

Les abcès et les tumeurs lombaires doivent être ouverts selon les préceptes de la chirurgie, à moins que l'état normal de l'urine et l'amélioration des symptômes généraux ne dénotent l'atrophie du rein. Dans ce cas, si la tumeur n'est pas par elle-même une cause de danger, il est préférable, en raison de la transformation possible de la masse en détritibus caséux, de laisser les choses dans le *statu quo*.

CHAPITRE VII.

HYDRONÉPHROSE.

De tous points comparable à l'hydropisie de la vésicule biliaire, l'hydronéphrose (1) (*hydronephal distension*) est constituée par la dilatation du rein succédant à un obstacle au cours de l'urine; de même que dans la vésicule du fiel, le liquide accumulé a d'abord les caractères du sécrétum normal, puis il les perd peu à peu et n'a plus que l'apparence et la composition d'un liquide séreux.

Les causes de l'hydronéphrose sont tous les obstacles siégeant dans l'appareil excréteur; cet appareil commence en réalité avec les tubes droits (Virchow), et c'est même une circonstance qui permet de concevoir cer-

(1) RAYER, ROKITANSKY, ROSENSTEIN, *loc. cit.* — WALTER, TODD, *loc. cit.*
 JOHNSON, *Monthly med. chir. Journal*, 1816. — HAWISON, *Edinb. med. and surg. Journal*, 1822. — BOOGARD, *Ned. Tijdsch. voor Geneesk.*, 1857. — GAUCHET, *Union méd.*, 1859. — STADTFELD, *Monats. für Geburtskunde*, 1862. — HENNINGER, *Thèse de Strasbourg*, 1862. — VIRCHOW, *Die krankhaften Geschwülste*. Berlin, 1863. — KUSSMAUL, *loc. cit.* — KRAUSE, *Langenbeck's Archiv*, VII, 1865. — HERTZ, *Ueber Nierencysten* (*Virchow's Archiv*, XXXIII, 1865). — W. LEE, *New-York med. Record*, 1866. — SPENCER WELLS, *Dublin quart. Journal of med. Sc.*, 1867. — *Med. Times and Gaz.*, 1868. — SAXINGER, *Prager Viertelj.*, 1867. — MOREAU, *Thèse de Paris*, 1868. — BÉRARD, *Thèse de Paris*, 1868. — W. ROBERTS, *Double hydronephrosis causing suppression of urine and intestinal obstruction* (*Brit. med. Journal*, 1868). — COOPER ROSE, *Med. Times and Gaz.*, 1868. — HELLER, *Hydronephrose der einen Nierenhälfte* (*Deutsches Archiv, f. klin. Medicin*, 1869). — BURNET, *Philadelphia med. and surg. Reporter*, 1869.
 ROSENSTEIN, *Ueber complementäre Hypertrophie der Niere* (*Virchow's Archiv*, LIII, 1871). — GOOD, *Renal tumour with death of patient* (*Philad. med. and surg. Rep.*, 1871).
 FENGER, *Om den partielle hydronefrose* (*Norsk. med. Arkiv*, 1873). — AXEL KEY, *Partiel hydronefrose, etc.* (*Hygiea*, 1873). — NICAISE, *De l'hydronéphrose* (*Gaz. méd. Paris*, 1874). — FINLAYSON, *Double hydronephrosis* (*Glasgow med. Journ.*, 1874). — COLE, *A case of intermittent hydronephrosis* (*Brit. med. Journ.*, 1874). — BLONDEAU, *Hydronephrose rapide terminée par la rupture de la poche et la mort* (*Gaz. hôp.*, 1874). — WILSE, *Tilfælde af temporär hydronefrose* (*Norsk. Magaz. f. Lægevid.*, 1874).

taines *hydronéphroses partielles, sans obstruction mécanique appréciable*. — Les calculs peuvent amener sur un point quelconque l'obstruction des voies d'élimination, et par suite la distension en amont, mais le fait est rare; ces concrétions donnent lieu à l'inflammation ou pyélite, et non à la simple dilatation mécanique; les causes les plus communes sont les tumeurs du ventre, du bassin et de la vessie, les tumeurs et les déplacements de l'utérus (Studtfeld, Virchow), plus rarement les vices de conformation de la vessie et de l'urèthre. — Lorsqu'un rein est muni d'un double uretère, le segment d'organe afférent à l'un des canaux peut être isolément atteint d'hydronéphrose (Heller).

Suivant le siège de l'obstacle, la dilatation intéresse une portion plus ou moins grande de l'appareil excréteur, la région en amont étant distendue, tandis que la région en aval est atrophiée par inertie; quant au degré de l'ectasie, il dépend du degré de l'obstacle; la dilatation peut être bornée au bassin ou bien aux calices, mais dans les cas ordinaires auxquels est plus spécialement appliqué le nom d'hydronéphrose, la dilatation est totale, et le rein est transformé en une poche unie ou bosselée dont la capacité peut être telle qu'on l'a vue contenir jusqu'à soixante livres de liquide (J. Frank). Lorsque l'ectasie n'est pas complète, on reconnaît à la coupe les papilles aplaties, et les calices, dilatés en sacs ou en entonnoirs, séparés les uns des autres par des cloisons, s'ouvrent dans la tumeur formée par le bassin; à un degré plus accusé, la substance médullaire et corticale est à peine reconnaissable, elle est refoulée comme bandelette amincie au pourtour de la poche, parfois même elle n'est plus continue, et l'on n'en retrouve que quelques îlots disséminés çà et là. Tant que l'atrophie n'est pas totale, la substance rénale conservée sécrète de l'urine; c'est cette circonstance qui retarde l'apparition des accidents mortels dans l'hydronéphrose double.

Le contenu de la tumeur varie; quand elle est récente et que la communication avec la vessie n'est pas complètement interrompue, le liquide est fortement albumineux, mais il renferme toujours de l'urée (Rayer). Lorsque quelques capillaires ont été rompus par la distension excentrique, du sang est épanché dans la poche, dont le contenu présente alors une coloration noire ou brunâtre.

L'hydronéphrose est ordinairement unilatérale, et elle est plus fréquente à droite qu'à gauche; l'autre rein est le siège d'une hypertrophie compensatrice, mais parfois il est atteint de néphrite parenchymateuse, et l'intoxication par insuffisance urinaire est alors précoce. L'hydronéphrose est plus commune chez la femme que chez l'homme, parce que l'appareil utérin constitue une cause de plus pour l'obstruction des uretères (Walter).

Une fois constituée, la tumeur reste stationnaire, et si elle est peu volumineuse, elle n'apporte aucun trouble dans la santé et demeure ignorée, ou bien elle s'enflamme, et le malade est exposé à tous les accidents de

la pyélite aiguë; l'hydronéphrose double est compatible avec une santé parfaite, tant que l'atrophie des reins n'est pas achevée; une fois ce terme arrivé, le patient est tué en deux ou trois jours par l'urémie. Le seul signe clinique de la lésion est donc la tumeur rénale, tumeur fluctuante, appréciable par la région abdominale et par la région lombaire, et dont le siège est assez facilement reconnu lorsqu'elle n'a pas un volume très-considérable; mais s'il en est autrement, le diagnostic devient chez la femme d'une certaine difficulté; la tumeur se développe principalement du côté du ventre, sa paroi s'amincit à mesure que son volume augmente, la fluctuation à travers la paroi abdominale devient tout à fait superficielle, et l'idée d'un kyste de l'ovaire se présente naturellement à l'esprit. La présence d'anses intestinales sonores, interposées entre la tumeur et la paroi, n'est plus un signe certain de tumeur rénale, depuis que Spencer Wells a montré que le même fait pouvait être observé dans des kystes ovariens; et comme le liquide extrait par la ponction peut ne contenir aucun élément urinaire caractéristique (Krause, Rose), le diagnostic ne peut être fait que si l'on a suivi le développement du produit morbide, ou bien par le toucher vaginal, qui, dans le cas de grosse tumeur ovarienne, montre une déviation latérale du col utérin du côté de la lésion.

Du moment que l'obstacle à l'excrétion de l'urine ne peut être levé, la médication est purement palliative. La ponction, recommandée par König comme méthode générale de traitement, ne doit être pratiquée que dans les circonstances où l'hydronéphrose produit des accidents sérieux, ou bien lorsqu'elle est double; dans ce dernier cas, elle n'est elle-même que palliative, car, comme l'obstacle subsiste, l'atrophie rénale n'en continue pas moins, et l'urémie n'est que retardée. Cependant la diminution de pression résultant de la soustraction du liquide peut enrayer les progrès de l'atrophie pendant un temps assez long, pour que le bénéfice de ce délai ne soit point à dédaigner.

Les reins sont fréquemment le siège de **kystes séreux** développés dans la substance corticale, ce qui est le cas ordinaire, ou dans la tubuleuse; ces kystes ne donnent lieu en général à aucun accident, et ils ne produisent même pas de tumeur rénale. Cependant, quand ils sont très-nombreux, ils peuvent envahir la totalité de la substance des reins, et provoquer une urémie aiguë dont rien n'a pu faire soupçonner l'imminence. J'ai rapporté un exemple de ce fait assez rare; les deux reins, atteints de formations kystiques, ne présentaient plus un atome du tissu normal.

CHAPITRE VIII.

LITHIASE RÉNALE. — COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Les concrétions rénales (1) peuvent être observées, sous forme de sédiments ou sables dans les papilles et les tubes droits; on les désigne, suivant leur composition, sous le nom d'INFARCTUS URIQUE ET INFARCTUS CALCAIRE. L'infarctus urique est très-fréquent chez les nouveau-nés; il a

(1) A. N. SCHERER, *Die neuesten Untersuchungen über die Mischung der Blasensteine*. Iena, 1800. — MARCET, *An Essay on the chemical History and medical Treatment of calculous Disorders*. London, 1817. — WALTER, *Gräfe und Walther's Journ.*, 1820. — PROUT, *Untersuchungen über das Wesen und die Behandlung des Harngrüses*, etc. London, 1821. Weimar, 1823. — CASPARI, *Der Stein der Nieren*. Leipzig, 1823. — MAGENDIE, *Recherches sur la gravelle*. Paris, 1827. — YELLOWLY, *On the tendency to calculous Diseases*, etc. London, 1830. — CH. PETIT, *Du traitement médical des calculs urinaires*. Paris, 1834. — GROSSE, *On urinary calculus*. London, 1835. — NAUMANN, *Handb. der med. Klinik*. Berlin, 1836. — CIVIALE, *Traité de l'affection calculeuse*. Paris, 1838. — *Traitement préservatif de la pierre et de la gravelle*. Paris, 1840. — WILLIS, *Die Krankheiten der Harnorgane* (Deutsch von Heusinger). Eisenach, 1841. — BENGE JONES, *Ueber Gries, Gicht und Stein* (Deutsch von Hoffmann). Braunschweig, 1843. — HODANN, *Verhandl. der schles. Gesells. f. vaterl. Cultur*, 1855. — MECKEL, *Mikrogeologie*. Berlin, 1856. — VIRCHOW, *Gesammelte Abhandlungen*. Berlin, 1860.

HELLER, *Die Harnconcretionen, ihre Entstehung*, etc. Wien, 1860. — OWEN REES, *Guy's Hosp. Reports*, 1864. — HARLEY, ROBERTS, VOGEL, *loc. cit.* — CAMARZA, *Espana medica*, 1865. — PHILIPSON, *British med. Journ.*, 1866. — HINTON, *Med. Times and Gaz.*, 1866. — MIALHE, *De l'action des alcalins dans le traitement des calculs biliaires et vésicaux*. Paris, 1867. — SPENCER WELLS, *Transact. of the path. Soc. of London*, 1868. — BURNET, *Case of uræmic poisoning from an impacted calculus* (*Philadelphia. med. and surg. Reporter*, 1869). — MASING, *Mittheilungen über einen Nierenstein* (*Petersb. med. Zeits.*, 1869). — ANNANDALE, *Med. Press and Circular* (*Edinb. med. Journ.*, 1869). — SMITH, *Nephrotomy as a mean of treating renal calculus* (*Med. chir. Transact.*, 1869).

TOMOWITZ, *Hæmaturia renalis chronica* (*Allg. militär. ärztl. Zeit.*, 1871). — ROSENSTEIN, *Ueber complementäre Hypertrophie der Niere* (*Virchow's Archiv*, 1871). — JACCoud, LITHIASE RÉNALE, in *Clin. méd. de l'hôpital Lariboisière*. Paris, 1872. — DESNOS, art. GRAVELLE, in *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.* Paris, 1872.

JEREMIAK, *An account of some renal calculi of unusual shape*, etc. (*Med. chir. Trans.*, 1872). — CURNOW, *Atrophied Kidneys with impacted calculi* (*Trans. of the path. Soc.*, 1873). — GEE SAMUEL, *A case of renal calculi* (*The Lancet*, 1873). — PESCHEK, *Neun*