

pose sa composition chimique, on traitera par les moyens appropriés l'état catarrhal. Or, les eaux alcalines précédemment indiquées ont une incontestable efficacité contre cet état; c'est ainsi qu'il faut comprendre les cas chimiquement inexplicables, mais cliniquement certains, dans lesquels ces eaux modifient heureusement la gravelle phosphatique. — Les eaux de Vittel et de Contrexéville ont l'avantage de pouvoir être données indifféremment dans toutes les variétés de gravelle; à peine alcalines, elles n'agissent point comme dissolvants chimiques, mais elles sont bien tolérées par l'estomac alors même qu'elles sont prises en très grande quantité (6, 8 litres par jour et plus), et elles permettent de provoquer et de maintenir une diurèse abondante qui devient pour l'appareil rénal un véritable lavage. Elles sont ainsi admirablement appropriées au traitement des sables et des graviers; mais, en raison même de leur mode d'action, elles ne sont pas sans inconvénients dans le cas de concrétions volumineuses.

La LITHIASE URIQUE, ainsi que je l'ai établi, peut être avantageusement traitée par le lait ou le petit-lait; j'ai montré en outre que dans les obstructions rénales liées à la présence de sables uriques de très petit volume, le régime lacté pur et à grandes doses est le plus puissant et le plus rapide moyen de conjurer les accidents.

CHAPITRE IX.

CANCER.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Le cancer rénal (1) est une des localisations les plus rares de la diathèse; il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, et il est

(1) WALTER, KÖNIG, RAYER, ROSENSTEIN, *loc. cit.*

LEVER, *Guy's Hosp. Reports*, 1839. — WALSHE, *The nature and treatment of Cancer*. London, 1846. — DITTRICH, *Prager Vierteljahr.*, 1846. — LEBERT, *Maladies cancéreuses*. Paris, 1851. — KÖHLER, *Die Krebs und Scheinkrebskrankheiten*. Stuttgart, 1853. — URAG, *Wiener Wochenblatt*, 1856. — VAN DER BYL, *Transact. of the path. Soc.*, 1856. — GINTRAC, *Journal de méd. de Bordeaux*, 1856. — BRINTON, *British med. Journ.*, 1857. — JACCOUD, *Bullet. Soc. anat.*, 1858. — WAGNER, *Roser und Wunderlich's Archiv*, 1859. — BALLARD, *Transact. of the path. Soc.*, 1859. — DÖDERLEIN, *Zur Diagnose verschiedener Krebsgeschwülste im rechten Hypochondrium*. Erlangen, 1860. — JOHNSON, *Transact. of the path. Soc.*, 1860. — WALDEYER, *Die Entwicklung der Carcinome (Virchow's Archiv, XLI)*. — ELLIS, *The Lancet*, 1866. — DRUGMAND, *Presse méd. belge*, 1867. — FLEMING, *Dublin quart. Journal*, 1867. —

observé surtout dans la seconde moitié de l'âge adulte et dans la vieillesse, puis dans l'enfance jusqu'à dix ans (relevé de Rosenstein). Comme tout autre cancer, celui du rein est primitif ou secondaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La forme la plus commune est l'ENCÉPHALOÏDE, la plus rare est l'ALVÉOLAIRE, le SQUIRRHE est moins exceptionnel; enfin, on observe assez

TOWNSEND, *Dublin quart. Journ.*, 1868. — THOROWGOOD, *Med. Times and Gaz.*, 1868. — HOTZ, *Berlin. klin. Wochen.*, 1869. — FINCKH, *Würtemb. med. Correspondenzblatt*, 1869.

GJÖR, *Tilfælde af Hæmaturi (Norsk. Magaz. f. Lægevidsk)*, 1870.

HOLMES, *Pulsating cancer of the kidney (Trans. of the path. Soc.)*, 1873. — NEUMANN, *Essai sur le cancer du rein*. Paris, 1873. — SIKORSKI und BRODOWSKI, *Carcinomatöse Entartung der Niere bei einem 4 Jahre alten Kinde (Sitzungsber. der Warschauer Gesells. der Aerzte)*, 1873. — ROHRER, *Das primäre Nierencarcinom*. Zürich, 1874. — MICHEL, *Cancer primitif du rein (Presse méd. belge)*, 1874. — DOWSE, *Trans. of the path. Soc.*, 1874. — PEREWERSEFF, *Entwicklung des Nierenkrebses aus den Epithelien der Harnkanälchen (Virchow's Arch.)*, 1874. — SCHRÖDER, *Ein Fall von paranephritischem Carcinom*. Kiel, 1874.

DUTIL, *Du cancer primitif du rein*. Thèse de Paris, 1874. — BÉHNER, *Cancer du rein (Union méd.)*, 1875. — DOWSE, *Cystic cancer of kidney and liver (Trans. of the path. Soc.)*, 1875. — HEITLER, *Krebs der rechten Nebenniere (Wien. med. Presse)*, 1875. — TYSON, *Soft cancer of the kidney and of the lumbar glands (Philad. med. Times)*, 1875. — FÉREOL, *Sarcome fasciculé du rein chez un enfant nègre de dix mois (Union méd.)*, 1875. — GOHNHEIM, *Congenitales, quergestreiftes Muskelsarcom der Nieren (Arch. f. path. Anat.)*, 1875. — STURM, *Ueber das Adenom der Niere und über die Beziehung desselben zu einigen anderen Neubildungen der Niere (Arch. d. Heilkunde)*, 1875. — MARTINEAU, *Sarcome fasciculé du rein (Gaz. hôp.)*, 1875. — KÜHN, *Das primäre Nierencarcinom im Kindesalter (Deuts. Arch. f. klin. Med.)*, 1875. — VOGELANG, *Medullarsarcom der linken Niere (Memorabilien)*, 1876. — ROBSON, *Sarcoma of kidney and lungs (Brit. med. Journ.)*, 1876. — FRONMÜLLER, *Zwei Fälle von idiopathischem Nierenkrebs (Memorabilien)*, 1876. — LEFTWICH, *A case of encephaloid kidney (The Lancet)*, 1876.

WHARRY, *Cancer of the kidney of fourteen years duration, death from phthisis (The Lancet)*, 1877. — DUNLOP, *Two cases of cancer of the kidney (The Lancet)*, 1877. — VERSTRÆTEN, *Contribution à l'étude du cancer rénal (Ann. de la Soc. de méd. de Gand)*, 1878. — ZIT, *Adenocarcinoma renis sinistri (Oester. Jahrb. f. Pädiatrik)*, 1878. — KOCH, *Beiträge zur Kenntniss der primären Nierentumoren, besonders der Sarcome*. Halle, 1878. — TELLEGEN, *Een geval van Colloidnephrose (Nederl. Tijds. voor Geneesk.)*, 1879. — LITTEN, *Carcinom des linken Nierenbeckens und des Ureters (Charité Annalen)*, 1879. — ELLIOT, *Sarcomatous growth in the abdomen involving the right kidney (The Lancet)*, 1879. — ELBEN, *Zur Casuistik der Nierengeschwülste (Würtemb. med. Corr. Blatt.)*, 1880.

souvent des formes complexes. Il est à remarquer que le cancer secondaire occupe toujours les deux reins, tandis que le primitif n'en affecte le plus ordinairement qu'un seul, et le droit plus fréquemment que le gauche. — Débutant par la SUBSTANCE CORTICALE, le cancer encéphaloïde se présente sous forme de *masses isolées* plus ou moins saillantes, dans l'intervalle desquelles le parenchyme est comprimé ou atteint des lésions de l'inflammation chronique; le volume de ces noyaux est en raison inverse de leur nombre, la consistance est dure ou molle suivant que la formation est récente ou ancienne, la couleur est blanche ou noire suivant le degré de la vascularisation; il y a souvent au centre des extravasats sanguins. Dans d'autres cas, on n'observe pas de noyaux isolés, la dégénération gagne de proche en proche, et le rein finit par être transformé totalement en tissu cancéreux; c'est le *cancer infiltré* de Rokitsansky. Le VOLUME de l'organe, considérablement accru, peut égaler celui d'une tête d'enfant, et la tumeur ainsi constituée peut conserver la forme du rein, ou, au contraire, présenter des bosselures et une disposition irrégulière qui lui enlèvent toute ressemblance avec le type morphologique normal; le fait est constant lorsque le cancer n'occupe pas l'ensemble de l'organe. Que le cancer soit en noyaux ou infiltré, il peut se *ramollir* par régression graisseuse, et il se forme ainsi des cavités remplies d'un détritit liquide plus ou moins visqueux ou de sang noirâtre; dans le fait de van der Byl, l'ouverture d'une de ces poches donna issue à 8 pintes d'une masse gluante de couleur sombre. Le néoplasme détermine assez souvent un *processus scléreux*, et la tumeur présente à son pourtour et dans son intérieur de solides tractus fibreux qui la cloisonnent et lui donnent une rigidité particulière. Ordinairement le tissu glandulaire contenu dans la masse morbide est détruit par atrophie ou par envahissement; dans quelques cas pourtant on retrouve des canalicules avec leur membrane propre intacte. — Le point de départ de la dégénération est l'*épithélium des canalicules contournés*, plus rarement le *tissu interstitiel* (Johnson, Waldeyer).

Le cancer n'est pas toujours limité au rein lui-même, il envahit le bassin, l'uretère, et l'on observe assez souvent des *thromboses cancéreuses* dans la veine rénale, l'iliaque ou la veine cave inférieure. Les vaisseaux et les *ganglions lymphatiques* sont pris, et ces derniers atteignent parfois au niveau du hile un volume assez considérable pour amener l'œdème par compression veineuse, et l'hydronéphrose par compression de l'uretère. — Le cancer primitif du rein peut donner lieu à des formations secondaires qui occupent le péritoine, l'intestin ou le foie, suivant une extension par contiguïté.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC.

Le carcinome rénal, surtout dans la forme secondaire, peut rester latent; les douleurs font défaut, il n'y a pas de tumeur notable, et l'urine ne présente aucune altération. Ce dernier fait, dont l'intérêt clinique est évident, est démontré par les observations de Gintrac, de Cramer, Döderlein et Rosenstein. Dans ces cas obscurs, la cachexie cancéreuse est bien reconnue, mais la localisation de la diathèse ne peut être saisie. Lorsque les douleurs existent seules, la situation n'est pas beaucoup plus claire, parce que ces douleurs présentent rarement les irradiations testiculaires qui caractérisent les néphrites ou la lithiase rénale; ce sont des douleurs lombaires vagues, ou bien des névralgies intercostales qui ne peuvent fixer le jugement. En fait, les seuls symptômes révélateurs sont la TUMEUR et l'ALTÉRATION DE L'URINE; ces phénomènes révèlent une lésion du rein, et, d'autre part, l'ABSENCE DE FIÈVRE et la CACHEXIE démontrent que cette lésion est un cancer.

Le volume de la tumeur varie, mais, quel qu'il soit, elle présente deux caractères distinctifs importants : elle ne peut être déplacée, et elle ne suit pas les mouvements du diaphragme. Lorsque la tumeur est considérable et qu'elle occupe principalement la partie supérieure du rein, elle produit la dislocation du foie ou de la rate en haut et en avant; il y a là une cause d'erreur, mais on l'évitera en comparant les résultats de la palpation lombaire avec ceux de la palpation abdominale. Cette tumeur ne présente jamais la fluctuation nette de l'hydronéphrose ou de la pyélite avec distension rénale. Dans quelques cas, la pression qu'elle exerce sur l'artère du rein produit un *bruit de souffle systolique*, et dans un fait de ce genre ce phénomène était si marqué que Bright crut à un anévrysme de l'artère rénale. D'un autre côté, la compression ou les thromboses veineuses peuvent amener l'œdème des extrémités et du scrotum, l'ascite et la dilatation compensatrice des veines pariétales de l'abdomen.

L'URINE ne présente rien de notable quant à la quantité, la réaction et la densité; mais de temps en temps elle devient sanglante, sa densité augmente en même temps, il y a *hématurie* et conséquemment *albuminurie*. L'hémorrhagie provient tantôt du tissu cancéreux qui a envahi les papilles ou le bassin, tantôt elle résulte de la fluxion irritative que le néoplasme provoque à son voisinage; la quantité du sang varie ainsi que son état; il est liquide et intimement mêlé à l'urine, dont il ne se sépare que par le repos, ou bien il est rendu sous forme de coagula filamenteux, moulés sur la cavité de l'uretère. Dans l'une et l'autre circonstance, on peut voir l'hématurie cesser subitement, et l'urine présenter l'ensemble

de ses caractères normaux; c'est qu'un caillot a obturé l'uretère, et que l'urine du rein non malade est seule éliminée. Il peut se faire aussi que l'hématurie fasse place à une anurie complète; si les deux reins sont cancéreux, il est possible que les deux uretères aient été obturés au même moment, mais le plus ordinairement ce phénomène tient à l'obstruction du col de la vessie ou de l'urèthre par un caillot. Dans le dépôt de l'urine le microscope montre des globules sanguins, des leucocytes, de l'épithélium, parfois du pus lorsqu'il y a coïncidence de pyélite; mais l'assertion des auteurs touchant la présence de cellules fusiformes, multinucléaires, volumineuses, caractéristiques du cancer est hypothétique; c'est un *a priori* que l'observation ne justifie pas.

L'hématurie peut être unique, mais la plupart du temps elle reparait à intervalles variables, et ces pertes de sang ne contribuent pas peu à l'affaiblissement du patient.

La DURÉE de la maladie varie de six mois à plusieurs années; la seule TERMINAISON est la mort. Elle est amenée par les progrès de la cachexie et du marasme, par une péritonite, par un épanchement de sang dans le péritoine (Bright), par urémie (Dittrich).

Quelques faits, notamment celui de Wharry, démontrent la coïncidence de la phthisie pulmonaire avec le cancer rénal.

Le **traitement** ne peut être que symptomatique; les indications principales sont de calmer les douleurs, de combattre les hémorrhagies, de débarrasser l'urèthre et la vessie des caillots obstrueteurs, et de soutenir les forces du malade.

CHAPITRE X.

TUBERCULOSE. — NÉPHRITE CASÉEUSE.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

La tuberculose présente dans les reins les deux formes fondamentales qu'elle affecte dans le poumon, et l'interprétation de ces lésions soulève les mêmes difficultés qui ont été exposées et discutées à propos de la tuberculose pulmonaire (1).

(1) RAYER, VOGEL, ROSENSTEIN, *loc. cit.* — W. MÜLLER, *Ueber Structur der Nierentuberkel*. Erlangen, 1857. — JACCOUD, *Bullet. Soc. anat.*, 1858. — TROST, *Wiener Spitals-Zeitung*, 1859. — SCHMIDTLEIN, *Ueber die Diagnose der Phthisis tuberculosa der Harnwege*. Erlangen, 1862. — KUSSMAUL, *Würzburger Zeits.*, 1863. — MOSLER, *Archiv der Heilkunde*, 1868. — ROSENSTEIN, *Zur Tuberculose der Harnorgane* (Berlin. klin. Wochen., 1865). — VIRCHOW, *Die krankhaften Geschwülste*, II. —

La TUBERCULOSE MILIAIRE n'est jamais isolée, elle est observée chez les individus atteints de tuberculose granuleuse plus ou moins généralisée, c'est donc chez les enfants et les jeunes gens qu'elle est le plus fréquente. Elle est caractérisée par la présence de granulations grises ou jaunâtres plus ou moins nombreuses, mais isolées, qui occupent les couches superficielles de l'organe, ou bien sont disposées en stries ou en chapelet dans la substance médullaire; le processus granuleux a pour point de départ le tissu conjonctif interstitiel, il est combiné avec une prolifération notable des éléments épithéliaux dans leurs canalicules, mais les produits de cette formation active sont soumis à une régression rapide (Rosenstein). — Cette forme n'a qu'un intérêt anatomique, elle ne donne lieu à aucun symptôme.

La TUBERCULOSE CASÉEUSE est constituée par des foyers caséux plus ou moins étendus qui peuvent subir le ramollissement, déterminer l'ulcération du tissu rénal, et former enfin de véritables cavernes semblables, aux dimensions près, à celles du poumon. La lésion débute souvent par le bassin et les calices, et elle monte de là dans l'épaisseur de l'organe, détruisant des pyramides entières. Cette altération coïncide parfois avec la précédente, et il est bien certain alors que les foyers caséux résultent d'une tuberculose véritable dont les granulations, fusionnées par confluence, ont subi la régression graisseuse et le ramollissement. Mais, dans bon nombre de cas, la situation est autre; il n'y a pas de tubercules miliaires dans les reins, il n'y a pas de tuberculose pulmonaire, ou, si elle existe, elle est évidemment plus récente que celle des reins,

HOFMANN, *Beiträge zur Lehre von der Tuberculose* (Deuts. Archiv f. klin. Medicin, 1867). — JACCOUD, *Clinique méd.* Paris, 1867. — SCHMIDT, *Memorabilien*, 1868. — KLOB, *Æster. Zeits. f. prakt. Heilk.*, 1868. — HUBER, *Zur Symptomatologie der tuberculösen (resp. käsigen) Phthisis der Harnorgane* (Deutsches Archiv, 1868). — PAULICKI, *Wiener med. Wochen.*, 1869.

THOMPSON, *Scrofulous Kidney* (Brit. med. Journ. 1873).

CHARLES, *Scrofulous Pyelitis* (Brit. med. Journ., 1875). — THOMPSON, *Case of tubercular disease of the urogenital organs* (Med. Times and Gaz., 1875). — LUCAS, *Scrofulous disease of the right kidney* (Trans. of the path. Soc., 1875). — BARR, *Tubercular disease of the kidneys, etc.* (Med. Press and Circular, 1876). — PURJESZ, *Ein Fall von Nephritis caseosa mit epicritischen Bemerkungen* (Berlin. klin. Wochen., 1876). — STILES, *A case of tuberculous kidney* (Philad. med. Times, 1876). — BIOT, *Note sur un cas de tuberculose rénale* (Lyon méd., 1876). — MALMSTEN och BLIX, *Fall af phthisis renalis* (Hygiea, 1876).

LONGSTRETH, *Two cases of catarrhal inflammation of the bladder, resulting in the plugging of one ureter and the formation of cheesy masses in the kidney; death from acute tuberculosis* (Americ. Journ. of med. Sc., 1877). — TAPRET, *Étude clin. sur la tuberculose urinaire* (Arch. de méd., 1878). — SOLIER, *Néphrite caséuse unilatérale* (Lyon méd., 1880). — COBIANCHI, *La scrofolosi del Rene* (Rivista clin. di Bologna, 1880).

et elle présente elle-même la forme caséuse; il n'est donc pas certain qu'il s'agisse ici d'une tuberculose vraie; il est possible que tout le processus consiste en une inflammation chronique simple avec métamorphose caséuse de l'exsudat, c'est-à-dire d'une NÉPHRITE CASÉUSE. Néanmoins nos connaissances actuelles sur le gros tubercule, et l'application qu'on peut en faire à ces lésions du rein, en établissent avec une grande somme de probabilités la nature tuberculeuse.

Lorsque cette altération est multiple, elle peut donner lieu à une augmentation de volume du rein, dont la surface devient en même temps inégale et bosselée; l'uretère participe toujours à la lésion, et l'on trouve dans la vessie, la prostate, le testicule (les ovaires, les trompes), des foyers semblables à ceux du rein. — Les deux reins sont ordinairement pris; dans quelques cas pourtant un seul est atteint, et l'autre est sain ou affecté d'une lésion sans rapport aucun avec la néphrite caséuse. Dans le rein malade, le tissu interposé entre les foyers caséux ou les cavernes est généralement intact, et il suffit à l'uropoïèse; mais il peut présenter les altérations de la néphrite parenchymateuse, et le malade est tué par urémie; j'ai publié un exemple très net de ce complexe pathologique.

Les symptômes de cette néphrite sont des douleurs lombaires avec ou sans irradiations, et une altération de l'urine qui renferme du mucus, du pus, de l'épithélium, et le plus souvent du sang; c'est avec le microscope qu'il faut rechercher ce dernier, car la quantité peut être assez faible pour ne pas changer la coloration du liquide. Dans bon nombre de cas, l'urine contient en outre une masse blanchâtre et grumeleuse qui, sous le microscope, paraît amorphe ou composée de petits noyaux; ces éléments ne se dissolvent pas à chaud, et ils résistent également à l'acide acétique et aux acides en général (Rosenstein). Les malades ont parfois du ténesme vésical et de l'ischurie avec un besoin pressant d'uriner. Lorsque avec ces symptômes persistants on constate un gonflement suspect des testicules, de la prostate ou des ovaires, le diagnostic de la néphrite caséuse devient fort probable; il est certain, si la palpation révèle une tumeur rénale à surface bosselée; mais ce phénomène est rare, il n'y a pas à y compter.

Deux fois déjà j'ai observé la néphrite caséuse sans tuberculose pulmonaire à la suite de la fièvre typhoïde; dans l'ignorance où nous sommes des conditions étiologiques de la maladie, ce fait m'a paru mériter d'être signalé.

CHAPITRE XI.

PHLEGMON PÉRINÉPHRÉTIQUE. — PÉRINÉPHRITE.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

L'inflammation phlegmoneuse du tissu cellulo-adipeux (1) qui entoure les reins de ses couches épaisses est une maladie peu commune, mais de

(1) BURSER, *De phlegmone renum et vesicæ*. Basileæ, 1615. — DE PRÉ, *Nephritidis pathologia et therapia*. Erfurti, 1725. — TROJA, *Ueber Krankheiten der Nieren*. Leipzig, 1788. — DUPONT, *Journal de méd.*, t. XXXII. — TRABUC, *Journal de méd.*, t. LV. — ZEVIANI, *Memorie di Verona*, V. — HOHNSTOCK, *Die Magen und Nieren-Entzündung*. Sondershausen, 1808. — J.-P. FRANK, *De curandis hominum morbis*, I. II. — CHOPART, *Maladies des voies urinaires*.

RAYER, *Traité des maladies des reins*. Paris, 1839-1842. — DELASIAUVE, *Sur un cas de néphrite calculeuse*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 1852). — BIENFAIT, *Obs. de périnéphrite traumatique suppurée* (*Gaz. hebdom.*, 1856). — EVANS, *Report of a case of inflammation of the Kidney, proceeding to suppuration and discharging externally* (*The Lancet*, 1857). — WUNDERLICH, *Handbuch der Path. und Therapie*. Stuttgart, 1856. — GIUSEPPE BERTOLOTTI, *Pielite calciosa, ulcera perforante dell' uretere, ascesso ilio-pubico, morte* (*Ann. univ. di med.*, 1859).

FÉRON, *De la périnéphrite primitive*. Thèse de Paris, 1860. — PICARD, *De la périnéphrite*. Thèse de Paris, 1860. — PARMENTIER, *Sur les abcès périnéphrétiques* (*Union méd.*, 1862). — VEPEAU, *Abcès périnéphrétique chronique* (*Gaz. hóp.*, 1863). — HALLÉ, *Des phlegmons périnéphrétiques*. Thèse de Paris, 1863. — TROUSSEAU, *Des abcès périnéphrétiques* (*Union méd.*, 1865). — GUÉRIN, *Gaz. hóp.*, 1865. — HERVIEUX, *Abcès périnéphrétique* (*Union méd.*, 1866). — GUIBOUT, *Abcès périnéphrétique* (*Gaz. hóp.*, 1867). — GOURAUD, *Des abcès périnéphrétiques* (*Union méd.*, 1867). — MASTRORILLI, *Pielite con perinephrite del sinistro rene* (*Rivista clin. di Bologna*, 1867). — BOWDITCH, *Three cases of perinephritic abscess complicated with pulmonary and pleuritic disease. Incisions into renal region. Recovery* (*Boston med. and surg. Journ.*, 1868). — HERRMANN, *Ein Fall von Perinephritis mit Eiterung und Durchbruch in die Lungen* (*Petersburger med. Zeits.*, 1867). — BURRITT, *Renal abscess* (*Med. and surg. Reporter*, 1868). — TACHARD, *Abcès périnéphrétique consécutif à une cystite chronique* (*Gaz. hóp.*, 1869). — OPPOLZER, *Perinephritis mit ausgebreiteter Suppuration; Tod* (*Virchow's Jahresbericht*, 1869). — FILLEAU, *Essai sur la pyélo-néphrite suppurée*. Thèse de Paris, 1868.

ROSENSTEIN, *Die Path. und Therapie der Nierenkrankheiten*. Berlin, 1870. — JAMAIN, *Manuel de path. chirurgicale*, 2^e édit., Paris, 1870. — NAUDET, *Du phlegmon périnéphrétique*. Thèse de Paris, 1870. — HADLOCK, *Abscess of the left Kidney from renal calculus* (*Philadelphia med. and surg. Report.*, 1871). — COLIN, *Abcès périnéphrétique chez un sujet atteint d'alcoolisme* (*Gaz. hebdom.*, 1872). — MALMSTEN,