

## CHAPITRE VI.

## PYÉLITE. — PYÉLONÉPHRITE.

## GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

De même que la muqueuse des voies biliaires, celle du bassin des reins peut être atteinte d'inflammation membraneuse et d'inflammation catarrhale (1). La PYÉLITE MEMBRANEUSE, tantôt croupale, tantôt diphthé-

(1) Voyez la bibliographie des chapitres précédents; en outre :

LEMAISTRE, *Revue méd.-chir.* Paris, 1854. — RICHARDSON, *Dublin Hosp. Gaz.*, 1855. — BOURGEOIS, *Union méd.*, 1855. — OPPOLZER, *Wiener med. Wochen.*, 1860. — BASHAM, *The Lancet*, 1860. — CHUKERBUTTY, *The Lancet*, 1860. — DEBOUT, *Bullet. de thérap.*, 1861. — LEBERT, *Handb. der praktischen Medicin.* Tübingen, 1863. — SCHÖLZ, *Ein Fall von Pyelitis catarrhalis (Deutsche Klinik)*, 1863. — OPPOLZER, *Ueber Pyelitis (Wiener Spitalszeit.)*, 1864. — HASSALL, *On pyelitis (The Lancet)*, 1864. — MALL, *Wiener med. Zeits.*, 1866. — PHILIPSON, *Description of a Kidney with cyst containing calculi (Brit. med. Journ.)*, 1866. — KOSTER, *Pyelo-nephritis in een hoefijzer-nier (Nederl. Arch. voor Geneesk.)*, 1867. — SPENCER WELLS, *On the diagnosis of renal from ovarian cysts and tumours (Dublin quart. Journ. of med. Sc.)*, 1867. — SIOTIS, *Pyélite calculeuse (Gaz. méd. d'Orient)*, 1868. — MORGAN, *Med. Press and Circular*, 1868. — FILLEAU, *Essai sur la pyélo-néphrite suppurée.* Thèse de Paris, 1868. — HUCSTEIN, *De la pyélo-néphrite spontanée*, thèse de Paris, 1869. — STEVEN, *Case of pyelitis and pyonephrosis (Glasgow med. Journ.)*, 1869. — RABORG, *Case of highly developed calculous diathesis with suppurative nephritis (New-York med. Record)*, 1869.

MICHAELIS, *Zur Lehre von der Pyelitis (Wiener med. Presse)*, 1870. — DICKINSON, *Calculous pyelitis (Trans. of path. Soc.)*, 1871.

OLLIVIER, *Mém. sur une variété non décrite de pyélo-néphrite ou pyélo-néphrite hémato-fibrineuse (Arch. de physiol.)*, 1873. — PASCALLUCI, *Il Morgagni*, 1873. — FINLAYSON, *Pyelitis and Pyelo-nephrosis (Glasgow med. Journ.)*, 1874.

DAUPHIN, *Lithiase rénale; pyélite suppurée (Presse méd. belge)*, 1875. — ARNOULD, *Pyélite calculeuse (Eodem loco)*. — JANEWAY, *Pyoperinephritis (New York med. Record)*, 1875. — PAULI, *Bedeutende Besserung eines verschleppten Pyelonephritis-Falles (Deut. med. Wochen.)*, 1876. — WILLIAMS, *Nephrotomy for the relief of Pyonephrosis. Recovery (New York med. Record)*, 1876. — DUNCAN, *Clin. lect. on aching kidney. Pyonephrosis. Stricture of urethra (Med. Times and Gaz.)*, 1878. — QUINCKE, *Empyem des Nierenbeckens mit Drainage behandelt (Corresp. Blatt. f. Schweizer Aerzte)*, 1878. — BRIDGE, *Pyelitis. Colon and pelvis of kidney communicating (New York med. Record)*, 1878. — EBSTEIN, *Pyonephrose mit Ausscheidung von flüssigem Fett und Hämatoïdincristallen durch den Harn (Deuts. Arch. f.*

rique, est une lésion secondairesans intérêt clinique, qu'on observe dans les maladies infectieuses et dans le choléra.

La PYÉLITE CATARRHALE reconnaît pour causes la présence de sables ou de calculs (*pyélite calculeuse*); — la propagation d'une inflammation de l'urèthre, de la blennorrhagie surtout; — la rétention de l'urine décomposée par stagnation; — plus rarement l'élimination de substances irritantes (cantharides, cubèbe, etc.).

La pyélite est observée à tout âge, mais elle est plus fréquente chez l'adulte et chez le vieillard, plus fréquente aussi chez l'homme que chez la femme.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

A son degré le plus léger, la pyélite catarrhale n'est constituée que par l'hyperhémie, l'hypersécrétion muqueuse et la chute de l'épithélium dans le bassin. — Dans le plus grand nombre des cas, les lésions sont bien différentes; la muqueuse injectée et épaissie, tant dans le bassin que dans les calices, est recouverte de muco-pus plus ou moins consistant; elle présente souvent des ecchymoses, et le tissu sous-muqueux est infiltré de sérosité.

Dans les cas chroniques, qui sont de beaucoup les plus communs, la muqueuse est épaissie, inégale, d'un rouge livide, ou bien blanchâtre par suite du dépôt des phosphates qui se mêlent au pus; souvent aussi elle présente des ulcérations qui sont dues tantôt à des exsudats membraneux interstitiels, tantôt à l'action mécanique des calculs. Le liquide purulent contenu dans le bassin a rarement l'aspect du pus ordinaire, il est visqueux et gélatineux par suite de l'action qu'exerce sur lui l'ammoniaque provenant de l'urine décomposée; ou bien il est transformé en une bouillie crétaécée par suite du précipité des phosphates. Ces altérations apportent par elles-mêmes une certaine entrave au cours de l'urine, mais l'obstacle est surtout constitué par les corps étrangers, cause première de ces lésions; les plus communs sont les calculs, puis, avec une fréquence infiniment moindre, les échinocoques, et peut-être le parasite connu sous le nom de strongle géant. Dans quelques cas, l'obstruction de l'uretère peut avoir lieu sans calcul, par le fait d'un bouchon muco-purulent plus ou moins concret.

Quelle que soit la cause, l'obstacle au cours de l'urine entraîne la *klin. Med.*, 1878). — MAYET, *Note sur deux cas d'urémie par obstruction des voies d'excrétion (Lyon méd.)*, 1879. — GARCIN, *Pyélo-néphrite d'origine vésicale (Arch. de méd.)*, 1879. — MALGOUVERNÉ, *De la pyélo-néphrite d'origine vésicale ou pyélo-néphrite ascendante.* Thèse de Paris, 1879. — ULTMANN, *Zur diagnose der Pyelitis (Wien med. Presse)*, 1880.

DILATATION DU BASSINET et des calices en une poche multiloculaire remplie d'urine mêlée de pus et parfois de sang; la pression exercée par ce liquide, dont la quantité va toujours en augmentant, amène l'*atrophie du tissu rénal*, dont on ne retrouve plus qu'une bandelette plus ou moins épaisse, formant paroi autour de la tumeur; le volume de celle-ci est double ou triple de celui du rein normal, Lebert l'a vue dépasser la grosseur d'une tête d'adulte. Si cette lésion est unilatérale, elle peut prendre une évolution favorable : la destruction du rein étant totale, il ne fonctionne plus, le contenu de la poche ne subit pas d'augmentation, et l'inflammation lente développée autour de la tumeur en épaissit la paroi et en prévient la rupture; dans cette condition, l'uretère s'oblitére et est transformé en cordon fibreux, et le rein de l'autre côté, hypertrophié par compensation, suffit à la sécrétion urinaire. — Dans d'autres cas, les choses se passent moins heureusement; l'inflammation néoplasique fait défaut à la périphérie, ou bien l'ulcération du bassinnet s'accroît incessamment sous l'action de l'urine décomposée, et une PERFORATION a lieu, qui tantôt établit une *communication fistuleuse* avec un organe voisin ou l'extérieur, ainsi que cela a été dit pour les abcès du rein, tantôt produit une *infiltration d'urine* dans le tissu périrénal; on a vu le liquide ainsi épanché fuser jusqu'au périnée. Une autre variété d'infiltration a été signalée par Rokitansky; avant la destruction atrophique du rein, l'urine s'infiltré dans le tissu de l'organe, et le nécrose, ainsi que les calices et le bassinnet. — La pyélite est très fréquemment compliquée d'abcès du rein (pyélonéphrite).

## SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC.

L'origine calculeuse étant très fréquente, la maladie est souvent précédée des accès caractéristiques de la colique néphrétique; ces douleurs paroxystiques sont le fait de l'affection calculeuse, elles ne doivent pas être comprises dans la symptomatologie de la pyélite confirmée. Celle-ci peut avoir un DÉBUT AIGU, et alors elle présente les mêmes symptômes initiaux que la néphrite aiguë, *douleurs, vomissements, fièvre et hématurie*; ces derniers phénomènes ne persistent que quelques jours, et bientôt la maladie prend les mêmes allures que lorsqu'elle est chronique d'emblée, elle n'est plus constituée que par les ANOMALIES DE LA SÉCRÉTION URINAIRE. Lorsque la phase d'acuité fait défaut, l'urine peut être au début augmentée de quantité, et Oppolzer pense même que bon nombre de cas de diabète insipide ne sont que des pyélites méconnues; cette *polyurie* peut être le seul phénomène appréciable dans la pyélite purement catarrhale qui guérit en quelques jours, mais ces faits sont rares; quand l'inflammation du bassinnet présente l'évolution anatomique

complexe qui a été exposée, les altérations de l'urine sont différentes : la *quantité* est normale ou diminuée, la *densité* est abaissée, la *réaction* est acide ou neutre, elle ne devient alcaline que lorsque la stagnation amène la décomposition du liquide; l'urine peut contenir du *sang*, du *mucus*, qui apparaît sous forme de nuage floconneux épais, et elle renferme toujours du *pus* qui, par le repos, se précipite en dépôt blanchâtre au fond du vase.

La transformation gélatineuse produite par l'ammoniaque et le microscope révèlent la nature purulente de ce sédiment; on y trouve, en outre, des *cellules épithéliales* en grand nombre, et lorsque par hasard ces cellules ont conservé la disposition imbriquée qu'elles ont sur la muqueuse du bassinnet, le diagnostic est absolument certain; mais cette circonstance est assez rare, on ne rencontre bien souvent que des cellules isolées, allongées, à un ou plusieurs noyaux, provenant des couches plus profondes de l'épithélium. Le sérum du pus étant intimement mêlé à l'urine, elle renferme de l'albumine en quantité proportionnelle à celle du pus. Le mélange du pus à l'urine est complet : aussi est-elle rendue à l'état de liquide trouble et lactescent, elle ne s'éclaircit que par le repos; de plus, le mélange est constant, l'urine présente à chaque miction le caractère purulent; ces faits distinguent la pyorrhée de la pyélite de la pyurie accidentelle qui résulte de l'ouverture d'un abcès du rein dans le bassinnet. En revanche, l'urine purulente est exactement la même, que le pus provienne de la vessie ou des reins, et ce n'est que par l'examen microscopique et par la considération des autres symptômes qu'on peut établir ce diagnostic différentiel. L'urine contient souvent, mais non toujours, des *phosphates* surabondants, et la MICTION est ordinairement naturelle; elle ne devient difficile et douloureuse que dans les exacerbations aiguës, lesquelles, du reste, interrompent assez souvent la marche tranquille de la pyélite, surtout lorsqu'elle est d'origine calculeuse.

Cette forme présente deux particularités dignes d'intérêt; indépendamment de la douleur rénale sourde et fixe, il y a souvent des paroxysmes de *coliques néphrétiques*, et après chacun d'eux l'urine peut être momentanément sanglante; de plus, indépendamment des accès, les caractères de l'urine sont variables; on peut voir la pyorrhée habituelle remplacée tout d'un coup par une urine limpide et normale; ce phénomène est dû à l'obturation momentanée de l'uretère du côté malade, et lorsque, comme dans le fait de Richardson, cette occlusion dure quatre mois, on peut, à bon droit, croire à une guérison complète. Dans les cas, heureusement rares, où la pyélite calculeuse est double, l'obturation peut l'être aussi, et si elle a lieu des deux côtés en même temps, l'ANURIE tue en quelques jours; le malade de Harvey succomba ainsi au cinquième jour; il est remarquable que l'*urémie* par anurie présente presque toujours la forme délirante. On comprend aisément que l'anurie

soit produite lorsque la pyélite et l'obturation surviennent chez un individu à rein unique; mais on comprend beaucoup moins bien qu'avec un appareil rénal normalement conformé, l'occlusion de l'un des uretères soit suivie d'une anurie totale, quoique l'autre conduit soit perméable. Il y a cependant quelques observations de ce genre (Bourgeois). Ces faits montrent que le rein devenu unique au point de vue de la fonction ne présente pas toujours, dans un délai assez court, la suractivité sécrétoire compensatrice, qui peut seule amener une dépuratation urinaire suffisante.

La pyélite peut conduire à la *fièvre hectique*, au *marasme* et à la mort, par le fait seul de la suppuration persistante et des troubles digestifs qui en sont la conséquence, sans produire de tumeur rénale; mais lorsque la dilatation du bassin et amène l'atrophie du rein, la maladie présente une période souvent fort longue, pendant laquelle elle est principalement caractérisée par une TUMEUR LOMBAIRE; l'altération de l'urine peut manquer à ce moment-là, soit par obturation de l'uretère, soit par atrophie totale des reins.

En l'absence de renseignements anamnestiques, une semblable tumeur pourrait être confondue avec une TUMEUR DU FOIE ou de la RATE; cependant le siège dans la région lombaire est fort insolite pour les tumeurs de ces derniers organes, et de plus, les mouvements du diaphragme sont sans effet sur la tumeur rénale, tandis qu'ils modifient la position des productions hépato-spléniques. — L'erreur serait moins excusable encore avec la PÉRINÉPHRITE (*phlegmon périnéphrétique*); ici les douleurs sont infiniment plus violentes, elles ont des irradiations horriblement pénibles dans le plexus crural et le sacré, la fièvre ne fait jamais défaut, et elle est souvent intermittente, il y a une contracture réflexe dans le psoas, la formation de la tumeur suit de plus près (cinq ou six mois au plus) le début des accidents, il n'y a aucune altération de l'urine, la fluctuation est plus superficielle et partant plus nette.

Une fois la tumeur constituée, l'urine reste purulente ou devient limpide, suivant l'état de l'uretère, et quand l'atrophie et l'oblitération sont totales, les choses peuvent rester en l'état, cela équivaut à une guérison. Plus souvent la tumeur s'ouvre soit à l'extérieur, ce qui est le cas le plus favorable, soit par l'une des voies indiquées à propos de la néphrite; la mort est alors amenée soit par l'ouverture même ou ses suites immédiates (péritonite, infiltration urinaire), soit par la persistance de la suppuration qui épuise le malade.

Le **pronostic** est subordonné en grande partie à la cause; la pyélite catarrhale spontanée, celle qui est produite par extension d'une phlegmasie vésico-urétrale, peut guérir complètement et rapidement. Mais la pyélite calculeuse présente peu de chances favorables, à moins que la lithiase ne soit enrayée, et que les calculs ne soient éliminés avant la pro-

duction de désordres graves dans les reins; or, c'est là certainement un fait assez rare.

## TRAITEMENT.

Dans la forme aiguë, la conduite à tenir est la même que dans la néphrite; dans les formes chroniques, il faut combattre la lithiase par une médication appropriée, et si cette indication spéciale n'existe pas, il faut, comme dans la néphrite chronique, soutenir les forces des malades par une bonne alimentation, maintenir autant que possible l'intégrité des fonctions digestives, et agir directement sur la muqueuse au moyen des balsamiques, qui sont éliminés avec l'urine (goudron, térébenthine). Les eaux alcalines (Carlsbad, Ems, Vichy) sont souvent utiles, alors même qu'il n'y a pas de calculs. Il va sans dire que si la maladie dépend d'une affection de la vessie, de la prostate ou de l'urèthre, cette indication causale est la base du traitement.

Les résultats de mes observations pour la pyélite et pour la pyélocystite chroniques sont les mêmes que pour la néphrite: le lait et l'hydrothérapie sont encore ici les meilleures armes de la thérapeutique.

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 détritus caséeux, 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) (*hydrorenal distension*) est constituée par la dilatation

(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*,

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 certaines *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

1866. — SPENCER WELLS, *Dublin quart. Journal of med. Sc.*, 1867. — *Med. Times and Gaz.*, 1868. — SÄXINGER, *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'hydronephrose (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. hóp., 1874)*. — WILSE, *Tilfælde af temporär hydronefrose (Norsk Magaz. f. Lægevid., 1874)*.

CHALOT, *Cas d'hydronephrose double chez l'adulte consécutive à l'obstruction de la vessie par quatre calculs (Montpellier méd., 1875)*. — KUNDRAT, *Ueber Hydronephrose (Anzeiger der Gesells. der Aerzte in Wien, 1875)*. — BAGINSKI, *Ein Fall von Sarcom der Niere mit Hydronephrosis (Deut. med. Wochen., 1876)*. — MORRIS, *On a case of intermitting Hydronephrosis with some remarks on hydronephrosis as a cause of abdominal tumours (Med. chir. Trans., 1876)*. — WOELFLER, *Zur chirurgischen Path. der Nieren (Wien. med. Wochen., 1876)*.

FRIEDREICH, *Ueber Necrose der Nierenpapillen bei Hydronephrose (Virchow's Archiv, 1877)*. — JAMES, *Dilatation of the ureters and renal pelvis. Hydronephrosis (Edinb. med. Journ., 1877)*. — SCHOTTELIUS, *Zwei Fälle von einseitiger Hydronephrose (Virchow's Archiv, 1877)*. — DIEULAFOY, *Kyste suppuré du rein; quarante-sept aspirations simples; guérison (Gaz. hebdom., 1877)*. — BRAMWELL, *Two cases of renal tumour (The Lancet, 1878)*. — WARDELL, *Hydronephrosis on both sides (Brit. med. Journ., 1878)*. — LYONS, *Ascites with Hydronephrosis of the kidney (Dublin Journ. of med. Sc., 1878)*. — ZIELEWICZ, *Ein Fall von enormer Hydronephrose (Przegląd lekarski, 1878)*. — ENGLISH, *Ueber primäre Hydronephrose (Zeits. f. Chirurgie, 1879)*. — HICKS, *Hydronephrosis of traumatic origin (New York med. Record 1880)*.

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 (Stadtfeld, 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. Les observations de Friedreich établissent que l'hydronephrose, même peu avancée encore, peut donner lieu à la nécrose des papilles. 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'hydronephrose 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. La réplétion de la tumeur ne reste pas toujours au même degré; soit que l'uretère recouvre momentanément une certaine perméabilité, soit par suite d'une résorption plus ou moins complète, des modifications de volume sont parfois produites, qui peuvent aller presque jusqu'à l'effacement de la tumeur. Ce sont les faits de ce genre qui ont été qualifiés d'*hydronephrose intermittente* (Morris, Smith, Hare).

L'hydronephrose 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'hydronephrose 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 apporté 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

(1) A. N. SCHERER, *Die neuesten Untersuchungen über die Mischung der Blasensteine*. Jena, 1800. — MARCET, *An Essay on the chemical History and medical Treatment of calculous Disorders*. London, 1817. — WALTER, *Grüße 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*, 1874). — 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 m 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). — PESCHKEK, *Neun Tage anhaltende Urinverhaltung in Folge von Nierensteinen; Hei-*