixe. Des albuminuriques de cette catégorie, considérés comme bien portants, ont été emportés les années suivantes par des accidents urémiques ou diverses complications.

Mais nous savons aussi que l'albuminurie peut persister à *dose forte* pendant un temps presque illimité avec conservation de la santé générale. Nous mettons par conséquent ici de côté les albuminuries minima consécutives aux néphrites passagères, et les albuminuries à taux inférieur revenant sans cause appréciable ou à l'occasion d'une maladie intercurrente comme il en a été tant signalé.

Nous ne faisons allusion qu'aux albuminuries permanentes représentées par des chiffres dépassant un gramme. Elles reconnaissent sans doute la même pathogénie que les formes légères, mais présentent un intérêt bien supérieur au point de vue pronostique que nous envisageons.

Dieulafoy rappelle des observations d'albuminurie scarlatineuse et syphilitique suivies pendant plusieurs années. J. Teissier parle de faits semblables : persistance d'une albuminurie d'origine scarlatineuse pendant 25 ans, d'une albuminurie oscillant autour de 5 grammes pendant 50 ans. Ce dernier fait est à rapprocher des deux observations de Hawkins, citées par Dieulafoy, d'un albuminurique âgé de 49 ans dont les urines restèrent fortement albumineuses pendant 25 ans, d'un autre dont l'albuminurie fut reconnue pendant 43 ans et chez lequel Bright avait, 50 ans auparavant, pronostiqué la mort à bref délai.

Rendu a cité l'observation d'un médecin albuminurique depuis 54 ans dont le chiffre d'albumine atteignait 1 gramme par jour et dont la santé restait excellente, Sevestre celle d'une personne dont les urines contenaient de 1 à 2 grammes d'albumine par jour et qui se trouvait dans les mêmes conditions.

⁽¹⁾ Pour le traitement, voir chap. XV.

Nous avons également recueilli des observations du même genre dont une des plus importantes est celle-ci : une femme de 47 ans, ayant mené à terme une première grossesse à 22 ans, eut, à 24 ans, une deuxième grossesse avec forte albuminurie et anasarque généralisée pendant plusieurs mois. L'albuminurie persista depuis ce moment ; une troisième grossesse, survenue quelques années après, fut aussi compliquée d'anasarque avec albuminurie ; cependant l'enfant vécut, étant arrivé dans les délais normaux. Mais l'albuminurie, qui était apparue dès la deuxième grossesse, persista depuis cette époque, atteignant souvent 5 grammes et même 5 grammes par jour. A l'époque où nous observons cette femme les urines contiennent encore plus de 5 grammes d'albumine dans les 24 heures. Voici donc un exemple d'albuminurie forte ayant persisté pendant 25 ans sans troubles apparents de la santé, car l'examen le plus approfondi ne révéla aucune modification du cœur, aucun trouble respiratoire, aucun signe de petite ou de grande urémie.

En pareil cas, on peut dire avec Dieulafoy que ces malades sont des albuminuriques, non des brightiques. N'en pas conclure que leur rein est en bon état, mais qu'il est actuellement suffisant. En ce qui concerne la néphrite puerpérale, nous savons qu'il faut être réservé dans le pronostic.

Même réflexion doit être faite pour toutes les observations d'albuminurie scarlatineuse citées aujourd'hui en grand nombre par différents auteurs.

Mais, si de pareilles observations ne permettent pas de juger de l'état du rein (qui très probablement est assez fortement altéré), elles autorisent à considérer l'albuminurie comme un symptôme n'ayant en soi aucune valeur intrinsèque.

Le pronostic doit donc être basé non sur la présence de l'albumine ni sur sa quantité, mais sur l'existence de signes et de troubles généraux indiquant d'une façon manifeste que le rein fonctionne insuffisamment. Toutes les méthodes capables de nous renseigner sur ce point capital doivent être employées. Ces observations nous indiquent, en tout cas, que l'on peut espérer maintenir chez les albuminuriques un état d'équilibre suffisant s'ils consentent à suivre le régime et les règles hygiéniques qui leur conviennent.

Ces heureuses conditions pour la survie dont il ne faut pas, d'ailleurs, exagérer la fréquence se rencontrent plus encore dans certaines formes d'albuminuries observées chez les calculeux, les goutteux, les diabétiques, et qui ne paraissent pas liées à des lésions très profondes du rein.

CHAPITRE XIV

NÉPHRITES CHRONIQUES ET ATROPHIES RÉNALES NÉPHRITES PAR INTOXICATIONS LENTES NÉPHRITES PAR INFECTION OU INTOXICATION MASSIVE AVEC ATROPHIE TERMINALE

Toutes les néphrites à marche lente ne se terminent pas par atrophie notable du rein. L'étude des néphrites subaiguës dont la durée se prolonge apprend que sous l'influence des assauts répétés, dont il est le siège, le rein diminue de