

et les pyonéphroses ; aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique, les intermédiaires sont nombreux, et si j'ai cru devoir décrire dans deux chapitres séparés ces deux formes de l'infection rénale, c'est qu'il convient d'appeler l'attention sur les graves phénomènes qui résultent de la rétention purulente dans le rein. On voit donc, dans les pyélonéphrites, à certains jours, la quantité de pus diminuer dans les urines, et souvent alors les phénomènes rénaux et généraux sont plus accusés, parce que le pus non évacué est plus ou moins complètement retenu dans le rein ; puis l'urine, de nouveau plus trouble, charrie davantage de pus, et le malade se trouve mieux.

La *composition chimique* de l'urine présente des caractères importants que j'ai étudiés en détail ; il est d'autant plus important de les connaître que, dans certains cas, la maladie est presque latente ; le malade ne souffre pas, il n'a pas de fièvre, la polyurie elle-même manque, et l'urine ne présente qu'une teinte louche, sans dépôt de pus au fond du vase. Les deux caractères les plus importants sont la diminution de l'urée et l'albuminurie.

La *diminution de la quantité d'urée* s'observe constamment à une certaine période de la maladie. Sur 20 malades que j'ai étudiés à ce point de vue, dont quelques-uns ont été suivis pendant plusieurs mois, j'ai constaté que, au début, la quantité d'urée diminue peu : pendant la période d'état, on trouve en moyenne de 3 à 12 grammes d'urée par vingt-quatre heures (chez les vieillards, d'après Roché, la moyenne de l'urée est de 12^{gr},69 par vingt-quatre heures).

Plus tard, lorsque la maladie avance, le chiffre de l'urée diminue, et je l'ai vu, dans les jours qui précèdent la mort, tomber jusqu'à 5 et 3 grammes par vingt-quatre heures, en même temps que la quantité d'urine diminuait aussi.

L'*albuminurie* est constante. Certains malades ne présentent que des traces d'albumine ; un plus grand nombre ont de 50 centigrammes à 1^{gr},50 d'albumine par litre ; quelques-uns, très rares, dépassent 2 ou 3 grammes par litre. « Quand, chez un urinaire, on voit, plusieurs jours de suite, l'albumine dépasser ces chiffres, on peut dire qu'il ne s'agit pas d'une néphrite chirurgicale. » (Albarran.) Je dois encore remarquer que la quantité d'albumine ne présente que très rarement des variations ; j'ai vu parfois, dans des examens répétés chez le même malade pendant vingt ou trente jours de suite, la quantité d'albumine rester fixe, sans variation aucune.

Ces détails sur la composition chimique des urines que j'ai donnés en 1889 ont été confirmés dans la remarquable thèse de Chabré (1892), qui, analysant en outre les chlorures et l'acide phosphorique, a trouvé que l'élimination de ces éléments se fait d'une manière à peu près normale.

Au *microscope*, on constate dans l'urine des leucocytes en quantité

variable, et des cellules épithéliales sans caractères qui permettent de dire qu'elles appartiennent au bassinnet ou à la vessie. Plus importants sont les *cylindres rénaux* à peu près constants, mais peu abondants ; on doit les chercher attentivement après centrifugation. Les cylindres les plus ordinaires sont de la variété granulo-graisseuse ; quelquefois, on voit des cylindres colloïdes ou hyalins.

État du rein et de l'uretère. — La plupart des malades ne se plaignent guère de leurs reins, en dehors des poussées aiguës qui surviennent de temps en temps, avec ou sans rétention de pus dans le bassinnet. Parfois, le malade accuse un endolorissement de la région rénale, sans caractère ni localisation précise, mais il est fréquent de provoquer de la douleur à la pression. Il faut savoir chercher cette douleur provoquée : Guyon a bien montré qu'il ne suffit souvent pas d'appliquer la main sur la région lombaire, mais qu'il faut enfoncer la pointe des doigts au niveau de l'angle que forment la masse musculaire sacro-lombaire et la dernière côte ; plus rarement la douleur sera provoquée par la pression faite d'avant en arrière, à travers l'épaisseur de la paroi abdominale.

Dans la plupart des cas, non dans tous, le *rein est augmenté de volume* ; mais il ne s'agit pas ici, comme dans certaines pyonéphroses, d'une grosse tuméfaction, et, pour constater que le rein est gros, il est nécessaire de savoir bien l'explorer. La meilleure méthode consiste dans la recherche du *ballotement rénal de Guyon*. Pour cette manœuvre, il convient de se placer du côté du malade correspondant au rein que l'on veut explorer ; la main du chirurgien qui correspond à la tête du malade (la main gauche pour le côté droit, et la main droite pour le côté gauche) est placée dans la région lombaire, de manière à ce que la pointe des doigts du milieu corresponde à l'angle de la côte et de la masse sacro-lombaire ; l'autre main est placée en avant parallèlement à l'axe du corps, la pointe des doigts dirigée vers les côtes, au-dessous desquelles ils s'enfoncent au niveau du bord externe des muscles droits. Lorsque les mains sont bien placées on essaye, avec la pointe des doigts de la main postérieure, de soulever brusquement, par des secousses répétées, le rein qui vient frapper la main antérieure. Cette main antérieure se borne à recueillir les sensations, elle change de place, s'enfonce plus ou moins, mais ne cherche pas à palper le rein. Lorsque l'augmentation du rein est peu considérable, il est utile de profiter des inspirations du malade pour essayer, au moment où le rein descend naturellement, de le faire balloter.

L'*exploration de l'uretère* est souvent négative, mais il n'est pas rare de constater la douleur à la pression ; plus rarement, on peut sentir l'augmentation de volume de ce conduit. Comme l'a montré Hallé, lorsqu'on recherche l'uretère à travers la paroi abdominale, on doit l'explorer au niveau de sa pénétration dans l'excavation pelvienne,

et, pour cela, enfoncer les mains au niveau de l'entre-croisement de deux lignes, dont l'une réunit les deux épines iliaques, et l'autre, perpendiculaire à la précédente, s'élève verticalement des épines du pubis aux côtes. On peut encore sentir l'uretère augmenté de volume ou constater qu'il est douloureux à la pression par le toucher vaginal; beaucoup plus rarement on arrivera à l'explorer par le toucher rectal.

Symptômes généraux. — L'étude de ces symptômes a été admirablement faite par M. Guyon, et, dans des travaux récents, notre maître a montré la part considérable qu'il convient d'attribuer dans leur interprétation aux phénomènes d'intoxication. L'infection n'est pas tout chez ces malades; à côté des microorganismes de leurs toxines et des lésions qu'ils déterminent, il faut considérer la déchéance du rein au point de vue fonctionnel; son rôle d'élimination, d'importance si capitale à l'état physiologique, est amoindri et il s'ensuit une auto-intoxication qui contribue à donner à ces malades, leur physionomie particulière. Cela est d'autant plus à retenir, dans le cas particulier des lésions ascendantes, que l'infection générale joue ici un rôle moins important que dans les formes descendantes.

Les malades atteints de pyélo-néphrite ascendante infectieuse et chronique sont dans un état de santé générale très précaire; ils maigrissent et prennent parfois une teinte terreuse cachectique; leur peau est sèche, leur appétit très faible, et la viande, en particulier, leur répugne; si on examine la langue, on la trouve un peu sèche, et le malade accuse de la soif. Cette dyspepsie spéciale est assez caractéristique, et souvent ce sont les symptômes digestifs qui décident le malade à consulter un médecin.

La plupart de ces malades ne sont pas obligés de s'aliter; mais, de temps en temps, les symptômes s'accroissent davantage, les souffrances augmentent, la fièvre s'allume, la langue devient sèche et tout annonce une phase plus grave de la maladie. Pendant ces poussées il est nécessaire de passer en revue les principaux symptômes, car le pronostic dépend de leur exacte analyse.

La température présente une marche très variable suivant différentes circonstances. Dans la plupart des cas le malade, jusqu'alors apyrétique, voit sa température monter, l'élévation de la température étant souvent précédée d'un frisson intense ou de plusieurs frissons plus accentués: le thermomètre monte le soir à un degré très variable, de 38 à 40° et plus, tandis que, le matin, il ne marque que 37° ou quelques dixièmes au-dessus.

Dans les faits les plus communs, la température présente ainsi de grandes oscillations: d'autres fois les écarts du matin et du soir sont plus faibles, et le thermomètre ne monte guère qu'à 38° et quelques dixièmes; parfois, enfin, la fièvre manque complètement

pendant que se déroulent des phénomènes d'une autre gravité. J'ai montré que cette absence de fièvre n'est pas rare chez les vieillards urinaires, qui, comme les autres vieillards, réagissent peu à l'infection générale, ou chez les malades qui sont très épuisés par la cachexie. Dans les variétés que présente la fièvre chez ces malades, il faut tenir compte, non seulement de la capacité de réaction du sujet, mais aussi de la variété du microorganisme pathogène, de son abondance et de sa virulence. C'est ainsi que, en comparant la température chez des malades morts d'infections variées simples ou combinées, j'ai trouvé que l'infection par le streptocoque, seul ou associé à d'autres microbes, est plus constamment fébrile que les autres.

L'état de la langue présente la plus grande importance chez les vieux urinaires infectés, notamment au point de vue du pronostic. Lorsque la langue est humide, même une fièvre haute ne doit guère inspirer des inquiétudes immédiates. Rien n'est, au contraire, un plus sûr indice de la gravité de la maladie que la constatation de ces langues sèches, raccornies, véritables langues de perroquet, que le malade décolle avec peine du palais et qu'il ne peut même pas, dans certains cas, sortir de la bouche. Rien ne dit mieux l'amélioration du malade que l'humidité de la langue survenant après sa sécheresse.

Parallèlement à ces modifications dans la température et l'état de la langue, on voit, dans ces épisodes aigus ou subaigus des pyélo-néphrites chroniques, que les urines deviennent plus rares et que les facultés intellectuelles des malades baissent. Le malade devient indifférent à tout; parfois il a un délire tranquille, il répond mal ou peu aux questions qu'on lui adresse, et seules les variations de sa physionomie avertissent le chirurgien de la douleur qu'il éprouve lorsqu'on presse sur ses reins. Si la maladie doit se terminer par a mort, les malades finissent par ne plus vouloir s'alimenter, et ils restent pendant une période variable, souvent deux ou trois jours, dans un état comateux qui précède le dénouement fatal. Dans les cas moins graves, on voit tous les phénomènes rétrocéder, et de nouveau la poussée aiguë disparaît et le malade présente les symptômes que nous avons étudiés plus haut.

b) VARIÉTÉ INFECTIEUSE DESCENDANTE. — Nous venons d'étudier les poussées aiguës ou subaiguës que présentent les urinaires atteints de pyélo-néphrite ascendante. Dans la très grande majorité des cas, sinon dans tous, ces accidents surajoutés doivent être interprétés comme des phénomènes dus à l'infection générale de l'organisme et à l'aggravation des lésions rénales préexistantes par des lésions nouvelles d'origine hémotogène. C'est ainsi que j'ai pu démontrer, lorsque les malades meurent avec ces symptômes, qu'on trouve dans les reins les différentes lésions anatomiques qui caractérisent les néphrites descendantes.

A côté de ces cas, les plus communs, où les lésions ascendantes étaient déjà infectieuses, il en est d'autres dans lesquels l'infection descendante se surajoute à des lésions ascendantes aseptiques. Les conséquences varient alors suivant qu'il s'agit de malades qui, comme les prostatiques, n'ont guère jusqu'alors que des phénomènes de dilatation de l'uretère et du bassinnet avec légère sclérose rénale, ou qu'on se trouve en présence d'un malade atteint de rétention rénale aseptique.

Chez les urinaires atteints de pyélo-néphrite aseptique sans rétention, l'infection descendante survient à la suite d'une infection générale ou d'une manœuvre locale sur l'urètre ou la vessie : au point de vue clinique les symptômes se confondent avec ceux de l'infection ascendante. Tantôt il s'agit de phénomènes généraux à peine accusés, et ce qui appelle l'attention c'est le trouble des urines jusqu'alors claires ; tantôt les accidents sont, dès le début, plus graves, et la fièvre, les douleurs rénales et les autres symptômes déjà décrits entrent en scène.

Lorsque le rein était déjà atteint de rétention rénale aseptique, il s'agit souvent de malades dont la santé générale est peu compromise, telles les femmes enceintes ou celles qui sont atteintes de rein mobile avec rétention. Dans la plupart des cas le moment où se fait l'infection passe inaperçu ou ne se marque que par des phénomènes généraux d'intensité médiocre ; plus rarement des accidents fébriles intenses appellent l'attention. Quel que soit le mode de début, la transformation de l'uronéphrose en rétention infectée est indiquée par les changements qui surviennent du côté des urines, de la tumeur rénale et de l'état général. Les urines, jusqu'alors claires, deviennent troubles et purulentes avec des intermittences plus ou moins marquées dans la quantité de pus qu'elles contiennent. La tumeur rénale devient douloureuse, et ses alternatives de plus ou moins grande rétention s'accusent davantage, car, aux changements locaux s'ajoutent la fièvre avec son cortège de phénomènes généraux lorsque la tumeur se vide moins bien. En somme, dans ces cas, on voit l'infection transformer la rétention aseptique (uronéphrose) en rétention septique (uro-pyonéphrose ou pyonéphrose).

Diagnostic. — Les détails dans lesquels nous sommes entrés nous dispensent de longs développements. Nous dirons plus tard comment on peut distinguer les pyélo-néphrites simples de la pyonéphrose et des rétentions rénales. Pour le moment, je veux insister surtout sur la confusion possible d'une infection vésicale avec la pyélo-néphrite.

L'infection vésicale coexiste souvent avec la pyélo-néphrite. Tantôt l'urine vésicale seule est infectée sans que la paroi du réservoir, soit enflammée, parce que les conditions qui favorisent l'inflammation manquent : tantôt il existe réellement de la cystite. Dans les infections descendantes, la pyélonéphrite peut exister pendant des années

sans qu'il y ait de la cystite, notamment chez les individus jeunes qui vident bien la vessie ; la cystite peut même manquer lorsqu'il existe de la rétention vésicale ou des calculs, mais ces faits sont plus rares. Dans d'autres cas, au contraire, la vessie s'infecte par la voie descendante, et il est possible d'attribuer à la vessie les symptômes dépendant du rein. On peut, en effet, penser à la cystite lorsque, avec des urines purulentes, on trouve de la fréquence et de la douleur dans la miction : ces phénomènes sont d'ordre réflexe et font partie de ce que M. Guyon a décrit sous le nom de réflexes réno-vésicaux. Le diagnostic est basé non seulement sur les caractères que révèle l'examen du rein, mais encore et surtout parce que, lorsque la cystite manque, la vessie n'est pas sensible à la distension ni au contact : on peut, dans ces cas, injecter dans la vessie 200 ou 300 grammes de liquide sans provoquer de la douleur. Au besoin, dans les cas difficiles, on aurait recours à la *cystoscopie*, qui montrera s'il existe ou non des lésions des parois du réservoir. Le *CATHÉTÉRISME DES URETÈRES* permet de recueillir directement l'urine qui s'écoule de chaque rein, et au besoin lèvera tous les doutes qui pourraient exister. Dans la plupart des cas, du reste, il est inutile d'avoir recours à ces moyens de diagnostic ; le simple examen clinique suffit.

Dans les infections ascendantes ou descendantes, la cystite peut coexister avec la pyélo-néphrite ; la douleur rénale, l'augmentation de volume du rein, les caractères de l'urine permettent de faire le diagnostic. Il est d'autant plus nécessaire de savoir se contenter de ces moyens que la cystoscopie ou le cathétérisme cystoscopique des uretères peuvent être, dans ces cas, impossibles à pratiquer : la vessie enflammée peut en effet être trop sensible à l'injection des liquides pour qu'il soit impossible d'y introduire la quantité nécessaire à ces examens.

Pronostic. — Le pronostic des pyélo-néphrites est très variable suivant les cas. Lorsque l'infection descendante survient dans le rein sain jusqu'alors, on voit assez souvent la maladie guérir complètement ou laisser à sa suite une bactériurie longue à disparaître ; lorsque la maladie se prolonge, même sous une forme très atténuée, le malade est exposé à des phénomènes d'infection surajoutée ou à la production de lésions qui lentement le conduisent à la rétention rénale septique. Lorsque l'infection se surajoute à des lésions anciennes de rétention septique, à la lithiase rénale ou à de la pyélo-néphrite aseptique, elle présente toujours une gravité plus grande. Les vieux urinaires meurent presque toujours par infection et intoxication générales accompagnées des lésions de la pyélo-néphrite septique. Les poussées aiguës qui marquent les étapes de l'infection descendante sont surtout redoutables, et j'ai déjà dit l'importance pronostique des phénomènes locaux du côté du rein, de l'état de la langue, et de la température. J'ajouterai à ce que j'ai dit sur ce

dernier point que la chute de la température jusqu'à 37° le matin, avec une élévation même peu prononcée le soir, ne doit pas nous engager à penser que la fièvre va cesser : j'ai vu, d'une manière à peu près constante, que la fièvre continue jusqu'à ce que la température du matin tombe franchement de plusieurs dixièmes au-dessous de 37°.

Un élément capital du pronostic est l'unilatéralité ou la bilatéralité des lésions, ces dernières étant infiniment plus graves. C'est parce que, chez les vieux urinaires, les lésions rénales sont presque toujours doubles, que l'infection rénale est chez eux si redoutable. L'examen attentif des deux reins suffira presque toujours au diagnostic et je ne saurais trop dire que, « chez ces malades, on ne doit « se servir du cystoscope, avec ou sans cathétérisme urétéral, qu'en « cas de nécessité et en prenant les plus grandes précautions ». Ces manœuvres risquent en effet de déterminer des érosions de la muqueuse de l'urètre ou de la vessie, qui sont des portes d'entrée à l'infection générale hémotogène et peuvent déterminer la mort.

Le pronostic peut encore se trouver modifié suivant la variété du microbe qui a déterminé l'infection. Rowsing a prétendu que l'infection par le coli-bacille est presque toujours légère et qu'il faut craindre surtout les microorganismes capables de décomposer l'urée. Or, d'après le relevé de ses pyélites coli-bacillaires, je trouve 3 cas de mort sur 18 cas : l'opinion de l'auteur est contredite encore par les importantes lésions rénales qu'on trouve dans plusieurs de ses cas opérés, par les 16 autopsies que j'ai publiées et par ce que nous enseigne la clinique journalière. Comme les autres microorganismes, le coli peut produire des lésions locales ou générales, légères ou graves suivant les conditions d'appropriation du terrain et la virulence de l'organisme. Ceci dit d'une manière générale, il me faut signaler la gravité, en général plus grande, de l'infection par le streptocoque.

Traitement. — Lorsque la pyélo-néphrite survient en dehors de toute lésion préalable des voies urinaires, le traitement n'aura généralement que peu d'action sur le point de départ de l'infection et devra s'adresser surtout à la lésion rénale elle-même. Les antiseptiques administrés à l'intérieur (salol, borate de soude, etc.) n'ont guère l'action antiseptique qu'on leur prête; les balsamiques qu'on emploie souvent sont plutôt nuisibles, puisqu'ils augmentent la congestion rénale, et en réalité le traitement se réduit à peu de chose. Dans ces cas le régime lacté est utile, comme l'est aussi le lavage du rein par les eaux minérales (Evian, Contrexéville, Vittel) ou encore par l'ingestion journalière de 1 à 4 litres d'eau distillée (Rowsing).

C'est surtout lorsque l'affection a de la tendance à la chronicité que la cure hydrominérale et les boissons abondantes longtemps continuées présentent de l'utilité.

Lorsque la maladie se prolonge, qu'il n'y a pas de poussées aiguës, et qu'il n'existe pas de lésions importantes de rétention rénale, on peut obtenir de bons résultats par le *lavage direct du bassinnet*. Bozeman (1) avait essayé de laver le bassinnet en cathétérissant l'urètre à la faveur d'une taille vésico-vaginale préalable; Harrison (2) prétendait laver les bassinets en introduisant du liquide dans la vessie et en le faisant refluer dans les uretères à l'aide de l'aspirateur de la lithotritie. A ces méthodes insuffisantes, Pawlick (3) et Kelly (4) substituèrent chez la femme le cathétérisme urétéral, et Casper, dans deux cas, pratiqua avec succès le lavage du bassinnet, à l'aide du cathétérisme cystoscopique des uretères, avec de l'eau boriquée et du nitrate d'argent en solution. Le procédé de Casper (5) est insuffisant parce que les sondes, d'un calibre trop réduit, empêchent de pratiquer un bon lavage, et il vaut mieux se servir de mon procédé de cathétérisme urétéral (6) qui permet d'introduire de grosses sondes dans ses conduits. Les lavages du bassinnet peuvent être faits avec les mêmes liquides qu'on emploie pour les lavages de la vessie, mais il est nécessaire d'employer les liquides tièdes et de ne pas introduire à la fois une grande quantité. Mes observations démontrent en effet que l'injection de liquides trop chauds ou la distension du bassinnet par le liquide provoquent des douleurs très pénibles. Pour pratiquer ces lavages, on pourra faire tous les jours le cathétérisme urétéral, lorsque la manœuvre est facile, mais si la cystoscopie présente des difficultés particulières, il vaut mieux laisser pendant quelque temps la sonde à demeure. Notre expérience actuelle ne nous permet pas encore de dire ce que nous devons attendre du cathétérisme urétéral dans les pyélo-néphrites sans grande rétention d'urine dans le bassinnet. J'ai publié quelques bons résultats dans ces derniers temps (7), mais si ces essais sont encourageants, l'avenir seul nous apprendra ce qu'il faut penser des lavages du rein au point de vue thérapeutique : pour le moment je n'emploie pas le cathétérisme urétéral chez les malades qui ont de la fièvre.

On comprend, sans qu'il soit besoin d'y insister, les modifications thérapeutiques qu'entraîne la présence d'une maladie autériore du rein, comme la rétention, le calcul ou la tuberculose : on trouvera, dans les chapitres consacrés à ces maladies, les indications qu'entraîne la complication infectieuse.

Lorsque la pyélo-néphrite survient chez un malade atteint de lésions de l'urètre, de la vessie ou de la prostate, il ne faut jamais

(1) BOZEMAN, *Renalstenesmus*. New-York, 1887.

(2) HARRISSON, *The Lancet*, 1888, p. 463.

(3) PAWLICK, *Arch. für Gynäk.*, 1881, p. 471.

(4) KELLY, *John Hopkins Hosp. Bull.*, février 1896.

(5) CASPER, Monographie. Berlin, 1896 (Coblentz, éditeur).

(6) ALBARRAN *Ann. de gynécol. et de chir. abdom.*, juin 1897.

(7) ALBARRAN, *Assoc. franç. d'Urol.*, 1898.

oublier l'action bienfaisante qu'exerce sur le rein le traitement de ces lésions. M. Guyon a beaucoup insisté sur ces faits, qu'il a démontrés par de nombreux exemples : on soignera donc la cystite, le rétrécissement, etc., par les moyens habituels, en même temps que par des ventouses appliquées sur la région rénale, on fera de la révulsion et qu'on emploiera les autres moyens dont nous avons parlé. Il sera nécessaire surtout de bien se rappeler le rôle que joue la rétention vésicale d'urine dans la pathogénie des accidents et soigner cette rétention par les moyens appropriés; souvent, chez de vieux prostatiques infectés avec pyélo-néphrite, l'état du malade s'améliorera à vue d'œil par le simple emploi de la sonde à demeure et une bonne antisepsie de la vessie.

Il n'est que trop fréquent de voir dans les pyélo-néphrites graves tous les efforts du chirurgien rester sans résultat. Dans ces dernières années, on a obtenu quelques bons résultats par les grandes injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum artificiel; deux observations suivies de guérison ont été publiées par Bovet et Huchard et par P. Delbet; nous en avons observé deux autres, M. Guyon et moi, mais nous avons vu aussi, dans un grand nombre de cas, l'injection salée échouer complètement. Lorsqu'on aura recours à cette méthode, il faudra se rappeler qu'elle est contre indiquée lorsqu'il existe une cardiopathie, et qu'on n'obtient de bons résultats qu'en injectant de grandes quantités de sérum, deux litres et plus, dans les vingt-quatre heures.

La pyélo-néphrite infectieuse simple, sans rétention ni calcul rénal, conduit rarement à une intervention opératoire sur le rein. Israël et Weir (1) ont publié deux cas de néphrectomie pratiquée avec succès pour des pyélo-néphrites infectieuses avec abcès miliaires du rein, et le dernier de ces auteurs prétend que l'extirpation du rein est souvent indiquée lors d'invasion septique aiguë. Legueu a pratiqué trois fois la néphrostomie et a vu mourir deux de ses malades. Je pense que, dans la pyélo-néphrite, les indications d'opérer sont très rares parce que, en dehors de la lithiase, de la rétention rénale et de la tuberculose, la lésion est le plus souvent bilatérale; c'est ainsi que les statistiques réunies de Weir et de Goodhart ne donnent que 16 p. 100 de lésions unilatérales. J'ai eu occasion d'intervenir dans deux cas de rein mobile, sans rétention rénale, atteint de pyélo-néphrite non suppurée; dans les deux cas, après la néphrotomie exploratrice, je fermai la plaie rénale qui guérit par première intention, mais les lésions continuèrent à évoluer et je dus, quelques mois plus tard, pratiquer la néphrostomie : chez un de ces malades, Hartmann pratiqua plus tard l'extirpation du rein, et l'autre ne fut guère amélioré par l'ouverture du rein. Ces faits nous montrent que la néphrotomie

(1) WEIR. *Med. Record*, 1894, p. 325.

et même la néphrostomie donnent peu de résultats dans la pyélo-néphrite non suppurée, et il est à présumer qu'il en serait de même dans les cas avec suppuration, car il ne s'agit que très rarement d'une collection purulente que l'on ouvre, mais d'une véritable infiltration purulente du parenchyme ou de très petits abcès disséminés. En ce qui regarde l'extirpation du rein, elle pourra trouver de rares indications chez des malades jeunes, sans lésions des voies urinaires inférieures, lorsqu'à la suite d'une infection d'origine sanguine on arrive à déterminer qu'un des deux reins est gravement atteint alors que l'autre est indemne de lésions. Il sera bien exceptionnel de trouver réunies ces conditions; je connais pourtant une observation avec succès de Max Jordan.

VI

PÉRINÉPHRITES

Le mot de périnéphrite fut employé par Rayet pour désigner l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure le rein. Les auteurs allemands ont établi une regrettable confusion en employant ce terme dans des sens différents : ils sont tous d'accord pour comprendre sous le nom de *paranéphrite*, l'inflammation de la capsule adipeuse du rein; périnéphrite signifie inflammation de la capsule propre pour Fischer, Rosenberger, Wagner, Maas, tandis que, d'après Küster, la périnéphrite n'est que la péritonite localisée au feuillet séreux qui passe en avant du rein.

Avec tous les auteurs français, j'emploie le mot de périnéphrite dans le sens que lui a donné Rayet, comprenant à la fois l'inflammation de la capsule propre et de l'atmosphère celluleuse; ni l'anatomie pathologique ni la clinique ne peuvent autoriser les divisions des auteurs allemands. D'après la classification des périnéphrites que j'ai donnée en 1889 (1), je distinguerai trois variétés : la périnéphrite *scléreuse*, la périnéphrite *adipeuse*, la périnéphrite *suppurée*, laissant complètement de côté ce qui a trait aux abcès tuberculeux.

I. PÉRINÉPHRITE SCLÉREUSE.

On constate fréquemment, dans les néphrites médicales, que la capsule propre du rein se détache mal du parenchyme rénal; quand on décortique l'organe, on enlève en même temps de petites parcelles de tissu rénal : c'est le degré le plus faible de la périnéphrite sclé-

(1) ALBARRAN, *Soc. de biol.*, 1889.