

disons mieux, les moins impuissans pour combattre le croup; qui peuvent conjurer le danger, non pas, certes, constamment, infailliblement, ni même, hélas! il faut l'avouer, dans la plupart des cas, mais enfin quelquefois; qui comptent des victoires d'autant plus nombreuses et d'autant plus éclatantes qu'on sait les déployer, les manier, les combiner avec cet habile à-propos, avec cette énergie calme et prudente, talens heureux où l'expérience clinique a tant de part, et les livres si peu. Or, ces moyens, les voici :

A. Emissions sanguines. Voilà par où il est rationnel et utile d'ouvrir le traitement, à moins d'une asthénie bien confirmée. Au besoin, pratiquer chez les malades adultes une ou deux phlébotomies. En règle à peu près universelle, tant chez les adultes, préalablement phlébotomisés ou non, que chez les enfans, applications répétées de sangsues sur le cou. Mais ayons soin de ne jamais pousser à l'excès la soustraction du sang, de ne jamais aller jusqu'à détruire les forces nécessaires à l'économie animale pour la séparation et l'expectoration de la pseudo-membrane. Dans le doute, mieux vaut encore s'abstenir de tirer du sang; mieux vaut cela que d'en tirer trop.

B. Pédiluves très chauds, et chargés de principes irritans. Sinapismes sur les membres. Vésicatoires, soit sur les membres inférieurs, soit même, comme certains praticiens le veulent et s'en louent, sur le devant du cou. Clystères purgatifs, et plutôt drastiques qu'autrement. Voilà pour remplir l'indication, encore fort rationnelle, de la révulsion.

C. Médicamens sternutatoires. C'est une ressource auxiliaire que certains praticiens ne dédaignent pas d'employer, et qui peut avoir, assurément, son utilité pour provoquer une expulsion plus prompte des fragmens pseudo-membranex.

D. Vomitifs coup sur coup. Chez les jeunes enfans, sirop d'ipécacuanha, administré par cuillerées d'heure en heure. Chez les enfans plus âgés et chez les adultes, tartre stibié en addition au sirop d'ipécacuanha, ou en potion formulée d'une façon quelconque; au besoin même, si les hautes doses de tartre stibié sont tolérées, donner le sulfate de cuivre ou celui de zinc. Cet emploi répété des vomitifs est à la fois un moyen propre à hâter la séparation de la pseudo-membrane et à en favoriser l'expectoration, et, sans aucun doute aussi, un moyen de révulsion, de perturbation, éminemment fait pour enrayer les funestes progrès du molimen inflammatoire et de l'exsudation diphtérique. Dans ces derniers temps, MM. Delarrouque et Marotte ont surtout préconisé la méthode des vomitifs coup sur coup; ils affirment avoir réussi par là à opérer des cures brillantes et presque inespérées. Mais ils recommandent bien d'appliquer cette méthode avec toute l'énergie et toute la persévérance qu'il faut pour en assurer le succès. M. Marotte, par exemple, a

donné le vomitif dix-sept fois en huit jours, et jusqu'à cinq fois par jour, au petit malade qui fait le sujet de sa 1^{re} observation. M. Delarrouque est allé encore plus loin: il a répété le même moyen neuf fois en vingt-quatre heures.

E. Mercurialisation rapide et poussée en vingt-quatre ou quarante-huit heures jusqu'à la salivation: soit par l'usage des frictions d'onguent napolitain à forte dose, soit par l'administration du calomel à la dose, par exemple, de cinq à dix centigrammes toutes les heures. Voilà encore une médication qui paraît avoir eu de réels et incontestables succès, si l'on en croit maints observateurs très éclairés et très dignes de foi. Voilà donc encore une ressource que, jusqu'à nouvel ordre, jusqu'à ce qu'on ait trouvé mieux, nous ne devons pas négliger de mettre en œuvre concurremment avec les émissions sanguines et les vomitifs.

F. Administration de quelques stimulans (132. F. 6.), dans la période d'asthénie (518. D.). Par exemple, faire inspirer fréquemment de l'éther sulfurique, etc., etc.

G. Trachéotomie. C'est la dernière ancre de salut, lorsque la maladie a résisté à tous les remèdes, lorsque la suffocation est imminente. Après cela, une fois la trachée ouverte, doit-on se borner à extraire les fragmens pseudo-membranex qui se présentent près de l'ouverture, à instiller quelques gouttes d'eau simple ou d'eau de guimauve dans le canal aérien afin de déterminer des efforts d'expectoration, et à maintenir à l'aide d'une canule la voie artificielle de l'air jusqu'à ce que la glotte soit redevenue parfaitement libre? Ou bien doit-on faire plus, doit-on porter sur la muqueuse du larynx, de la trachée-artère et des bronches, une médication hétérophlegmasique, employer, par exemple, la solution d'azotate d'argent, etc.? Cette dernière méthode a ses défenseurs, ses chauds partisans, et, entre autres, M. Trousseau. Mais, en dernière analyse, a-t-elle plus d'avantages que d'inconvéniens? comptera-t-elle plus de succès que de revers, comparativement aux revers et aux succès d'une méthode plus simple, de la première méthode, veux-je dire? C'est là une question que, pour ma part, je n'oserais trancher aujourd'hui, et qui me paraît avoir grandement besoin d'être éclairée par de nouvelles observations consciencieusement recueillies en grand nombre, supputées et analysées.

ARTICLE XXV.

PYÉLITE.

(Rayer: — de Πύελος, bassin.)

RAYER. — (*Traité des maladies des reins*, t. III, pag. 1-244.)524. *Définition.* — Sous le terme de *pyélite*, M. Rayer a, le pre-

mier, distingué et posé en genre à part l'inflammation de la membrane muqueuse qui tapisse le bassin et les calices.

Jusqu'ici, cette inflammation avait été comprise et confondue par tous les auteurs avec celle du parenchyme même des reins. Celle-là ou celle-ci, naguère encore, c'était tout un en nosographie. L'une et l'autre avaient nom néphrite : nom qui, après la distinction ici reconnue, doit être plus précisément réservé pour désigner l'inflammation établie au sein du parenchyme rénal, établie soit dans la substance tubuleuse, soit dans la substance corticale. Voir ci-après l'article *Néphrite* (article XLIV).

Au surplus, il est bon de remarquer, et cela en quelque sorte à la justification de l'ancienne confusion des deux affections, que dans la réalité les cas simples de pyélite ou de néphrite sont rares relativement à la fréquence des cas où les deux affections coexistent, où il y a, comme on doit dire aujourd'hui, pyélo-néphrite.

Maintenant, il va sans dire que la pyélite peut attaquer un seul rein ou tous les deux à la fois; qu'elle peut occuper toute l'étendue du bassin et des calices, ou bien, au contraire, être partielle, et se borner même à un ou quelques calices seulement.

Un mot encore avant de passer outre. En fait de pyélites simples, de pyélites, dis-je, qui aient une existence distincte et une certaine importance indépendamment de la néphrite proprement dite, le cas qui offre sans comparaison le plus d'intérêt, est celui où la pyélite prend naissance par suite de la présence de calculs ou concrétions urinaires (*Pyélite calculuse*, disons-nous aujourd'hui. — *Néphrite calculuse*, disaient nos devanciers). C'est donc à l'histoire des *Calculs rénaux*, en *Pathologie chirurgicale*, que je dois renvoyer les lecteurs comme à un complément indispensable de cet article-ci.

525. *Symptomatologie*. — A. La pyélite constitue quelquefois une maladie aiguë. Mais le plus souvent elle est chronique.

B. Les symptômes essentiels de la pyélite consistent, comme de raison : 1° dans les douleurs qui ont pour siège et pour point de départ l'un des reins ou tous les deux à la fois (299. H.); 2° dans la supersécrétion muqueuse (299. I.), qui mêle aux urines une matière glaireuse ou puriforme, tantôt assez abondante pour se faire reconnaître à la simple inspection, tantôt, il est vrai, trop rare pour être constatée autrement qu'avec l'intervention du microscope; autrement qu'en soumettant à cet instrument le sédiment urinaire, où apparaissent alors en plus ou moins grande quantité les globules muqueux ou purulens. Remarquons sur-le-champ que c'est uniquement par voie d'exclusion, uniquement dans les cas où il est impossible de rapporter à une affection de la vessie ou de

l'urètre cet état pathologique des urines, qu'on a tout droit de voir là une preuve certaine de l'existence d'une pyélite.

C. Assez fréquemment, la pyélite aiguë ne fait invasion qu'avec un cortège plus ou moins considérable de symptômes généraux (280. D.). Les douleurs peuvent être extrêmement vives, déchirantes; elles s'exaspèrent par accès rapprochés; elles s'irradient de la région rénale jusqu'à la vessie le long du trajet de l'urètre, et souvent même vont retentir dans le testicule: voilà précisément ce qu'on nomme des *coliques néphrétiques*. En général, dans le début du mal, le rein cesse de fournir de l'urine; et, si la pyélite est double, il peut donc y avoir absence complète de miction pendant quelque temps. Presque toujours, entre autres symptômes sympathiques, un ou deux vomissemens ont lieu dans la période initiale; et c'est là une particularité qui, tout accessoire qu'elle est, a certainement une assez grande valeur à l'endroit du diagnostic. Maintenant, comment tout cela finit-il? En règle universelle, ou très peu s'en faut, la résolution ou la chronicité, voilà l'alternative. Il est peut-être inouï que la pyélite aiguë, toute simple, toute seule, ait amené la mort.

D. S'agit-il d'une pyélite chronique, les douleurs se montrent, la plupart du temps, modérées et tolérables; elles n'ont pas du tout le caractère de coliques néphrétiques, ou du moins elles ne le prennent que de loin en loin, et que par addition et par greffe, pour ainsi dire, d'un état aigu sur l'état chronique. Le malade éprouve une souffrance fixe dans la région rénale, quelquefois même un simple sentiment de pesanteur, voilà tout. Bien plus, le mal peut être absolument indolent; il y a, nul doute à cela, des *pyélites latentes*. Quoi qu'il en soit, la pyélite peut se prolonger indéfiniment d'une façon stationnaire en chargeant les urines de mucus, de pus, de sang même. C'est surtout en cas de pyélite calculuse que le pus et le sang apparaissent dans les urines. Tantôt le sang apparaît là visiblement à la simple inspection, il y a hématurie dans toute la force du terme; tantôt, au contraire, la présence du sang n'est trahie que par l'examen chimique et microscopique (238. A.). Mais enfin il est des cas où le mal devient fort grave; c'est lorsque les urines glaireuses et purulentes s'accroissent de plus en plus dans le bassin et les calices, lorsqu'il s'est formé un obstacle à leur libre écoulement, soit par suite d'adhérences entre les surfaces de la muqueuse enflammée (299. P.), soit par suite de la vicieuse situation d'un grumeau glaireux ou d'une concrétion urinaire, qui viennent malencontreusement à faire office de bouchon. En pareille circonstance, effectivement, la cavité du bassin et des calices se dilate énormément; le parenchyme rénal, comprimé de dedans en dehors, s'atrophie; le rein est converti en une poche, qui constitue une tumeur plus ou moins considérable,

plus ou moins facile à constater par l'inspection et la palpation. Cette poche peut finir par s'ouvrir au-dehors, ou bien, événement terrible et promptement mortel, elle s'ouvre dans le péritoine. Quelquefois c'est dans le duodénum, le colon, l'estomac, etc., par suite des adhérences qui se sont préalablement établies entre ces organes et le rein dégénéré; et de là, des vomissemens urineux, des selles urineuses. Bien plus, en certains cas rares, il se forme des adhérences entre la tumeur rénale, le diaphragme et le poumon, de telle sorte qu'il peut y avoir une expectoration urineuse. Toujours est-il, en définitive, que la pyélite chronique peut conduire à la mort, soit peu à peu par la fièvre hectique et le marasme, soit plus brusquement par l'effet de perforations et d'épanchemens urineux.

526. *Anatomie pathologique.* — A. D'abord, en fait de pyélite aiguë, voici les vices anatomiques qu'il est le plus ordinaire de rencontrer.

α. On rencontre une *injection sanguine* plus ou moins considérable de la membrane muqueuse du bassin et des calices. Parfois c'est une rougeur générale et continue, due à un réseau vasculaire très serré, réseau constitué par l'entrecroisement d'un grand nombre de vaisseaux qui ne sont pas apparens dans l'état sain. D'autres fois, ce ne sont que des taches rouges, posées çà et là, constituées, aussi, par un lacis de petits vaisseaux, qui ne peuvent guère être aperçus sans l'aide de la loupe. En certains cas, même, ces taches ne sont, à vrai dire, que des points disséminés en plus ou moins grand nombre. Quoi qu'il en soit, si tant est que nous ayons affaire à une pyélite franchement aiguë, à une pyélite de fraîche date, et non à l'un de ces cas où un molimen d'inflammation aiguë est venu se greffer sur une inflammation chronique, la membrane muqueuse est à peine épaissie.

β. Chez quelques sujets, M. Rayet a rencontré une *exsudation pseudo-membraneuse*, déposée çà et là, plus ou moins adhérente, de couleur blanchâtre ou grisâtre. En pareil cas, un ou plusieurs des orifices par où les calices communiquent avec le bassin peuvent se trouver rétrécis ou complètement obstrués par ce produit de sécrétion pathologique.

γ. Quelquefois il y a *infiltration du tissu cellulaire sous-muqueux*, soit par de la sérosité, soit par du pus. Mais cela est rare.

B. Maintenant, que rencontre-t-on ordinairement dans la pyélite chronique bien confirmée, dans la pyélite de très longue date et sans intervention récente d'accidens aigus? Le plus souvent, l'aspect de la membrane muqueuse est une teinte, générale ou partielle, d'un blanc mat. Les rougeurs qu'on observe chez quelques sujets ne sont jamais aussi vives que celles de la pyélite aiguë; mais les vaisseaux principaux qui composent le réseau inflammatoire sont souvent d'un plus gros ca-

libre, et se montrent comme variqueux. Parfois il existe une teinte rouge-brunâtre d'une étendue plus ou moins grande. Il n'est pas rare non plus d'avoir à constater un certain nombre de taches grises ou ardoisées. De plus, la pyélite chronique entraîne toujours un épaississement sensible de la membrane muqueuse, et quelquefois cet épaississement est si considérable que les orifices des calices dans le bassin se trouvent excessivement rétrécis; chez certains sujets, même, un ou plusieurs calices sont oblitérés et transformés en cordons fibreux.

C. Quelquefois, mais fort rarement, il y a gangrène des tissus muqueux et sous-muqueux (*Pyélite gangréneuse*). Cela se voit notamment dans les affections charbonneuses.

D. La forme aphtheuse ou vésiculeuse (299. E.) peut se présenter quelquefois en cas de pyélite chronique, plus rarement en cas de pyélite aiguë. C'est ce qui résulte des observations faites par M. Rayet (*loc. cit.*, p. 4). Cet observateur a eu occasion, chez plusieurs sujets, de constater, à l'intérieur du bassin et des calices, une éruption de vésicules transparentes, grosses comme une tête d'épingle, contenant un liquide aqueux, en un mot, semblables entièrement aux sudamina.

E. La forme ulcéreuse ne s'observe guère que dans la pyélite chronique, et notamment par suite de la tuberculisation rénale. Au surplus, par le fait d'une ulcération, de quelque nature qu'elle soit, il se peut fort bien que les parois du bassin et des calices se trouvent détruites dans toute leur épaisseur, soient perforées de part en part, comme en cas de gangrène. Le résultat, heureusement, n'est pas toujours tel. Il y a des ulcérations susceptibles de se cicatrizer. Et l'on constate la réalité de cette cicatrisation sous les deux formes que voici : 1° simples dépressions à surface grenue et irrégulière, d'une teinte grisâtre, du volume d'une tête d'épingle; 2° cicatrices plus grandes, d'un blanc mat ou nacré, qui consistent en un groupe de dépressions et de lignes saillantes, de manière à figurer une sorte d'astérisque ou d'étoile.

F. Par suite d'une perforation gangréneuse (C.) ou ulcérate (E.), il peut exister une ou plusieurs fistules rénales, qui communiquent soit dans le tissu cellulaire ambiant sous-péritonéal, soit dans le péritoine même, soit dans le duodénum, ou le gros intestin, etc. D'où, encore un coup, la périnéphrite, la péritonite, les vomissemens urineux, les selles mélangées de pus et d'urine, etc., etc. (525. D.).

G. Il y a quelquefois atrophie des substances qui composent le parenchyme du rein : tantôt uniquement de l'une des deux substances, de la substance corticale ou de la substance tubuleuse; tantôt de toutes les deux en même temps. Cela se voit notamment quand il y a eu obstacle au cours de l'urine. Les calices et le bassin se dilatent, et finissent par être transformés en une poche multiloculaire, dont les loges ne commu-

niquent entre elles que par l'intermédiaire du bassinnet. Cette dilatation est graduellement produite par l'accumulation de l'urine ou encore limpide ou bien trouble et puriforme, et peut atteindre quelquefois à d'énormes dimensions. Il est une autre variété de cette atrophie rénale. Le rein, vu extérieurement et avant d'avoir été incisé et ouvert, se présente sous sa forme ordinaire, à cela près qu'il est réduit au volume du rein d'un nouveau-né, tandis que le bassinnet, fort dilaté, présente les altérations caractéristiques de la pyélite chronique.

H. L'urine contenue dans le bassinnet et les calices, en cas de pyélite, est toujours mélangée d'une certaine quantité de mucus puriforme ou de véritable pus, et quelquefois même de sang. Si la chose n'est pas évidente à l'œil nu, le microscope est là pour découvrir infailliblement la présence des globules muqueux ou purulents et des globules sanguins.

I. Outre cette urine purulente, sanguinolente, on peut trouver à l'intérieur du bassinnet et des calices, tantôt des calculs ou des graviers, tantôt des strongles ou des acéphalocystes.

527. *Complications*. — A. Je l'ai dit et je le répète, la pyélite est, dans la plupart des cas, compliquée de néphrite. Et l'on peut même se demander jusqu'à quel point on est bien en droit de voir une complication dans la pyélo-néphrite, qui est la règle, tandis que la pyélite ou la néphrite, isolées, sont l'exception.

B. Quelquefois, en même temps que la pyélite, on constate la présence d'un cancer ou de tubercules dans le rein; et presque toujours, en pareil cas, la pyélite n'est rien autre chose que l'effet de l'affection cancéreuse ou tuberculeuse, rien qu'une affection deutéropathique. En cas de tubercules particulièrement, notons qu'après avoir vidé et lavé le bassinnet et les calices, il reste d'ordinaire une certaine quantité de matière tuberculeuse plus ou moins adhérente à la membrane muqueuse.

C. Très fréquemment, la pyélite coexiste avec divers vices anatomiques de la vessie, de la prostate ou de l'urètre, qui sont, du moins dans la plupart des cas, le mal primitif, l'affection protopathique. En semblable occurrence, presque toujours la pyélite est double; les deux bassinnets sont affectés, quoique à différens degrés; les altérations de l'un sont plus considérables ou plus anciennes que celles de l'autre.

D. De toutes les affections deutéropathiques qui peuvent venir compliquer la pyélite, la péritonite est, sans contredit, la plus commune, qu'elle soit ou non le résultat d'une perforation rénale.

528. *Etiologie*. — Généralement, le développement de la pyélite se montre dû à quelqu'une de ces causes que nous avons droit de nommer déterminantes (86-7). Or, voici les principales :

A. *Cantharides* : ou par voie d'ingestion, ou par tout autre mode

d'intoxication. Notons que la pyélite née de cette cause se termine souvent par gangrène.

B. *Rétention d'urine* : notamment quand ce mal se prolonge indéfiniment à l'égard de l'un des reins, par suite d'une occlusion quelconque de l'urètre.

C. *Lésions mécaniques* : blessure pénétrant jusqu'au bassinnet, coups violents sur la région rénale. De là, la *Pyélite traumatique*.

D. *Phlegmasies de l'urètre et de la vessie* : se propageant par voie d'extension continue le long de l'urètre jusqu'au bassinnet et aux calices. Ainsi en est-il, par exemple, de la blennorrhagie dans quelques cas (*Pyélite blennorrhagique*).

E. *Corps étrangers* : 1° concrétions urinaires, dites suivant leur grosseur calculs ou graviers, d'où la *Pyélite calculuse*; 2° helminthes du rein (strongle géant, spiroptère, acéphalocyste). Mais encore faut-il remarquer à l'égard des acéphalocystes du rein, que ces êtres parasites n'entraînent la pyélite qu'à titre d'effet rare, comparativement même à la rareté de leur développement.

529. *Thérapeutique*. — (290.) — A. Pour la pyélite aiguë, comme aussi pour les exacerbations douloureuses de la pyélite chronique, voici les moyens principaux à mettre en œuvre. Sangsues, et préférablement ventouses scarifiées, sur la région rénale : au besoin, même, phlébotomies. Bains tièdes très prolongés. Boissons délayantes, et particulièrement les mucilagineuses et les émulsives (132. F. α.). Enfin, si le cas le réclame, médication narcotique.

B. Médicaments anticatarrhaux (132. G. π.), tant sur le déclin de la pyélite aiguë que dans la pyélite chronique, toutes les fois que les urines restent très chargées de mucus glaireux ou puriforme. Mais c'est à condition que, chez l'individu donné, ces médicaments soient parfaitement tolérés et ne tendent pas le moins du monde à redonner au molimen inflammatoire une nouvelle activité.

C. En cas de pyélite calculuse, n'oublions pas qu'il y a une indication impérieuse à remplir, celle de soustraire la cause du mal (290. A.), autant, du moins, que faire se peut, en déployant toutes les ressources de régime et de médication qui, dans l'état actuel de l'art, sont les plus propres à favoriser la dissolution des concrétions urinaires déjà formées et à prévenir qu'il ne s'en forme de nouvelles. Voir, en *Thérapeutique générale*, l'aperçu de la médication lithontriptique (132. D. ζ.), et, en *Pathologie chirurgicale*, l'histoire générale des concrétions urinaires.