

rendre dans les couches épithéliales de la peau (DEMIÉVILLE, NOTHNAGEL).

La *marche* de la maladie d'ADDISON est presque toujours chronique et peut durer des années. On a cependant décrit quelques cas à marche plus aiguë. Parfois le mal débute par de violents symptômes fébriles, des vomissements et de la diarrhée. Alors la scène morbide s'achemine en quelques mois vers une fin relativement prompte ou bien la phase aiguë initiale fait place à un état chronique.

L'*issue* finale de la maladie d'ADDISON est toujours funeste. Il est vrai que des *rémissions* temporaires s'observent quelquefois, mais elles sont toujours suivies d'exacerbations nouvelles. La mort arrive le plus souvent à pas lents avec les signes d'une anémie générale et d'une asthénie progressive. Vers la fin on voit quelquefois se produire des *manifestations nerveuses graves* : coma, délire, attaques épileptiformes, etc. Ces états qui d'après v. JACKSCH dépendraient d'une *acétonurie*, peuvent se développer assez rapidement et quand on s'y attend le moins.

Traitement. En présence surtout de la diversité de l'affection fondamentale et des complications, il ne saurait être question d'un traitement spécifique de la maladie d'ADDISON. Les remèdes toniques (aliments fortifiants, fer, quinquina, arsenic) sont le plus indiqués, bien que quelques médecins aient aussi essayé l'iodure de potassium, le bromure de potassium, l'électricité, etc. Pour le reste, il faut se borner à traiter les symptômes ; les vomissements, la diarrhée et les accès nerveux réclament quelques moyens particuliers. L'expérience apprend qu'il faut user de beaucoup de prudence dans l'emploi des dérivatifs, puisqu'on a vu à diverses reprises des aggravations se déclarer à leur suite.

SECONDE PARTIE.

MALADIES DU BASSINET ET DE LA VESSIE.

CHAPITRE PREMIER.

INFLAMMATION DU BASSINET. PYÉLITE.

Étiologie. La pyélite primitive et isolée n'est presque jamais une affection autonome. Beaucoup plus fréquemment elle entre comme partie composante dans d'autres états morbides, ou bien elle leur succède et n'a alors qu'un intérêt clinique subordonné.

C'est ainsi qu'on rencontre souvent une pyélite de moyenne intensité à l'autopsie de personnes qui ont succombé à de *graves affections générales de nature infectieuse* (typhus, variole, diphthérie, pyémie, etc.). Alors elle dépend, selon toute probabilité, de l'élimination d'agents phlogogènes par le rein et doit en conséquence être mise sur la même ligne que les altérations rénales qui coexistent. Les *substances toxiques* en passant à travers les voies urinaires (cantharides, baume de copahu) peuvent, à part d'autres désordres, provoquer également de la pyélite.

La pyélite naît souvent par *propagation directe d'une inflammation émanant d'organes voisins*. Beaucoup de *néphrites* aiguës et chroniques entraînent le bassinet dans le mouvement inflammatoire à un degré plus ou moins intense. Plus souvent le travail inflammatoire suit une marche ascendante et part de *l'urèthre ou de la vessie primitivement malades*. Toute uréthrite ou cystite, quelle qu'en soit la cause, peut, à la longue, se propager vers le haut aux uretères et aux bassinets, de sorte que dans les cas graves tout le tractus urinaire est compris dans l'inflammation et que la *pyélocystite* se rencontre en même temps que *l'uréthrite*. Nous avons dit plus haut (p. 567) que cette inflammation peut s'étendre plus loin encore, au rein même, et nous en reparlerons dans la suite.

Une autre cause également fréquente de la pyélite, c'est la présence *dans le bassinet de corps étrangers* qui exercent sur lui une irritation mécanique directe. A cette catégorie appartiennent en première ligne les *calculs rénaux* (v. plus bas), puis les *caillots sanguins* qui s'y arrêtent, des *parasites* (v. p. 577), etc. La pyélite due à la *stagnation de l'urine dans le bassinet* (v. hy-

dronéphrose) ne rentre pas immédiatement dans cette classe, attendu qu'elle ne se forme qu'à la suite de la décomposition de l'urine.

Comme nous l'avons dit, il est douteux que la *pyélite idiopathique* puisse se développer primitivement en dehors des causes mentionnées ci-dessus. Il y a notamment la pyélite primitive par *refroidissement* dont la genèse demande encore à être établie. La pyélite qui se rencontre quelquefois chez les *femmes en couche* ou consécutivement aux *affections* les plus diverses des *organes sexuels*, peut en tout cas être imputée à une infection de la muqueuse du bassinet, de la part de la vessie ou des reins.

Anatomie pathologique. Dans l'*inflammation catarrhale commune*, la muqueuse du bassinet est injectée, turgescence et couverte d'une sécrétion abondante qui renferme en proportion variable des globules de pus et de l'épithélium. Parfois, quand l'inflammation est plus intense, la muqueuse est parsemée d'une infinité de petites *hémorragies* et de petits nucléoles gris qui correspondent à des follicules lymphatiques engorgés.

Dans des cas graves, tels qu'ils se rencontrent seulement en tant qu'élément constituant d'une affection plus largement étendue des voies urinaires (pyélo-cystite, etc.), il s'agit d'une inflammation *purulente* et *ulcéreuse* qui peut même prendre un caractère *diphthéritique*. Alors les *reins* sont presque toujours compromis en même temps (*pyélonéphrite*). Si les abcès néphritiques crèvent dans le bassinet, il en résulte des destructions ulcéreuses du tissu rénal, de façon que le bassinet bondé de pus est circonscrit par des ulcérations anfractueuses, parfois profondément creusées dans le parenchyme rénal (*pyonéphrose*). Ces abcès pyélonéphritiques disposés le plus souvent en bandes longitudinales qui s'étendent jusqu'à la superficie du rein, ont été décrits dans un chapitre précédent (v. p. 568) où nous avons signalé leur origine bactérienne.

Tout autre est, en beaucoup de cas de *pyélite chronique*, la disposition du rein telle qu'elle se produit à titre de conséquence de la stagnation urinaire et partant avec accompagnement de dilatation du bassinet. Alors le rein est parfois atteint d'un *processus scléreux* prononcé, c'est-à-dire d'atrophie partielle du parenchyme rénal, d'hyperplasie du tissu connectif interstitiel et de rétractions cicatricielles manifestes à sa surface, en un mot, le rein, à la suite de la pyélite, est frappé de *sclérose secondaire* qui ne se distingue essentiellement de la sclérose vraie que par son origine étiologique.

Symptômes cliniques. Comme la pyélite n'est la plupart du temps qu'un élément partiel d'un processus morbide plus étendu, les symptômes cliniques qui en relèvent n'occupent pas le premier plan de la scène morbide. Dès lors il est impossible de tracer de la marche clinique de la pyélite

un tableau complet; nous devons nous borner à indiquer les symptômes qui, en présence d'une affection des voies urinaires, nous autorisent à conclure que le bassinet a été enveloppé dans le complexe morbide.

Le signe le plus essentiel qu'offre l'*urine* dans toutes les affections inflammatoires des voies urinaires, à savoir sa *teneur en mucus et en pus*, sera décrit en détail au chapitre de la cystite (v. plus loin). Dans la pyélite également la sécrétion muco-purulente du bassinet se mêle à l'urine, et quand le caractère purulent de l'inflammation du bassinet prédomine, la proportion du pus dans l'urine doit augmenter d'autant. La simple inspection d'une urine purulente ne permet pas de conclure avec certitude à la détermination de l'*endroit* où le pus vient se mêler à l'urine, ni de dire si c'est dans le bassinet, dans la vessie ou seulement dans le canal de l'urètre que le mélange a lieu. C'est uniquement quand l'urine contient, outre les globules de pus, d'autres éléments figurés caractéristiques, qu'on pourra en induire quel est le segment du tractus urinaire qui est spécialement intéressé dans la maladie.

Ces éléments morphologiques sont surtout de l'épithélium, qui, dans le bassinet, a une forme différente de celui de la vessie. Si donc l'on trouve dans l'urine de l'*épithélium du bassinet* sous forme de cellules



Fig. 53. Épithélium du bassinet.

triangulaires fusiformes, parfois imbriquées les unes sur les autres (v. fig. 53), on peut en augurer que le bassinet participe à l'inflammation. Cependant la réciproque n'est pas vraie. Car en cas de pyélites et de pyélonéphrites gravement purulentes, ces cellules épithéliales à longues queues font parfois totalement défaut dans l'urine. Au surplus, il faut dire que de semblables cellules épithéliales peuvent aussi se rencontrer dans la vessie, de façon qu'il faut être très réservé dans l'interprétation diagnostique de l'épithélium qu'on découvre. Le *sang* se rencontre rarement dans l'urine de la pyélite simple, mais fréquemment au contraire dans celle de la *pyélite calculeuse* (v. chapitre suivant). L'urine est d'ordinaire de *réaction acide* dans la pyélite. C'est à tort pourtant qu'on voudrait tirer de là un signe distinctif péremptoire entre la pyélite et la cystite, dans laquelle l'urine est souvent alcaline aux réactifs.

Un autre caractère se rapportant directement à la pyélite, c'est la *douleur* qui a pour siège la région rénale, d'où elle rayonne parfois le long des uretères vers la vessie. Cependant en diagnostic ce symptôme n'a pas grande

valeur non plus, puisque son existence seule parle *en faveur* de la pyélite, tandis que son absence ne prouve nullement que la pyélite n'existe pas.

Tous les autres symptômes peuvent effectivement être aussi sous la dépendance directe de la pyélite, mais ils sont tout autant imputables aux affections concomitantes. Parmi ces symptômes citons en première ligne la *fièvre* qui affecte des allures irrégulièrement rémittentes ou qui parcourt une série d'exacerbations intenses, accompagnées de *frissons*. Toutefois la fièvre ne revêt ce dernier caractère, le cachet pyémique, qu'en présence des formes suppurées graves où des abcès rénaux sont déjà en voie de formation, par conséquent en cas de pyélonéphrite. Indépendamment de la fièvre, il existe fréquemment, dans les cas graves, des symptômes nerveux généraux, comme de la *céphalalgie*, le *délire*, la *somnolence*, etc. qui sont dus en partie à l'infection pyémique générale, en partie peut-être aussi à la résorption dans le sang de l'ammoniaque provenant de l'urine entrée en putréfaction (*ammoniémie* d'après TREITZ ET JACKSCH).

La *marche morbide* de la pyélite se diversifie d'après la maladie première, au point qu'il n'y a guère moyen d'émettre à ce sujet de règles générales. Les formes peu intenses et le plus souvent passagères se rencontrent de préférence dans l'état puerpéral, parfois dans les maladies infectieuses aiguës, les intoxications et à la suite de cystites légères. Les pyélites graves se montrent surtout à l'état de cystopyélites et de pyélonéphrites, consécutives aux coarctations des voies urinaires (v. plus bas) et aux cystites des maladies de la moelle. Elles accompagnent aussi d'autres affections sérieuses des reins et du bassinet (néoplasmes, parasites, etc.). Alors elles constituent d'ordinaire un état pathologique inexorable, au-dessus de toute ressource, et qui dure jusqu'à la mort.

Nous avons relaté plus haut les *caractères diagnostiques* les plus importants de la pyélite. Le point essentiel, c'est toujours l'investigation minutieuse de l'étiologie, et après cela l'étude des altérations de l'urine. L'ensemble morbide implique-t-il une affection grave des voies urinaires, on a parfois le droit de conclure à une pyélite ou à une pyélo-néphrite, même en l'absence d'indices directs, uniquement parce que l'expérience enseigne qu'une propagation morbide semblable est la règle dans tous les cas sévères et de longue durée.

La *complication rénale* se révèle aussi parfois d'une manière directe, par la présence dans l'urine de *cylindres* à côté des corpuscules de pus. Dans les cas ci-dessus mentionnés de complication d'une cystopyélite chronique par une sclérose rénale, l'urine sous beaucoup de rapports est semblable à celle de la sclérose rénale vraie. Elle est abondante, d'un faible poids spé-

cifique et renferme, outre les corpuscules du pus, des cylindres hyalins, le plus souvent courts et peu nombreux.

Traitement. Le traitement de la pyélite concorde dans ses traits principaux avec celui de la maladie fondamentale et ne demande pas de description à part. D'ordinaire il n'y a que la *cystite concomitante* (v. y) qui soit accessible à un traitement local direct, et il importe d'en tirer parti au point de vue *prophylactique*, attendu que par une médication opportune de la cystite on peut certainement prévenir la propagation de l'inflammation au bassinet.

Parmi les *remèdes internes* auxquels on attribue une influence bienfaisante sur la muqueuse des voies urinaires et qui par conséquent peuvent être employés aussi bien dans la pyélite que dans la cystite, il faut citer avant tous les *astringents* (*tannin*, *alun*, *acétate de plomb*, etc.) On prescrit aussi les *balsamiques* (*baume de copahu*) et les substances antiseptiques (*acide salicylique*, *chlorate de potasse*). On trouvera des détails sur tous ces médicaments au traitement de la cystite. Un large emploi de liquides est parfois d'un effet avantageux, notamment celui de certaines eaux minérales, parmi lesquelles celles de Karlsbad, de Vichy, d'Ems, de Neuenahr, de Wildungen, etc. ont acquis le plus de renom. La *cure au lait* méthodique est également très recommandable, surtout en présence de phénomènes d'irritation (douleurs en urinant, etc.).

Les *applications locales* dans la région rénale (cataplasmes chauds, exceptionnellement une soustraction sanguine locale) ne sont indiquées qu'en présence de fortes douleurs qui naturellement peuvent aussi nécessiter l'emploi des *narcotiques*. A cet effet de grands *bains chauds* sont parfois d'une grande utilité.

CHAPITRE DEUXIÈME.

NÉPHROLITHIASE.

(Calculs rénaux, gravelle, pyélite calculeuse.)

Pathogénie, composition chimique et étiologie des concrétions rénales. Les concrétions urinaires qui se déposent dans le bassinet et peuvent en certaines circonstances être entraînées par l'urine, se distinguent d'après leurs dimensions et leur consistance en *sable rénal* (sédiment fin, pulvérulent), en *gravier rénal* (gravelle, granules de la grandeur d'un gros grain de sable, qui passent encore aisément par l'uretère) et en *calculs rénaux* (les plus grosses concrétions). Ces derniers ont la grosseur environ