

seulement persiste, mais encore fait des progrès; que le scrotum et le pénis deviennent monstrueux; que la peau des membres inférieurs, par suite d'une distension excessive, se fendille, rougit, et que parfois ces parties sont atteintes d'un phlegmon érysipélateux, on a conseillé, pour prévenir ces accidents, de recourir à l'acupuncture, aux *mouchetures* avec la lancette et aux scarifications. « Je regrette d'être obligé de dire encore que ce sont là de tristes ressources. J'ai vu si souvent des piqûres avec la lancette et l'acupuncture amener, dans cette hydropisie, le développement de phlegmons érysipélateux, lorsqu'ils n'existaient pas, que maintenant je n'ai jamais recours à ces moyens dans le but de prévenir cette inflammation; et lorsqu'elle existe, ce n'est le plus souvent qu'à regret que je me décide à pratiquer l'acupuncture dans des points éloignés des parties enflammées. »

Bartels était opposé également à toute intervention, la considérant comme inutile et dangereuse. Notre opinion est aujourd'hui la même, car, malgré la perfection des méthodes de pansement, il est presque impossible de se mettre complètement à l'abri des angioleucites, des érysipèles et des phlegmons, une fois que le derme est à nu. Si l'on se décide à évacuer le liquide, on devra de préférence avoir recours aux aiguilles de Southey.

Furbringer et Leichstern disent cependant avoir maintes fois soulagé les malades par de larges *scarifications* donnant issue à une grande quantité de liquide; grâce aux précautions prises, il n'auraient jamais eu d'accidents à redouter.

Il y aura lieu quelquefois de ponctionner la *plèvre*, le *péritoine*, peut-être le *péricarde*, pour écarter un danger immédiat. Grainger-Stewart rapporte l'observation d'un homme qui dut être plusieurs fois ponctionné pour une ascite parce qu'il était sur le point d'asphyxier. La guérison fut obtenue grâce à ces interventions; d'autres faits démontrent qu'à la suite de paracentèses abdominales une amélioration manifeste peut survenir et que la maladie subit un temps d'arrêt.

**Médications anti-albuminuriques.** — Les médications précédentes ont pour but de rétablir le cours des urines ou de suppléer à l'insuffisance du rein par les voies de dérivation que l'économie emploie, alors que le champ de la dépuration urinaire se rétrécit; c'est donc au premier chef une thérapeutique symptomatique destinée à prévenir les complications. On espérait autrefois pouvoir obtenir la disparition complète de la maladie et la cicatrisation des lésions rénales en portant directement au contact des cellules les médicaments capables de les modifier; on cherchait, en somme, à tarir dans sa source l'*albuminurie*.

L'une des substances qui ont été le plus longtemps en vogue pour obtenir ce résultat, est le *tanin*. Tour à tour vanté, puis délaissé, ce médicament est encore employé, mais il faut ajouter aussi sans succès. L. Brunton en parle favorablement, ainsi que du tannate sodique; Ribbert, Mamminger l'auraient trouvé efficace dans leurs expériences (Grainger-Stewart).

Ribbert prétend avoir retiré les meilleurs résultats de l'*arbutine*, principe actif de l'*uva ursi* et de la *fuchsine* préconisée autrefois par Bouchut. Fothergill est très sceptique sur la valeur de ces substances prétendues modératrices de l'*albuminurie* et se demande si la perte albumineuse est jamais suffisante pour mettre la vie en péril; il ne croit pas que cette élimination puisse être enrayée par les astringents, mais seulement par les ferrugineux.

Broadbent attribue une efficacité réelle à des doses modérées de *mercure* dans la disparition des dernières traces d'albumine dans la néphrite aiguë fébrile.

Saundby a fait une étude très approfondie des médicaments considérés comme frénateurs de l'*albuminurie*, il a pu se convaincre que les *alcalis*, les *astringents*, les *benzoates*, les *toniques cardiaques*, la *pilocarpine*, la *térébenthine*, la *fuchsine*, les *cantharides*, l'*iodure de potassium*, les *préparations martiales* et les *purgatifs* n'avaient aucune action sur l'*albumine urinaire*. Rosenstein, W. Robert, Grainger-Stewart concluent dans le même sens.

J'ai pu me convaincre, dit Grainger-Stewart, par des expériences soigneusement faites, que nous n'avons pas le droit de conférer à aucun médicament le pouvoir direct d'amoinrir le débit de l'*albumine*.

Saundby réserve l'usage des alcalis et du tannate sodique au traitement des vieilles néphrites. Lecorché et Talamon considèrent que le tanin et l'*acide gallique* qu'employait Gubler sont inutiles dans les périodes aiguës, utiles au contraire à titre de tonique, dans les périodes de déchéance et de cachexie.

Restent les sels de *strontiane*, qui auraient une action suspensive sur l'*albuminurie* sans augmenter la diurèse. G. Sée, Dujardin-Beaumetz qui ont expérimenté ce médicament ont prétendu qu'il échoue dans les néphrites lentes et qu'il trouve sa véritable indication dans les premières périodes des néphrites aiguës. Le sels de strontiane les plus usités sont : le bromure, l'azotate et le lactate, surtout ce dernier. On le donne à la dose de 6 à 8 grammes par jour en solution aqueuse, car il est très soluble, mais aussitôt qu'on en cesse l'emploi l'*albuminurie* reparait.

D'après Laborde le lactate de strontiane serait nettement diurétique. Ce médicament a été associé au *chlorobromure de calcium* à cause de ses propriétés antifermentatives.

Toujours est-il que les médicaments anti-albuminuriques n'existent pas, leur action est antiphlogistique, antiseptique, ou diurétique, ils s'attaquent à la cause de la néphrite ou modifient les lésions des glomérules et des tubes et par suite ont une influence médiante sur l'*albuminurie*.

#### C. — TRAITEMENT DE L'URÉMIE

Qu'il s'agisse des néphrites aiguës ou chroniques, les méthodes thérapeutiques peuvent échouer complètement, et, en dépit des précautions les plus minutieuses de l'alimentation la mieux réglementée, les phénomènes urémiques apparaissent. Si l'on veut lutter avantageusement contre l'urémie, il faut se tenir prêt à intervenir rapidement et avec énergie. Si l'on diffère quelque peu l'application des méthodes efficaces, la vie du malade court les plus grands dangers. Il faut savoir que l'on peut être aussi utile par une *saignée faite à propos* en y joignant au besoin l'emploi des antispasmodiques, que par l'administration du sulfate de quinine au cours d'un accès pernicieux.

Dans les néphrites subaiguës, dans la néphrite scarlatineuse en particulier, l'oligurie et l'anurie annoncent fréquemment les prodromes de l'urémie, l'insuffisance rénale est imminente à ce moment. Cette situation critique, ainsi que le démontrent un grand nombre d'observations, peut se maintenir pendant plusieurs jours sans danger apparent pour le malade, mais cependant il y a une limite que l'intoxication ne doit pas franchir. A ce moment précis, il

suffit de légères modifications dans l'état de la circulation rénale pour que la débâcle urinaire se produise ou que, par contre, l'encombrement du filtre soit insurmontable et que les accidents se précipitent jusqu'à la mort.

L'expérience démontre qu'il est inutile de s'adresser tout d'abord aux *diurétiques*, aux *diaphorétiques* ou aux *évacuants* dont on a déjà sans doute usé avant l'apparition des phénomènes comateux, éclamptiques ou dyspnéiques; un seul traitement s'impose, *c'est la saignée*. En l'employant, peut-être pourra-t-on gagner quelques heures avant d'intervenir d'autre manière; elle est parfois assez efficace pour que tout danger soit définitivement écarté. La saignée doit être abondante, de 500 à 500 grammes; elle sera renouvelée le jour même ou le lendemain si les accidents n'ont pas cédé.

De toutes les formes de l'urémie, *c'est l'éclampsie* qui est le plus heureusement modifiée par cette intervention; il n'est pas rare de voir les phénomènes s'amender avant même que l'évacuation sanguine soit finie. Les améliorations les plus démonstratives ont été observées dans l'éclampsie scarlatineuse et dans l'éclampsie puerpérale; on obtient aussi d'assez bons résultats dans les poussées paroxystiques des néphrites subaiguës.

Bartels pense que, chez les adultes, on doit pratiquer la saignée dès qu'il se produit des convulsions urémiques; mais chez les enfants, on se contentera d'appliquer un nombre de sangsues proportionné à leur âge et, suivant une coutume ancienne, on les mettra derrière les oreilles. Rilliet conseillait aussi d'apporter une certaine modération dans l'emploi de la saignée chez les enfants. Cependant, Peter et Marshal Hall, avaient retiré le premier chez un jeune homme 1200 grammes de sang; le second, chez un enfant de quatorze ans, d'abord 265, puis 218 grammes; Guyot, 500 grammes chez un enfant de onze ans. Tous ces cas furent suivis de guérison, la crainte de Rilliet n'est donc pas justifiée.

D'ailleurs, à moins de danger imminent, on peut recourir, dit Merklen, à d'autres médications. Trousseau préconisait la *compression digitale des deux carotides* ou simplement de l'artère située du côté opposé aux convulsions, lorsque celles-ci étaient unilatérales. Ce moyen a réussi une fois entre les mains de Trousseau, deux fois entre celles de Rilliet; Cadet de Gassicourt cite une observation analogue.

Grainger-Stewart n'est pas partisan de la saignée, sauf dans l'éclampsie puerpérale, en revanche il recommande l'usage du *chloroforme*, du *chloral* et des *bromures*. Ce sont en effet des médicaments de premier ordre, acceptés par tous les médecins et que tous ont expérimentés avec succès. Les *inhalations de chloroforme* furent d'abord employées chez les femmes en couche, puis chez les enfants, dans l'éclampsie scarlatineuse (West). En France, on administre plus volontiers le *chloral* soit par la bouche, soit en lavement; c'était à la saignée, associée aux lavements répétés de chloral, que l'on donnait la préférence dans le traitement de l'éclampsie de la grossesse, mais il paraît certain aujourd'hui que nul médicament ne saurait l'emporter sur le chloroforme.

Bartels regarde l'introduction des anesthésiques dans le traitement des convulsions urémiques comme une des applications thérapeutiques les plus heureuses qui aient été faites en ces derniers temps. Les *lavements purgatifs* (Lépine), les *lavements froids* (Dumontpallier), paraissent suffire dans quel-

ques circonstances, pour modérer l'excitabilité du système nerveux et arrêter les convulsions.

Les *purgatifs* et les *diaphorétiques* arrivent en seconde ligne dans le traitement de l'éclampsie et de l'insuffisance rénale. Lorsque tout danger paraît écarté, on peut les mettre en œuvre pour rétablir la sécrétion urinaire et alléger le rein d'un excès de travail. Rayer employait le *séné*, la *coloquinte*, la *gomme-gutte*, la *scammonée*, l'*élaterium*. Les trois premières substances sont également recommandées par Bartels; l'*élaterium*, d'après Ribbert, aurait la propriété, tout en purgeant, d'augmenter les urines.

Ce que nous avons dit plus haut des diaphorétiques, de l'emploi des bains chauds et de la pilocarpine est applicable aux faits que nous envisageons, il est inutile d'y revenir.

Dans les néphrites chroniques tous ces moyens échouent en général parce que les lésions sont déjà trop avancées. La saignée ne donne qu'une amélioration passagère, bientôt les malades retombent et tout le bénéfice de l'intervention est perdu.

Dans les formes lentes de l'urémie, on prescrit les antispasmodiques; contre la *dyspnée*, d'après Lemoine<sup>(1)</sup> de Lille il faudrait employer l'éther à très haute dose *en injections sous-cutanées* et par la bouche. On a conseillé encore le *bromure de sodium*, le *valérianate d'ammoniaque*, les *inhalations d'oxygène*, l'*iodure d'éthyle*, le *nitrite d'amyle*, l'*ipéca* 0,05 associé à l'*opium* 0,002 sous forme pilulaire une toutes les heures jusqu'à effet nauséux (Dieulafoy).

Lorsque les vomissements incoercibles apparaissent, on additionne le lait *d'eau de chaux*, *d'eau de Vichy*, *d'eau-de-vie* ou *de kirsch*, on doit le donner de préférence frais ou froid. Si, malgré tout, les vomissements persistent, on peut administrer avant les repas une ou deux gouttes de *créosote* dans une cuillerée d'eau, ou bien, comme le conseille Bartels, deux gouttes de *teinture d'iode* dans la même quantité de véhicule (Merklen). L'*eau chloroformée*, ainsi que des doses faibles d'une solution de *chlorhydrate de cocaïne*, pourront être avantageusement utilisées contre les vomissements incoercibles; Lecorché et Talamon conseillent l'emploi de l'acide lactique à la dose de 4 à 6 grammes.

Lorsque tous les moyens ont échoué, on est autorisé à employer les méthodes d'exception qui ont paru, dans certains cas, donner des améliorations inattendues.

Dieulafoy<sup>(2)</sup> signale des guérisons dues à la transfusion ou tout au moins, ajoute-t-il lui-même, ayant coïncidé avec la transfusion et l'introduction d'une quantité de sang qui aurait paru tout à fait insuffisante d'ailleurs. Bartels cite un fait semblable.

C'est également dans le but de venir en aide aux malades dans des cas désespérés que Dieulafoy a conseillé les injections de *néphrine* préparée d'après le procédé suivant: on recueille 200 grammes de substance corticale de rein de bœuf que l'on broie dans un mortier avec un mélange de 500 grammes de glycérine et de 200 grammes d'eau à 5 pour 1000 de sel marin. Deux filtrations sont opérées, la deuxième sur filtre de porcelaine après cinq heures de macération.

<sup>(1)</sup> G. LEMOINE. Traitement de la dyspnée urémique par l'éther à haute dose. *Presse méd.*, 1897. — A. GALLOIS. La dyspnée urémique et son traitement par l'éther. *Th. Lille*, 1897.

<sup>(2)</sup> DIEULAFOY. Étude sur la transfusion du sang dans la maladie de Bright. *Gaz. hebdomadaire*, 1884.

On recueille en tout 50 à 55 grammes de liquide. On peut avec cet extrait hydro-glycériné faire 8 à 10 injections par jour, chaque seringue contenant environ 50 centigrammes de *néphrine*.

Dieulafoy<sup>(1)</sup>, Gonin<sup>(2)</sup>, Schiperovitsch<sup>(3)</sup>, Maruella<sup>(4)</sup> auraient obtenu des résultats assez satisfaisants pour justifier l'emploi de cette méthode lorsque les autres médications sont restées sans effet. Picchini<sup>(5)</sup>, cité par Chauffard, n'aurait eu que des résultats négatifs. Chatin et Guinard<sup>(6)</sup>, de Lyon, ont étudié comparativement la valeur antitoxique : 1° de l'extrait glycériné de glande fraîche d'après la méthode de Brown-Séguard; 2° du sang circulant; 3° du sérum de la veine rénale.

Ils ont obtenu des résultats contradictoires mais assez importants toutefois pour justifier de nouvelles recherches en ce sens.

Quelques médecins accordent une efficacité réelle aux grands lavements froids ou aux lavements fractionnés répétés assez fréquemment, ainsi qu'aux injections sous-cutanées de sérum artificiel suivant la méthode de Sahli de Berne. Il est vrai que l'on obtient quelquefois par ce procédé une diurèse abondante, mais sans grand bénéfice pour le malade. En effet, l'eau qui franchit le rein n'entraîne pas avec elle les poisons retenus dans les tissus et les organes pour une raison que nous ignorons actuellement, de sorte que, dans ces cas d'intoxication forte, ainsi qu'il résulte de certains faits expérimentaux (Hallion), la diurèse nous induit en erreur puisque l'empoisonnement persiste. L'expérimentation donne même des résultats assez curieux; avec la même dose de toxique, les animaux injectés meurent plus vite que ceux qui sont abandonnés à eux-mêmes.

Comme *traitement préventif* de l'urémie et du retour des crises, Bouchard conseille le régime lacté à l'exclusion des viandes et du bouillon riche en matières extractives et en sels de potasse; on pourrait autoriser cependant l'usage de la viande bouillie. Le lait est par contre pauvre en potasse, laisse peu de résidus intestinaux, est bien digéré, produit des matières fécales peu abondantes, solides, ne contenant que peu de pigment biliaire, d'où une absorption minime de substances toxiques. Bouchard insiste également sur les avantages de la vie à la campagne : le travail au grand air augmente les combustions par l'oxygène du sang et supprime ainsi 50 pour 100 de la toxicité totale des urines émises en vingt-quatre heures, il supprime 27 pour 100 de la toxicité de la veille, son influence s'étend même à la période du sommeil qui succède au travail, en faisant perdre aux urines de la nuit 40 pour 100 de leur toxicité. De là l'utilité au moment de l'apparition des phénomènes urémiques des *inhalations d'oxygène*.

La fatigue, les émotions morales et les affections intercurrentes augmentent au contraire notablement cette toxicité. Bouchard est opposé aux procédés *diaphorétiques* recommandés, bains d'air chaud et injections sous-cutanées de pilocarpine; car, suivant lui, la sécrétion urinaire en est diminuée d'autant.

(1) DIEULAFOY. *Soc. méd. des hôp.*, 1892.

(2) GONIN. *Lyon méd.*, 1894.

(3) SCHIPEROVITSCH. *Médecine moderne*, 1895.

(4) MARUELLA. *Congrès de méd.*, Paris, 1900.

(5) PICCHINI. *Gaz. degli Ospedali*, 1896.

(6) CHATIN et GUINARD. De la sécrétion interne du rein, exposé théorique et contribution expérimentale. *Arch. de méd. exp.*, 1900.

Il combat également l'usage des *purgatifs drastiques* d'après le raisonnement suivant : si le sérum sanguin contient 52 centigrammes d'urée par litre, le liquide exsudé dans l'intestin renferme absolument la même proportion. En revanche, si on enlève au sang un litre d'eau par la voie intestinale, c'est un litre d'eau qui passera en moins par la voie rénale : or ce litre d'eau éliminé comme urine aurait entraîné 50 fois plus d'urée. Ce raisonnement ne peut s'appliquer dans sa rigueur aux faits où l'anurie est pour ainsi dire absolue et où il est impossible, quel que soit le traitement institué, de rétablir le cours des urines; dans ce cas les drastiques ont leur utilité. Le purgatif, outre qu'il balaye l'intestin, peut dans une certaine mesure soustraire une partie des poisons accumulés dans le sang. La vie se prolonge ainsi très précieuse sans doute, mais on a gagné du temps et dans cet intervalle le rein s'est peut-être en partie désobstrué.

En retirant 52 grammes de sang, on enlève d'après Bouchard 50 centigrammes de matières extractives, seizième partie de ce que l'urine doit emporter, ce résultat n'est pas à dédaigner, cette soustraction pouvant suffire à sauver la vie du malade, en supprimant l'*excès* de substances toxiques qui détermine presque toujours l'apparition d'accidents mortels. En définitive, une saignée de 52 grammes enlève autant de matières extractives que 280 grammes de liquide diarrhéique.

En conseillant de supprimer toutes les causes d'empoisonnement provenant de la sécrétion biliaire, de l'alimentation et des putréfactions intestinales, Bouchard arrive à résumer ainsi le traitement pathogénique de l'urémie : *diurétiques*, et en première ligne le lait; lait comme aliment, *antiseptie intestinale*, *saignée* contre les accidents immédiatement menaçants.

Ce traitement est, ainsi que nous l'avons vu, celui qui est préconisé depuis de longues années contre l'urémie des néphrites aiguës, en particulier contre l'éclampsie scarlatineuse et celle des femmes en couches; il est impraticable et insuffisant dans l'urémie lente des atrophies rénales à la période où aucun aliment n'est supporté.

Les évacuations sanguines peuvent à ce moment affaiblir les malades déjà très anémiés; Bartels, partisan déclaré de la saignée dans l'éclampsie, avait une bien faible confiance dans l'efficacité de ce moyen au moment des dernières phases de l'atrophie rénale suite de néphrite chronique, et J. Renaut la déconseille également surtout dans l'urémie comateuse à forme progressive.

#### D. — TRAITEMENT HYDROMINÉRAL

Le traitement *hydrominéral* des néphrites se résume à un très petit nombre d'indications. Il s'adresse surtout en effet aux maladies qui occasionnent ou qui préparent les affections chroniques du rein bien plus qu'à celles-ci lorsqu'elles sont déclarées. C'est dire que la plupart des eaux minérales concernent les dyspeptiques, les uricémiques, les goutteux, les obèses, les diabétiques, les malades dont l'alimentation azotée est abondante, la nutrition peu active, la désassimilation quelquefois trop accentuée comme certains phosphaturiques (A. Robin).

Par conséquent, suivant les cas, on conseillera Royat, Saint-Nectaire et la Bourboule (dyspepsie); Vichy, Carlsbad, Marienbad, Châtel-Guyon (troubles

gastro-hépatiques et diabète); Contrexéville, Évian, Capvern, Vittel, Pougues (gravelle et acide urique en excès), Brides, Marienbad (obésité).

L'indication de Saint-Nectaire est discutée. Tandis que Lecorché la conseille avec Vichy, Vals, Royat, comme pouvant convenir aux formes aiguës des néphrites, A. Robin la réserve à certaines albuminuries consécutives au surmenage nerveux avec phosphaturie, il la rejette complètement du traitement des néphrites aiguës avec œdème et des néphrites chroniques avec hypertrophie du cœur et urohématine en excès, il l'accepte dans les néphrites post-infectieuses avec albuminurie légère un ou deux ans après l'attaque.

Pour les néphritiques à nutrition torpide, à chairs molles, n'ayant aucune tendance aux congestions ni à l'éréthisme cardiaque, on pourra conseiller avec avantage Salins, Salies-de-Béarn ou Biarritz, Hombourg, Nauheim, Kreuznach, Kissingen, Bourbonne, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Uriage, Ragatz.

Toutes ces eaux seront prises en bain non en boissons. Elles trouveront leur indication, surtout les plus chlorurées d'entre elles, chez les malades soupçonnés d'être atteints de dégénérescence amyloïde.

Enfin, les malades qui seront supposés en voie de guérison complète, après avoir été suivis pendant plusieurs années pour une néphrite d'origine infectieuse, pourront également profiter de Saint-Nectaire ou des eaux diurétiques à minéralisation faible: Évian, Vittel, Pougues, Capvern et Contrexéville.

Si les eaux bicarbonatées sodiques, bicarbonatées et sulfatées calcaires, et chlorurées trouvent leur emploi dans les périodes de compensation des néphrites, les eaux ferrugineuses sont rarement employées sur place. Lecorché et Talamon ne les recommandent pas. Elles sont cependant utiles chez certains albuminuriques débilités, tout au moins à prendre à demeure.

Lecorché et Talamon, Semmola, Senator, Bouchard, A. Robin, sont absolument opposés à l'usage de l'hydrothérapie froide qui, suivant nous, ne peut avoir que des inconvénients, les cures d'air à altitude moyenne sont au contraire recommandables.

## CHAPITRE XVI

### DÉGÉNÉRESCENCE GRAISSEUSE DESTRUCTION DU REIN PAR INTOXICATIONS MASSIVES

L'étude des néphrites infectieuses démontre qu'il y a grand avantage à distinguer l'action des microbes de celle de leurs produits solubles dans la production des lésions. La tendance actuelle est d'accorder une influence prépondérante aux poisons, et de considérer que l'action directe des bactéries sur les éléments figurés du rein ne s'exerce qu'assez rarement. Ce qui paraît établi pour la plupart des néphrites peut être admis presque sans discussion pour la dégénérescence graisseuse. Elle peut en effet être reproduite expérimentalement sans l'intervention des bactéries.

Si l'on veut conserver à la *dégénérescence graisseuse du rein* sa physionomie

particulière il faut ne décrire sous cette désignation qu'un nombre assez restreint de faits dans lesquels l'organe tout entier a subi cette métamorphose. C'est dire que la description doit se borner aux altérations de la dégénérescence graisseuse aiguë.

On éliminera donc de cet exposé toutes les modifications cellulaires observées dans les néphrites chroniques. Dans les maladies de longue durée, les reins contiennent en effet, combinées à la stéatose, des inflammations diffuses du tissu conjonctif et des altérations glomérulaires de divers ordres. Les cellules abrasées au sommet sont chargées de graisse dans leur partie basale adhérente à la paroi des tubes contournés. Elles sont généralement morcelées et à peine reconnaissables.

Des infiltrations graisseuses de même importance sont souvent associées à la dégénérescence amyloïde; elles ne rentrent pas davantage dans notre sujet.

Les dégénérescences partielles appartiennent aussi aux formes lentes de la tuberculose rénale, et, d'après Lancereaux, seraient tributaires de l'alcoolisme. C'est pour cet auteur la seule lésion rénale d'origine alcoolique. Cette opinion ne peut être acceptée sans réserve. Quant à la nature exacte des lésions cellulaires observées dans la tuberculose chronique, elle est encore discutée.

On sait que, dans le foie gras des tuberculeux, les cellules contiennent beaucoup de graisse, mais que le corps cellulaire et le noyau sont encore actifs. Cette graisse est donc une graisse déposée ou fabriquée sur place et non utilisée; elle forme une réserve qui encombre la cellule, mais celle-ci n'est pas à proprement parler dégénérée; elle vit mal peut-être et d'une façon torpide, mais sa fonction n'est pas abolie, on peut en dire autant pour les cellules du rein. L'expression de dégénérescence graisseuse est un terme auquel on donne une trop grande extension mais qui s'applique tout naturellement aux faits que nous allons exposer.

La *dégénérescence graisseuse* est une altération du rein dont l'évolution est des plus rapides. Elle se fait en général en plusieurs jours, mais sa marche est parfois foudroyante. Les lésions dont elle est accompagnée sont d'une telle intensité qu'elles sont rarement suivies d'une résolution et d'une régénération complète.

Les deux séries de causes qui président au développement de ces altérations sont: 1° les empoisonnements par certaines substances, telles que le phosphore, l'arsenic, l'antimoine, l'iodoforme (G. Rummo), le cuivre (Filehne), peut-être l'oxyde de carbone; 2° certaines maladies infectieuses ou toxiques dont la liste est encore incomplète, parmi lesquelles il faut mettre en première ligne les ictères graves et la fièvre jaune, en seconde ligne le choléra et la grossesse.

Parmi les substances toxiques on a cité également l'acide sulfurique. Mais il donne aux reins une teinte blanc grisâtre sale très différente de la teinte jaune de la dégénérescence graisseuse. Dans celle-ci, le rein est gros et mou; à la suite de l'empoisonnement par l'acide sulfurique, le rein conserve son volume et il est dur. Les lésions dont il est atteint sont surtout des lésions de nécrose et non de dégénérescence graisseuse.

Beaucoup d'auteurs ont reproduit expérimentalement les intoxications par le *phosphore* et l'*arsenic*. Les résultats obtenus présentent une parfaite uniformité. Chez l'homme, les empoisonnements par le phosphore et l'arsenic sont