

crétion ou l'excrétion de l'urine sont suspendues dans le rein du côté opposé, la mort survient rapidement.

L'hydronéphrose *double* est caractérisée par la rétention complète de l'urine : l'introduction d'une sonde dans la vessie n'en fait pas sortir de liquide ; par une agitation suivie d'affaissement, un mouvement fébrile. La mort survient rapidement dans ce cas. On observe quelquefois une inflammation de la poche que forment le bassin et les calices dilatés.

On ne confondra pas l'hydronéphrose avec la pyélite accompagnée d'une distension du bassin, attendu que, dans ce dernier cas, la tumeur est douloureuse, l'urine chargée de pus, à moins que toute communication ne soit interceptée entre le bassin et la vessie.

Le *pronostic* varie suivant que l'hydronéphrose est simple ou double ; dans le premier cas, la maladie n'est grave que lorsqu'il se fait une obstruction de l'uretère du côté opposé, ou que le rein sain s'enflamme. L'hydronéphrose double est plus ou moins rapidement mortelle.

Le *traitement* est subordonné à la cause de la maladie. Lorsque l'uretère est obstrué par un calcul, on cherche à ramollir et à dissoudre ce dernier ; en même temps on met le sujet dans des conditions telles, que la poche rénale ne puisse s'enflammer, ce qui aurait pour effet d'augmenter le liquide renfermé dans le bassin et les calices. S'il existe une occlusion de l'uretère par le fait d'un vice de conformation, on cherche à faciliter le cours de l'urine par une compression douce exercée sur la tumeur.

On a proposé de ponctionner la tumeur au moyen d'un trocart. Rayer rejette l'opération dans l'hydronéphrose d'un seul côté, à moins que la poche ne s'enflamme.

II. KYSTES DES REINS.

On les divise en kystes *séro-muqueux* et *acéphalocystiques*.

Kystes séro-muqueux. Ces kystes se rencontrent surtout dans la substance corticale, plus rarement dans le tissu cellulaire des vaisseaux rénaux et dans la substance tubuleuse. Ils sont généralement arrondis, ont des parois minces, lisses à l'intérieur, et renferment le plus communément de la sérosité transparente, quelquefois une matière d'apparence muqueuse. Rayer a signalé l'existence de la cholestérine. Lorsque la tumeur s'est enflammée, on y constate la présence d'un liquide puriforme.

Ils ne sont caractérisés par aucun symptôme apparent, tant qu'ils n'ont pas acquis un certain développement. Lorsqu'ils sont parvenus à un grand volume, ils occasionnent une sensation de gêne dans la région lombaire, parfois des attaques de douleurs rénales vives. C'est alors aussi qu'on constate parfois l'existence d'une tumeur appréciable. Les caractères de l'urine sont variables : ce liquide est aqueux ou purulent. Certains malades accusent des troubles de la digestion, ce qu'on attribue à la compression que la tumeur exerce sur l'estomac et les intestins. Lorsque l'affection se termine par la mort, il survient dans la dernière période des troubles cérébraux : somnolence, coma, délire.

Kystes acéphalocystiques. Ces kystes ne diffèrent pas de ceux que l'on trouve dans d'autres organes et dont la structure a été exposée (t. I, p. 167). Ils se présentent sous la forme de petites poches isolées ou réunies sous une enveloppe commune. La substance rénale est atrophiée et anémique, visible et encore distincte en quelques points, réduite en d'autres à une simple trame celluleuse, infiltrée çà et là d'une matière jaune accidentelle, et formant une sorte de membrane grisâtre à l'extérieur, jaunâtre à la coupe.

Les *symptômes* sont très-obscurs au début ; les malades éprouvent une sensation de gêne à la région lombaire. Lorsque le kyste a pris un accroissement considérable, il en résulte une tumeur appréciable au palper. La sécrétion urinaire n'est pas troublée.

La *marche* et les *terminaisons* sont variables : 1° Il peut se faire que le kyste s'ouvre dans les conduits urinaires et que les acéphalocystes soient expulsés avec l'urine. Dans ce cas, les malades éprouvent en général les accidents d'une colique néphrétique, et l'on trouve dans l'urine un nombre plus ou moins considérable d'acéphalocystes d'un volume variable entre un pois et une noix, du sang, de la sanie putride et même du pus. Au bout de quelques jours les douleurs vives cessent ; les malades ne conservent qu'une sensation de gêne dans la région lombaire ; l'urine continue à renfermer de la matière sanieuse et purulente. Survient alors une nouvelle période où les accidents causés par l'expulsion des acéphalocystes se montrent de nouveau. Quelquefois les malades guérissent ; d'autres fois ils dépérissent. — 2° Le kyste peut s'ouvrir à la région lombaire. Les malades éprouvent une douleur vive, continue, pulsative ; la région lombaire se tuméfié et rougit ; on y perçoit une fluctuation profonde. Que l'abcès s'ouvre spontanément, ou qu'il soit ouvert par le chirurgien, les acéphalocystes s'échappent à l'extérieur par cette voie. — 3° Dans quelques cas plus heureux encore, mais rares, la tumeur s'enflamme, et au lieu de se vider dans le bassin ou au dehors, elle revient sur elle-même ; le kyste se rétrécit et s'oblitére. — 4° On a vu les acéphalocystes se frayer une issue dans l'intestin, l'estomac, les voies respiratoires.

Le *diagnostic* est très-difficile jusqu'à ce que les acéphalocystes aient été rejetés au dehors. Alors même que ce phénomène est accompli, des erreurs sont faciles à commettre. Ainsi les kystes acéphalocystiques voisins de la vessie et ouverts dans cet organe peuvent en imposer pour des acéphalocystes des reins. Un kyste acéphalocystique du rein droit ouvert à l'extérieur pourrait être pris pour un kyste analogue du foie. L'abcès lombaire qui se forme dans les acéphalocystes du rein se distingue de l'abcès suite du pyélite, par l'existence antérieure, dans ce dernier cas, de coliques néphrétiques.

Lorsque la tumeur est intacte, par cela seul qu'il est difficile d'en reconnaître la nature, les ressources de la thérapeutique sont bornées. Dans le cas où le diagnostic serait assuré, le chirurgien devrait-il ouvrir le kyste par la région lombaire, en employant les caustiques et l'incision ? Lorsqu'il se forme un abcès à la région lombaire, il faut donner issue au pus. Enfin, dans le cas où les acéphalocystes sont expulsées par les conduits urinaires,

il convient de favoriser cette expulsion par l'usage des diurétiques. Les accidents de coliques néphrétiques que cette issue détermine quelquefois seront combattus par l'administration de l'opium.

III. CANCER DES REINS.

Le cancer des reins se montre le plus souvent chez l'homme, pendant la période de l'âge mûr ou la vieillesse ; on le dit plus fréquent à droite qu'à gauche. Il est formé par de la matière encéphaloïde ordinaire ou très-vasculaire, ou bien encore par du tissu squirrheux. La substance corticale est plus fréquemment atteinte que la tubuleuse. La dégénérescence cancéreuse occupe une étendue variable.

Les *symptômes* sont obscurs ; dans les premiers temps, il n'existe pas le plus souvent de douleurs, d'autres fois il se manifeste des douleurs lancinantes. Chez quelques malades, on constate la présence d'une tumeur bosselée et dure entre la dernière côte et l'os coxal. Au début, on observe parfois des *hématuries* abondantes ; plus tard, les urines sont sanguinolentes ou semblables à de la lavure de chair. Les malades maigrissent, la peau prend la couleur jaune-paille, il survient des troubles dans la digestion, un affaiblissement de plus en plus marqué et toutes les apparences de la cachexie cancéreuse.

Le *diagnostic* est difficile ; le signe le plus important est l'hématurie survenant au milieu de la santé et ne pouvant être rattachée à une altération des voies urinaires, et notamment à la présence de calculs dans les reins ; la formation consécutive d'une tumeur du rein est une présomption de plus en faveur de la maladie cancéreuse.

Le *traitement* est palliatif : on combat l'hématurie par les astringents et les réfrigérants ; la faiblesse et l'anémie qui en sont la conséquence par des toniques, des ferrugineux, une nourriture animalisée ; les douleurs par les narcotiques.

MALADIES DES URETÈRES.

Ces affections n'ont que peu d'intérêt au point de vue pratique, parce que le diagnostic en est très-obscur.

(a) L'*hémorragie* des uretères (*uretérorrhagie*) est rare, et ne se distingue pas cliniquement de l'hémorragie rénale.

(b) L'*inflammation* des uretères est la conséquence de la propagation à ces conduits d'une phlegmasie des reins ou de la vessie ; elle peut aussi être occasionnée par la présence d'un corps étranger provenant du rein.

(c) Des *calculs* sont parfois arrêtés dans les uretères. Ces concrétions viennent presque toujours des reins et restent logées vers le point de terminaison de l'uretère dans la vessie. Elles sont en général uniques, rarement multiples. Lorsqu'elles sont petites et lisses, elles laissent passer l'urine et ne déterminent pas de symptômes graves. Sont-elles plus volumineuses, le cours de l'urine est ralenti, à moins que le calcul ne présente une gout-

tière à sa surface. Si les deux uretères sont obstrués par des concrétions, il y a suppression complète d'urine dans la vessie ; une hydronéphrose peut se développer. Dans tous les cas, l'uretère se dilate au-dessus de l'obstacle et se rétrécit au-dessous. Si les pierres sont inégales, elles produisent des accidents de colique néphrétique.

Le diagnostic est obscur, à moins que le calcul étant situé dans la portion de l'uretère comprise entre les tuniques vésicales, on puisse le reconnaître par le toucher rectal (Boyer).

Le pronostic est d'autant plus grave que les calculs sont plus nombreux, plus volumineux, inégaux à la surface.

Les accidents de colique néphrétique sont traités par les moyens que nous avons exposés page 807. En cas de rétention d'urine avec tumeur formée par la dilatation de l'uretère, on abandonne la tumeur à elle-même (Boyer). S'il se forme un abcès dans le tissu cellulaire lombaire ou iliaque, à la suite de la distension et de l'ulcération de l'uretère, on institue le même traitement que pour les abcès consécutifs aux calculs des reins (p. 808). On a proposé, dans le but de favoriser la progression des calculs dans l'uretère, l'emploi de vomitifs, l'exercice à pied, à cheval, en voiture.

(d) L'uretère peut être *rétréci*, soit en conséquence de l'arrêt d'un calcul à l'origine ou à la partie moyenne du conduit, soit de l'interruption de la sécrétion urinaire dans l'un des reins, soit encore par le fait d'une compression exercée sur l'uretère par une tumeur avoisinante. D'après Littré, il existe des rétrécissements congénitaux.

(e) La *dilatation* de l'uretère peut être assez marquée pour que ce conduit atteigne la grosseur du doigt (Morgagni), d'un intestin, et même de la vessie (Ruysch). Dans un cas rapporté par Desgranges, la tumeur était apparente à l'extérieur. Pour que cette ampliation se produise, il faut que le cours de l'urine soit interrompu de l'uretère dans la vessie, par l'arrêt d'un corps étranger dans le conduit, ou par une compression exercée sur ce dernier.

Le diagnostic est difficile. On peut confondre la tumeur formée par la dilatation de l'uretère avec un kyste ovarique, un abcès par congestion. Si la tumeur se vide par la compression, en donnant lieu au besoin d'uriner, il y a plus de certitude.

L'affection est au-dessus des ressources de l'art, et Boyer conseille de la respecter.