

**Étiologie.** — L'otite affecte surtout les enfants et les jeunes gens. On dit que les scrofuleux y sont davantage prédisposés ; mais les plus nombreux écoulements d'oreilles qu'on voit chez eux ne dépendent pas toujours d'un travail inflammatoire ; plus souvent ils sont l'effet d'une simple sécrétion morbide, d'un catarrhe, ou bien ils dépendent d'une altération des os, semblable à celle qu'on observe dans plusieurs autres parties du corps, et à laquelle l'inflammation est tout à fait étrangère.

Il est plusieurs maladies dans le cours ou vers le déclin desquelles l'otite survient fréquemment : ce sont surtout la rougeole, la variole, la fièvre typhoïde et la phthisie pulmonaire. Dans la plupart des cas, l'otite arrive d'une manière spontanée ou sous l'influence de causes toutes locales, telles que l'impression d'un courant d'air froid reçu sur l'oreille, l'accumulation du cérumen, l'introduction d'un corps étranger, certaines opérations pour détruire des végétations et des polypes. Avicenne, Bonnet, Itard et quelques autres, ont cru qu'un abcès primitivement développé dans le cerveau pouvait, en s'ouvrant dans l'oreille interne, enflammer celle-ci et produire une variété d'otite qu'on a nommée *otorrhée cérébrale* ; Morgagni, au contraire, admettait que le pus de l'oreille se faisait jour dans le cerveau. Des faits plus sévèrement observés, ceux surtout que Lallemand a analysés dans sa quatrième lettre, ont prouvé que l'abcès cérébral était presque toujours une lésion consécutive à l'inflammation de l'oreille et à la carie du rocher. Il serait difficile d'admettre que l'abcès cérébral fût habituellement primitif, les malades, en effet, ne pouvant vivre assez longtemps pour que le rocher se détruise par un travail phlegmasique procédant de dedans en dehors.

**Traitement.** — L'otite érysipélateuse n'exige guère que l'emploi de quelques injections émollientes. Lorsqu'elle a eu pour résultat la production d'un tampon cérumineux oblitérant tout à fait le conduit auditif, il ne faut point vouloir enlever celui-ci avec des pinces, car on déterminerait de vives douleurs et l'on opérerait des déchirements ; mais il faut pousser dans l'oreille, à l'aide d'un clysopompe, un jet d'eau assez fort pour ramollir la masse, qui, en effet, se détache bientôt d'elle-même, et sort tout d'une pièce ou par fragments : aussi la surdité cesse-t-elle à l'instant. Mais comme, au-dessous de la concrétion, la membrane du conduit reste ordinairement rouge et sensible, il faut pendant plusieurs jours de suite renouveler les injections émollientes en rendant celles-ci légèrement résolutive par l'addition d'une petite quantité de sous-acétate de plomb.

A l'otite plus aiguë il faut opposer un traitement antiphlogistique. Au début, on peut, si la phlegmasie est de médiocre intensité, se borner à faire quelques injections émollientes, à appliquer des cataplasmes calmants sur l'organe, à donner des pédiluves irritants. Mais si la douleur est très-vive, il est indiqué d'appliquer avant tout un certain nombre de sangsues sur l'apophyse mastoïde et à la tempe ; s'il y a beaucoup de fièvre, on ouvrira la veine du bras, Kramer blâme, en pareil cas, les injections opiacées préconisées par quelques personnes. Les moyens qui précèdent, auxquels on associera les évacuants intestinaux et surtout les drastiques, ainsi que les révulsifs sur la peau de la région mastoïdienne, conviendront aussi bien dans l'inflammation de la membrane du tympan que dans l'otite interne. Il faudra seulement dans celle-ci pousser le traitement avec beaucoup d'activité, et se conduire comme on le ferait vis-à-vis d'une maladie grave pouvant entraîner rapidement la mort.

Lorsque la suppuration s'est accumulée dans l'oreille interne, il faut se hâter de l'évacuer en raison des graves désordres qui peuvent en résulter. On a pro-

posé, dans ces cas, de désobstruer le conduit d'Eustachi, de perforer l'apophyse mastoïde ou la membrane du tympan ; ce dernier moyen est généralement celui qu'on préfère. La perforation de l'apophyse mastoïde a été à peu près abandonnée depuis les trois insuccès d'Itard : cependant Dezeimeris, relevant dans le journal *l'Expérience* de 1838 les principaux cas où cette opération a été faite, a vu que sur quatorze perforations il y en avait eu neuf qui avaient réussi. L'abcès une fois ouvert, on favorisera la sortie du pus par la position et par les injections. Celles-ci n'ont pas grande utilité dans l'otorrhée purulente ; elles ne servent guère, en effet, qu'à entraîner le pus. Elles devront presque toujours être émollientes ou légèrement détersives ; les liquides irritants ou astringents, qu'on emploie souvent trop tôt, ont fréquemment pour résultat de faire naître des accidents aigus. Cependant, dans l'otite catarrhale, lorsque la peau du méat est seulement rouge, mais sans érosions, ni vésicules, ni fongosités, Kramer se loue beaucoup des injections saturnines (5 centigrammes à 5 décigrammes de sous-acétate de plomb pour 30 grammes d'eau). Quant aux huileux, qui sont d'un usage si général, il faut s'en abstenir, car l'huile, en rancissant, devient irritante, et en se concrétant elle forme obstacle à l'écoulement du pus, ce qui est toujours une circonstance fâcheuse. Pour modifier l'état des surfaces suppurantes, on devra surtout espérer de bons effets d'une médication révulsive : on commencera, pour l'otite externe, à appliquer un vésicatoire derrière l'oreille ou à la nuque ; mais, dans l'otite interne, ce moyen est insuffisant, et il convient de le remplacer par un séton. Il faudra en même temps donner à l'intérieur les médicaments propres à combattre certains états généraux, qui peuvent à eux seuls produire ou entretenir l'otorrhée ; telle est, en particulier, la constitution scrofuleuse, à laquelle on opposera les moyens appropriés. S'il y a carie des os, on essaiera également l'usage des eaux minérales alcalines et sulfureuses à l'intérieur, et à l'extérieur en bains, injections et douches. Contre l'otite sèche, si elle occupe le conduit auditif externe, on opposera les injections sédatives, mucilagineuses, puis légèrement alcalines ; si ces moyens échouent, on modifiera l'état des surfaces par la cautérisation avec le nitrate d'argent. Enfin, à l'engorgement chronique de l'oreille moyenne, on opposera le cathétérisme de la trompe d'Eustachi avec insufflation d'air.

## INFLAMMATION DES ORGANES DE LA SÉCRÉTION ET DE L'EXCRÉTION URINAIRES

### DE L'INFLAMMATION DES REINS

Jusque dans ces derniers temps on a compris sous le titre de *néphrite* les inflammations aiguës et chroniques des divers tissus qui entrent dans l'organisation des reins. Cependant les recherches des observateurs modernes, particulièrement celles de Bright et de Christison en Angleterre, ainsi que les beaux travaux de M. Rayer en France, ont démontré que l'inflammation pouvait affecter des sièges différents. C'est ainsi qu'on la voit envahir isolément les substances corticale et tubuleuse, ou bien la membrane interne des calices et surtout celle des bassinets : on nomme la première *néphrite*, et l'on réserve à la dernière la dénomination de *pyélite*. Ces deux espèces d'inflammations coexistent souvent chez le même individu, et peuvent se montrer l'une et l'autre à l'état aigu et à l'état

chronique. Les auteurs, et M. Rayet surtout, ont encore admis plusieurs espèces ou variétés d'inflammations rénales, en ayant surtout égard aux causes qui les produisent ou aux circonstances dans lesquelles elles se développent : c'est ainsi qu'on a admis une néphrite *rhumatisme* et une néphrite *goutteuse*; mais la description qui en a été donnée est tellement vague et confuse, qu'on n'y reconnaît point les traits d'une affection distincte : aussi n'en parlerons-nous point. Quant à la maladie à laquelle le docteur Bright a donné son nom, et que quelques auteurs ont considérée comme une variété de l'inflammation rénale, nous en renvoyons l'étude dans le tome II, car nous ne saurions considérer cette maladie autrement que comme une lésion de nutrition spéciale au tissu des reins, à la production de laquelle l'inflammation n'a aucune part : c'est ce que nous chercherons à établir plus tard.

## DE LA NÉPHRITE

**Caractères anatomiques.** — Dans le premier degré de l'inflammation, on trouve les reins augmentés de volume, en totalité ou en partie, suivant que la maladie est générale ou partielle. A l'extérieur de l'organe existe une coloration qui varie du rouge au brun foncé : elle est uniforme ou bien elle est disposée par plaques, par arborisations fines ou par piquetés, dans l'intervalle desquels on distingue à l'œil nu ou à la loupe une foule de petits points. Ceux-ci sont d'un rouge vif, plus rarement ils sont noirs, et ne font aucun relief; disposés en ligne, ils sont rarement groupés entre eux; ils sont visibles à la coupe de la substance corticale, mais ils existent surtout à la surface de l'organe. Ces corps ne seraient autre chose, d'après M. Rayet, que les glandules de Malpighi très-injectées. En divisant les reins longitudinalement et dans toute leur épaisseur, on reconnaît que les substances tubuleuse et corticale ont plus de consistance; elles sont ordinairement friables, plus rarement on les trouve ramollies; elles sont, en outre, d'un rouge plus ou moins foncé, à cause de la grande quantité de sang qu'elles contiennent et qu'on voit s'écouler lorsqu'on incise l'organe, ou bien lorsqu'on le presse entre les doigts. A côté de ces parties injectées, M. Rayet en a quelquefois trouvée d'autres où la substance des reins était anémique; mais cette altération se rencontre plus communément dans l'affection qu'on nomme *maladie de Bright*. Les lésions que je viens d'énumérer constituent le premier degré de la néphrite. Il est cependant assez rare de les constater sur le cadavre, attendu que l'inflammation des reins n'a une issue funeste qu'à une époque beaucoup plus avancée, et lorsque la suppuration s'est déjà formée dans les tissus. Dans ce cas, le pus se rencontre surtout dans la substance corticale; il y est rarement infiltré, mais presque toujours on le trouve réuni en petits foyers solitaires ou multiples, du volume d'un pois ou d'une noisette. Plusieurs de ces abcès peuvent former, par leur réunion, une collection plus vaste. Toutefois l'espèce de néphrite que nous étudions actuellement produit rarement des abcès très-étendus. Les vastes suppurations qui occupent tout un rein dépendent bien moins, comme l'a démontré M. Rayet, d'une néphrite simple que d'une inflammation primitivement développée dans les calices et dans le bassin (voyez plus bas *Pyélite*). L'éminent observateur que je viens de citer dit également qu'au lieu de pus, on peut trouver infiltrée dans la substance corticale une lymphe plastique, semblable à celle que nous avons signalée dans la splénite. Presque toujours elle forme des plaques grisâtres ou jaunâtres qui font relief à la surface de l'organe et ont un volume variant depuis

celui d'un grain de cassis jusqu'à celui d'une noix. Cette altération serait presque constante, d'après M. Rayet, dans la néphrite qu'il nomme *rhumatisme*; elle n'a pourtant rien de caractéristique, attendu que la même lésion a été trouvée chez des individus ayant succombé à l'action de poisons morbides. Dans quelques cas aussi on a trouvé dans la substance corticale des concrétions d'acide urique avec congestion du tissu; et l'on a parfois considéré cette lésion comme propre à caractériser une forme de néphrite qu'on a nommée *goutteuse*.

La gangrène des reins est une altération qui jusqu'à présent a été peu observée. On la reconnaît à la couleur livide, brunâtre des tissus, à leur ramollissement, et surtout à l'odeur caractéristique qu'ils exhalent.

Lorsque la néphrite simple existe à l'état chronique, les reins ont le plus souvent un volume moins considérable; ils sont atrophiés, durs, plus pesants; leur surface, plus ou moins marbrée, bleuâtre, ardoisée, quelquefois presque pâle et comme anémique, est marquée par des saillies ou par des dépressions dont quelques-unes sont le résultat de cicatrices. Les premières sont constituées tantôt par la substance corticale, qui semble avoir subi dans ce point un peu d'hypertrophie; d'autres fois, elles sont formées par un épanchement de matière fibrineuse dans l'interstice des tissus.

**Symptômes. Marche.** — Suivant M. Rayet, l'invasion de la néphrite aiguë serait presque toujours marquée par un frisson plus ou moins prolongé; la douleur le suit de près. Celle-ci est communément sourde, continue, profonde, et ne se réveille parfois que lorsque l'on comprime fortement la région rénale. Elle peut occuper un seul rein ou bien les deux à la fois : dans ce dernier cas, elle prédomine dans un des côtés; la pression l'exaspère presque toujours. Il en est de même fort souvent des mouvements de flexion du tronc, des secousses de la toux et du décubitus en supination. Fixée presque toujours au niveau de l'organe malade, elle s'irradie souvent vers le diaphragme, mais surtout vers les uretères, vers la vessie, les testicules ou les aines, où elle retentit d'une manière très-pénible. Il arrive même parfois que la douleur est beaucoup plus vive vers la vessie que vers les lombes. Quoique, dans la plupart des cas, les reins enflammés soient en même temps augmentés de volume, cependant il est rare qu'ils forment une tumeur appréciable par le palper de l'abdomen, et même par la percussion. Par ce dernier mode d'exploration, on peut pourtant les circonscrire quelquefois assez exactement, surtout si la paroi abdominale antérieure, peu épaisse et très-flasque, se laisse assez déprimer pour permettre d'arriver sur l'organe malade. L'urine, dans la néphrite, est toujours altérée dans sa quantité et dans ses qualités; elle est communément moins abondante; elle peut cesser momentanément d'être sécrétée, non-seulement lorsque les deux reins sont affectés simultanément, mais encore lorsqu'un seul est malade, ce qui s'explique par la sympathie que le rein affecté exerce sur son congénère. Examinée quant à ses propriétés physiques et chimiques, l'urine, dans la néphrite simple, est parfois un peu sanguinolente, ce qui lui donne alors une couleur foncée; l'acide nitrique et la chaleur y dévoilent assez souvent la présence de l'albumine; mais ce produit n'y existe ordinairement qu'en petite quantité et d'une manière tout à fait passagère. L'urine dont nous parlons est à peine acide; souvent elle est neutre, ou même alcaline, et contient moins d'acide urique et d'urates qu'à l'état normal. On y rencontre aussi des dépôts muqueux ou purulents, ce qui, d'après M. Rayet, indique bien moins une phlegmasie des substances corticale et tubuleuse, que celle des calices, du bassin, des uretères et de la vessie. Dans la néphrite, l'urine n'a donc aucun caractère constant, et par conséquent caractéristique.

La néphrite s'accompagne toujours d'un mouvement fébrile plus ou moins intense et proportionné à l'intensité de la maladie; presque toujours aussi on remarque quelque dérangement du côté des fonctions digestives, comme une bouche mauvaise, des nausées, des envies de vomir et de la constipation. Rarement il existe des symptômes graves de malignité ou de putridité, comme du coma, du délire, de la prostration, des dents et une langue fuligineuses, et des redoublements fébriles simulant des accès de fièvre rémittente pernicieuse. De pareils accidents sont, en effet, excessivement rares; on ne les observe guère que dans les cas où, la néphrite étant double, la sécrétion urinaire est suspendue. On conçoit qu'il doit en être de même dans les cas où, un rein unique existant, l'inflammation vient à l'envahir dans sa totalité.

**Terminaisons. Durée.** — La néphrite se termine ordinairement par résolution; on voit alors les symptômes précédemment énumérés disparaître peu à peu, et la sécrétion urinaire revenir à son état physiologique. La maladie dure dans ces cas entre sept et quinze jours. La terminaison par suppuration n'est guère annoncée que par des signes rationnels : tels sont la persistance de la fièvre, avec des redoublements nocturnes, des frissons irréguliers, des sueurs et des accidents typhoïdes. La présence du pus dans l'urine, que beaucoup de personnes signalent comme un phénomène constant, est, par contre, assez rare. D'ailleurs elle indique peut-être moins une néphrite parenchymateuse qu'une inflammation primitive ou consécutive du calice ou des bassinets. Dans les cas rares où la néphrite est suivie de gangrène, les symptômes typhoïdes sont encore plus marqués; la prostration est extrême; l'urine est noire, fétide : on l'a comparée à de l'eau de fumier. Lorsqu'il y a suppuration comme lorsqu'il y a gangrène, la mort arrive tantôt par suite des désordres dont le rein est le siège, tantôt par le développement d'une phlegmasie du péritoine ou du tissu cellulaire périrénal.

L'inflammation des reins passe parfois à l'état chronique. Nous avons vu dans ce cas que le tissu rénal était atrophié ou induré; mais on n'est pas encore fixé sur la nature des accidents qu'on observe alors. Quelques malades éprouvent une douleur habituelle dans les reins; leur urine est un peu acide : parfois elle est neutre ou même alcaline; les extrémités inférieures sont faibles; ils maigrissent et leur constitution s'altère. Cependant, dans une foule de cas, ces lésions qui caractérisent la néphrite chronique existent sans exciter aucun trouble bien appréciable dans la santé. Comme M. Rayer le dit avec grande raison, il est impossible d'établir aujourd'hui jusqu'à quel point l'induration rénale doit être portée pour être incompatible avec l'exercice à peu près régulier de la sécrétion urinaire. Quoi qu'il en soit, il résulte surtout des recherches de ce médecin que dans la néphrite chronique, telle que nous la comprenons ici, les urines ne sont presque jamais purulentes; l'état trouble qu'elles présentent souvent dépend de la grande quantité de phosphates qui y sont suspendus. La néphrite chronique a une durée longue et toujours indéterminée; elle offre souvent des exacerbations.

**Diagnostic.** — Une douleur plus ou moins vive au niveau des reins, la diminution de la sécrétion urinaire, l'état alcalin ou neutre de l'urine, ou tout au moins une diminution dans l'acidité de ce liquide, sont, avec la fièvre, les frissons d'invasion et les troubles des organes digestifs, les seuls signes qui puissent indiquer une inflammation aiguë de la substance des reins. L'existence de l'inflammation chronique sera surtout déterminée par la présence d'une urine alcaline; car, quoique l'alcalinité de ce liquide se rencontre dans quelques circonstances, notamment chez les sujets affaiblis par l'abstinence, cependant il

résulte des recherches de M. Rayer qu'une urine alcaline, décolorée, rendue trouble par le dépôt des phosphates au moment de son émission, est, dans la plupart des cas, l'indice d'une inflammation chronique des reins. Nous verrons bientôt en quoi la néphrite simple diffère de la pyélite. Je renvoie également aux articles *Calculs urinaires et hépatiques*, aux articles *Lumbago*, *Péritonite* et *Maladie de Bright*, pour compléter le diagnostic différentiel de la néphrite.

**Pronostic.** — La néphrite simple survenant chez un sujet bien portant est communément une affection peu grave, dont l'issue est presque toujours favorable; il n'en est plus de même dans les cas où les deux reins sont simultanément atteints, surtout lorsque la phlegmasie survient consécutivement à quelque grave altération des voies urinaires. La terminaison par suppuration est grave et entraîne souvent la mort après une véritable fièvre de consommation. (Voyez plus bas l'article *Pyélite*.)

**Étiologie.** — La néphrite, rare dans l'enfance, plus commune chez les adultes et surtout chez les vieillards, affecte un plus grand nombre d'hommes que de femmes. Il est douteux que le rein gauche soit plus sujet à s'enflammer que le droit. La néphrite peut être tout à fait spontanée; mais le plus souvent elle succède à une violence extérieure (plaie, contusion), ou bien elle est produite par d'autres causes qui agissent mécaniquement : tels sont les calculs dans les calices et dans le bassinnet, ou bien une accumulation insolite d'urine dans ces parties, par suite de quelque obstacle à son écoulement situé sur un des points des voies urinaires. L'administration et même l'abus des diurétiques est une cause fort rare de néphrite; il en est de même des refroidissements. Nul doute que la néphrite ne survienne quelquefois dans le cours des autres maladies aiguës et chroniques; mais si l'on excepte les affections des voies urinaires qui peuvent avoir une influence directe pour sa production ainsi que l'infection purulente du sang, nous n'en voyons aucune autre qui prédispose manifestement à la néphrite. Nous croyons surtout, contrairement à M. Rayer, que la néphrite est très-rare dans le cours de la fièvre typhoïde et du rhumatisme articulaire. Quant aux souffrances rénales qu'on observe chez quelques goutteux, il n'est pas encore démontré qu'elles dépendent, ordinairement du moins, d'une inflammation, soit aiguë, soit chronique, du tissu des reins.

**Traitement.** — A la néphrite aiguë il faut opposer un traitement antiphlogistique dont l'énergie sera proportionnée à l'intensité de la phlegmasie : ainsi on pratiquera une ou plusieurs saignées générales et locales; on couvrira les lombes de cataplasmes émollients; on plongera les malades dans un bain tiède prolongé; on donnera des boissons douces, mucilagineuses, et l'on opérera une légère révulsion sur le tube digestif à l'aide de purgatifs doux. Si les accidents typhoïdes étaient un obstacle absolu à l'administration des antiphlogistiques, si la prostration était grande, il n'y aurait guère qu'à soutenir les forces par l'emploi des toniques et des cordiaux. Mais presque toujours ces moyens sont impuissants pour prévenir une terminaison funeste.

Lorsque la maladie a passé à l'état chronique, il peut être utile de recourir à une émission sanguine locale, si aucun traitement n'a encore été employé; mais il faut alors insister spécialement sur la médication révulsive : des vésicatoires, et mieux encore un ou plusieurs cautères ou moxas, seront placés sur la région lombaire; si la constitution est affaiblie, on tâchera de la fortifier par les amers, par les martiaux, par une nourriture analeptique. A l'aide de ces moyens, on fera cesser plus sûrement l'alcalinité de l'urine, et l'on préviendra mieux la précipitation des phosphates qu'on ne le ferait par l'usage des acides végétaux

et minéraux, qu'on a conseillés en pareil cas, et dont l'utilité est contestable. En même temps le corps sera couvert de flanelle de la tête aux pieds, et l'on placera les malades dans les meilleures conditions hygiéniques; enfin, on veillera à ce que l'urine séjourne le moins possible dans ses réservoirs. Si, par exemple, un rétrécissement de l'urètre ou l'hypertrophie de la prostate s'opposaient à son excrétion, on devrait pratiquer fréquemment le cathétérisme. Lorsque des accidents aigus surviennent, il faut les combattre par une application de ventouses, et suspendre momentanément la médication tonique.

## DE LA PYÉLITE

Sous le titre de *pyélite* (πέλις, *pelvis*), M. Rayer a décrit l'inflammation aiguë et chronique du bassin et des calices. On en distinguera deux espèces principales, qui sont : 1° la pyélite produite par la présence d'un corps étranger (calculs, vers, acéphalocystes, etc.); 2° la pyélite qui survient sans le concours de cette cause. Mais celle-ci est tellement rare, qu'on pourrait presque décrire la pyélite comme une sorte de néphrite, qu'on nommerait *calculuse*, maladie sur laquelle Chomel a publié, en 1837, un travail important dans les *Archives de médecine*.

**Caractères anatomiques.** — Dans la pyélite aiguë, on trouve la membrane muqueuse des calices et du bassin injectée, rouge, épaissie, friable, ramollie, ulcérée ou tapissée de productions pseudo-membraneuses; c'est ce qui a lieu particulièrement lorsque l'inflammation a été provoquée par absorption des cantharides. Le tissu cellulaire subjacent est quelquefois infiltré de sérosité; le bassin et les calices, plus ou moins élargis, contiennent de l'urine mêlée ordinairement à une certaine quantité de sang ou de mucus purulent; on y trouve aussi le plus souvent du sable, des graviers ou des calculs. Dans tous ces cas, le tissu rénal est généralement augmenté de volume et plus ou moins congestionné.

Dans la pyélite chronique, la membrane muqueuse est d'un blanc mat ou ardoisé; sa surface est parfois hérissée de petites vésicules semblables à des sudamina : elle offre un épaississement qui peut être assez considérable pour oblitérer les calices; enfin, on la trouve quelquefois ulcérée, plus rarement gangrenée. La maladie étant presque toujours symptomatique de la présence de graviers ou de calculs, on rencontre ces corps étrangers accumulés en plus ou moins grand nombre dans le bassin, dans les calices et même dans l'uretère. Presque toujours, par suite de leur volume et de l'obstacle qu'ils apportent à l'écoulement de l'urine, les calices et le bassin se dilatent; puis, par la pression constante que l'urine et le pus accumulés exercent de dedans en dehors, la substance rénale finit par participer à l'inflammation; d'autres fois elle y reste étrangère, mais elle s'atrophie. Dans ces deux cas, le rein finit par être transformé en une vaste poche multiloculaire pleine de pus, d'eau, de graviers, de calculs. Chacune des loges est formée par l'ampliation des calices, qui rarement communiquent directement entre eux, mais seulement à l'aide du bassin énormément distendu. Ces graves altérations peuvent cependant exister dans le rein, bien qu'on ne rencontre aucun calcul dans cet organe; mais le corps étranger, cause première de toutes les lésions qu'on observe, se trouve souvent alors dans la vessie; la dilatation considérable que l'uretère correspondant a subie est une preuve certaine que la concrétion lithique y a séjourné plus ou moins longtemps. Le rein ainsi altéré a contracté des adhérences avec les

parties voisines; sa cavité peut communiquer avec le tissu cellulaire ambiant et avec le colon; à gauche avec la plèvre et avec le poumon; à droite avec des abcès développés dans le foie. Dans la plupart des pyélites chroniques graves il y a inflammation et suppuration de l'une des substances rénales, et souvent des deux à la fois (*pyélo-néphrite*); car l'inflammation, primitivement bornée au bassin et aux calices, a une grande tendance à se propager à la substance des reins, tandis que le contraire n'a presque jamais lieu (Rayer). Enfin, dans des cas où le rein, n'ayant pas subi une grande distension, est revenu sur lui-même, et lorsque les individus se sont rétablis, on trouve cet organe transformé en une poche cellulo-fibreuse logeant un calcul; les vaisseaux sont, en outre, oblitérés, c'est-à-dire que l'individu a vécu alors avec un seul rein. Chomel a cité dans son mémoire un fait de ce genre, qui est sans contredit un des plus curieux que l'on connaisse.

**Symptômes.** — La pyélite reconnaissant presque toujours pour cause la présence d'un calcul et son déplacement, on s'expliquera pourquoi, contrairement à la plupart des autres phlegmasies, on observe si rarement des prodromes. Le début de l'affection, en effet, presque toujours brusque, est marqué par cette réunion de symptômes que nous décrirons dans le tome suivant comme caractérisant les accès de colique néphrétique. Toutefois ces accidents n'appartiennent pas précisément à un travail inflammatoire, puisqu'il suffit que le corps étranger soit expulsé ou déplacé pour qu'ils disparaissent presque instantanément. Mais pour peu qu'ils se prolongent, on voit bientôt des signes d'inflammation survenir. En général, alors, la douleur diminue d'intensité; les malades n'accusent plus qu'un sentiment de pesanteur; quelquefois pourtant la douleur se réveille, plus vive par instants, tantôt spontanément, le plus souvent pendant les mouvements, les secousses de la toux, ou par la pression qu'on exerce sur le rein malade. L'urine est très-variable d'aspect. Souvent, en effet, elle ne diffère pas de l'urine normale; d'autres fois elle est sanguinolente, chargée de mucus qui se dépose à sa surface par le refroidissement : presque toujours elle est acide, à moins que les reins ne contiennent des calculs phosphatiques; dans ce cas, elle est trouble et alcaline au moment de l'émission. Enfin, si la maladie succède à l'action des cantharides, l'urine traitée par l'acide nitrique et par la chaleur précipite plus ou moins abondamment de l'albumine. En même temps divers phénomènes sympathiques ont lieu surtout du côté des organes digestifs et circulatoires : les malades ont perdu l'appétit; la plupart ont des nausées, des vomissements bilieux, de la constipation, une certaine accélération du pouls, une chaleur fébrile et du malaise.

**Marche. Terminaisons.** — La pyélite spontanée, et celle qui est consécutive à une blennorrhagie, ont une durée courte; elles dépassent rarement douze à quinze jours; leur issue est toujours favorable. La pyélite produite par l'action des cantharides, presque toujours aussi fort bénigne, ne se prolonge guère au delà de quelques jours. Les choses ne se passent pas de même dans la pyélite que provoque la présence d'un corps étranger. Souvent, il est vrai, il suffit que celui-ci se déplace ou qu'il soit expulsé pour que la phlegmasie se termine par résolution; mais d'autres fois le malaise persiste, bientôt il s'y joint aussi quelques frissons irréguliers, la région rénale devient le siège de douleurs pulsatiles et d'un engourdissement qui se prolonge parfois vers le membre correspondant. Quelques malades éprouvent des hématuries abondantes; chez la plupart, les urines sont seulement troubles, lactescentes, et contiennent une plus ou moins grande quantité de pus. Après avoir rendu pendant quelque temps des urines purulentes mêlées souvent à des graviers,