

spontanée, soit de l'albuminurie orthostatique. Chez plusieurs enfants de cette série, M. Northmann a encore constaté une rétention des chlorures.

On pourrait se demander si les malades chez lesquels la lordose provoque de l'albuminurie ne sont pas des albuminuriques orthostatiques. M. Northmann ne le pense pas. D'abord, en ce qui concerne les convalescents de scarlatine, nombre d'entre eux présentaient de l'albuminurie quand ils restaient au lit, ou avaient, dans l'urine, des cylindres hyalins et d'autres éléments morphologiques. En second lieu, l'expérience avec le rouleau réussissait chez eux à la période classique des complications rénales et autres survenant pendant la convalescence. Il faut donc admettre que la scarlatine provoque parfois une lésion rénale plutôt fonctionnelle qu'anatomique, se manifestant par une albuminurie intermittente avec ou sans cylindurie, laquelle albuminurie peut survenir soit quand l'enfant est couché, soit quand il quitte le lit. Chez ces enfants, une lordose expérimentale ou une lordose physiologique (station debout) provoque l'apparition de l'albumine dans l'urine.

M. Northmann a étudié, sur des cadavres congelés, les modifications que subissent les reins sous l'influence d'une lordose accentuée de la colonne lombaire. En pareil cas, la saillie que forment les vertèbres écarte les reins, leur imprime une légère rotation sur leur axe vertical, ce qui fait que leur bord externe est repoussé un peu en arrière et leur bord interne en avant. L'écartement des reins agiraient donc à la façon d'un traumatisme et réaliserait, en outre, des troubles de circulation dans le sens d'un ralentissement avec stase.

Ces deux éléments, traumatisme et troubles de circulation, seraient sans effet chez l'homme bien portant, à moins que la lordose physiologique ne soit chez lui, par un procédé quelconque, considérablement exagérée. Ils suffiraient, par contre, à provoquer de l'albuminurie chez les individus dont les reins sont déjà fonctionnellement ou anatomiquement insuffisants.

* * *

Albuminurie et néphrite au cours du rein mobile

Ostaigne, dans un récent No. de La Clinique, attire l'attention sur ce fait qu'on note l'albuminurie dans 15 à 20 p. 100 des cas de rein mobile. Elle peut être attribuée faussement quelquefois à la grossesse ou à une maladie infectieuse alors qu'elle a pour origine une néphropathie méconnue. Elle n'est influencée par aucun traitement ni aucun régime lacté ou déchloruré; elle disparaît quand la malade est couchée. C'est une albuminurie orthostatique: le port d'une ceinture suffit aussi quelquefois à la faire disparaître.

La cause de cette albuminurie est une lésion rénale: on constate dans l'urine la présence de cylindres granuleux; la capsule est épaissie et on trouve à l'autopsie des lésions corticales. La ptose fait du rein mobile un terrain préparé à l'infection ou à l'intoxication: ces lésions d'abord unilatérales influent sur l'autre rein comme l'ont prouvé

les expériences de l'auteur faites en collaboration avec Rathery, et l'albuminurie devient alors bilatérale. Ces faits ont été vérifiés par le cathétérisme des uretères.

Si l'albuminurie est unilatérale, il faut prescrire le repos et le port d'une ceinture; si elle est bilatérale il faut faire la néphropexie. Une cure d'Evian ou de Saint-Nectaire et un régime spécial pourront guérir l'autre rein s'il n'est atteint que légèrement.

* * *

Les variétés cliniques et anatomiques de la tuberculose rénale

Dans une récente et nouvelle étude sur la question, Léon Bernard dit (Trib. med., oct. 1909), qu'expérimentalement on peut provoquer la tuberculose rénale par la voie artérielle, la voie veineuse, la voie sous-cutanée, la voie péritonéale, et la voie urinaire ascendante.

Par l'inoculation de bacilles dans la circulation artérielle on provoque dans les deux reins un semis de granulations tuberculeuses péri-vasculaires et péri-glomérulaires; en même temps il y a dégénérescence des cellules des tubes et infiltration de cellules rondes dans le tissu interstitiel: il se produit donc une néphrite diffuse épithéliale et interstitielle avec granules péri-vasculaires.

Par l'inoculation veineuse on a absolument le même ensemble de lésions, mais d'une façon plus discrète et beaucoup moins intense.

Par l'inoculation sous-cutanée ou intra-péritonéale on a un semis de granulations tuberculeuses disséminées sans ordre entre les tubes, et une infiltration du tissu interstitiel par des lymphocytes, et rien du côté du parenchyme: il se produit donc de la granulation disséminée avec lésions de néphrite seulement interstitielle.

L'injection du bacille de Koch dans les voies urinaires ne détermine de pyonéphrose tuberculeuse, que si on y associe la ligature de l'uretère, sans quoi elle est ordinairement inoffensive.

Les lésions de néphrite épithéliale et interstitielle sont dues au passage du bacille lui-même dans le rein: il agit non pas par sa toxine la tuberculine, dont l'injection seule ne provoque que peu ou pas de lésions, mais par l'éthéro-bacilline ou poison soluble dans l'éther qui fait corps avec le bacille lui-même; ces lésions peuvent être reproduites par l'injection d'éthéro-bacilline pure.

Toutes les formes de néphrites qu'on a décrites chez les tuberculeux pulmonaires, les néphrites folliculaires et les néphrites non folliculaires interstitielles ou épithéliales, sont donc dues au passage du bacille lui-même dans le rein.

La tuberculose rénale diffuse, bilatérale d'emblée, infiltrée, répond à une infection massive par voie artérielle. La tuberculose rénale unilatérale, dite chirurgicale, répond à l'infection par voie veineuse.

En résumé il existe :

1^o Une forme primitive, unilatérale au début, dite chirurgicale, qui répond à une infection hémotogène, peu intense;