

malade n'éprouve qu'une douleur sourde et contusive dans le flanc et la région lombaire. Après avoir duré de quelques heures à plusieurs jours avec les mêmes caractères et la même intensité, la colique néphrétique cesse brusquement par l'arrivée du gravier ou du calcul dans la vessie. Lorsque l'attaque est terminée, de l'urine trouble et chargée de mucosités est rejetée en assez grande abondance; au bout de quelques jours l'urine redevient claire et limpide. La cessation de l'attaque s'accompagne toujours d'un état de bien-être considérable.

Les choses ne se passent pas toujours d'une façon aussi simple, et pendant l'accès lui-même il peut se produire une série de complications compromettant directement l'existence. Telles sont : la syncope qui est le fait d'une irritation prolongée des plexus nerveux abdominaux, l'urémie par insuffisance urinaire et les perforations du bassinet ou de l'uretère par le calcul arrêté dans son cheminement. Plus tard, outre les accidents de pyélite et d'hydronéphrose que l'on voit si fréquemment survenir à la suite des coliques néphrétiques, il peut surgir encore d'autres complications dont la plus grave est l'anurie complète ou relative qui reconnaît pour cause l'obstruction plus ou moins étendue des tubuli par le sable urinaire (Jaccoud) et qui donne souvent naissance aux accidents si graves de l'urémie. Dans un grand nombre de cas, le calcul, après avoir cheminé dans l'uretère, s'arrête dans la vessie et devient le noyau d'un calcul vésical.

La guérison est assez fréquente, mais il est rare qu'elle s'observe après une seule attaque : ordinairement la colique néphrétique reparait après un intervalle de temps plus ou moins long, pouvant aller jusqu'à douze ou quinze ans. Il est rare d'observer plus de deux attaques par an.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Le diagnostic de la lithiase urinaire, sauf les cas de colique néphrétique franche et d'expulsion du calcul par les urines, présente toujours certaines difficultés. En dehors même des cas où les concrétions se forment dans les calices et le bassinet sans donner lieu à aucun signe apparent, il en est d'autres qui se présentent avec des allures insidieuses qui rendent le diagnostic fort obscur. L'examen de l'urine doit alors être fait avec le plus grand soin. D'après Owen Rees, un excellent moyen de découvrir les concrétions qui existent à l'état pour ainsi dire latent dans le rein, serait de verser goutte à goutte dans l'urine de la teinture de noix de galle : lorsqu'il existe des calculs, il se forme un léger nuage brun dû aux matières extractives dont la présence est toujours l'indice d'une irritation du

rein. Dans les cas plus tranchés, l'urine contient des cristaux d'acide urique ou de sels en abondance, des globules sanguins, ou même de petits caillots hémorrhagiques.

Les symptômes de la colique néphrétique sont généralement suffisamment nets pour ne laisser place à aucun doute.

La péritonite, qui peut donner lieu à la même altération des traits, aux vomissements, etc., se distingue de la colique néphrétique par la généralisation de la douleur à tout l'abdomen, la déformation du ventre, l'absence d'irradiations vers la cuisse ou le testicule, la fièvre vive qui l'accompagne; on se rappellera aussi que la colique néphrétique est au contraire presque toujours apyrétique.

La névralgie iléo-lombaire peut simuler les douleurs qui trahissent la migration des graviers urinaires; l'existence des points douloureux névralgiques, l'absence de troubles de la miction et l'altération de l'urine permettent en général de distinguer ces diverses affections.

Le pronostic de la lithiase urinaire est toujours sérieux, non seulement à cause des douleurs atroces auxquelles elle donne lieu, mais aussi parce qu'elle amène parfois des accidents mortels.

Ses conséquences directes : la néphropyélite, l'hydronéphrose, la néphrite suppurée, les calculs de la vessie, sont également fort graves. Les chances défavorables de la lithiase rénale sont diminuées par ce fait que l'affection est généralement unilatérale et qu'il se produit une hypertrophie compensatrice de l'autre rein. L'importance du pronostic dépend alors de l'intégrité antérieure du second rein.

TRAITEMENT. — Le traitement de la lithiase urinaire repose complètement sur son diagnostic chimique. Dans la lithiase acide, urique ou oxalique, on prescrira tout d'abord au malade un régime approprié : on conseillera l'exercice au grand air, une alimentation peu azotée, l'emploi restreint des boissons alcoolisées ou excitantes, comme le thé, le café; on veillera au fonctionnement régulier de la peau, etc. Pour agir sur les concrétions elles-mêmes, et pour prévenir leur accroissement ou leur réapparition quand elles ont été éliminées, on aura recours aux eaux alcalines (Vichy, Vals, Carlsbad, etc.), au carbonate de lithine, au phosphate basique de soude (Heller). On pourra s'adresser aussi aux propriétés fortement diurétiques des sources de Contrexéville; ces eaux opèrent un lavage du rein des plus salutaires et favorisent incontestablement l'expulsion des calculs. Les eaux d'Évian,

tout en étant moins actives, agissent à peu près dans le même sens.

Dans la gravelle phosphatique on peut, avec les auteurs anglais, employer l'acide chlorhydrique à la dose de cinq à dix gouttes. L'acide benzoïque, qui est éliminé par les urines sous forme d'acide hippurique, a été également préconisé, mais il ne semble pas qu'il ait donné des résultats aussi heureux qu'on l'avait espéré. L'acide carbonique a été considéré par Heller comme le seul dissolvant des concrétions rénales et a été prescrit par lui sous forme d'eaux gazeuses ou d'acide tartrique et citrique. Les eaux alcalines sont encore indiquées ici à cause de leur action évidente sur le catarrhe des voies urinaires, qui est la cause ordinaire de la gravelle phosphatique. On emploiera les sources faiblement minéralisées de Vals, Pougues, etc. Les eaux de Vittel et de Capvern modifient avantageusement l'état de la muqueuse de la vessie et des uretères; enfin on retirera aussi des avantages d'une cure à Contrexéville ou à Évian.

La colique néphrétique offre des indications spéciales. Chez les individus forts et vigoureux, une saignée locale donne souvent de bons résultats. Mais c'est surtout aux préparations opiacées à haute dose, au chloral, aux inhalations de chloroforme, aux injections sous-cutanées de morphine, qu'il convient d'avoir recours pour calmer la douleur; les grands bains chauds et prolongés ont également une efficacité incontestable. Pour favoriser en même temps l'expulsion des calculs on cherchera à provoquer une diurèse abondante au moyen de l'eau de Seltz ou du lait. Il ne faut pas oublier enfin que, pendant leurs crises, les malades sont tourmentés par des nausées très pénibles ou même par des vomissements. Ceux-ci seront avantageusement combattus par les boissons acidules gazeuses ou glacées : soda-water, potion de Rivière, champagne frappé.

CIVIALE. Traité de l'affection calculeuse. — WILLIS. Urinary Diseases and their treatment. London, 1838. — MECKEL. Microgéologie, 1856. — MIALHE. De l'action des alcalins dans le traitement des calculs biliaires et vésicaux. Paris, 1857. — HELLER. Die Harnconcretionen, etc. Wien, 1860. — JACCOUD. Clinique méd. de Lariboisière, 1872. — DESNOS. Art. Gravelle, in Nouv. Dict. de méd. et de chirurg. prat., 1872. — SAM. GEE. Med.-chir. Trans., 1874. — HUTCHINSON. On suppression of Urine as a consequence of renal Calculus (The Lancet, 1874). — DUMAS. Union médicale, 1874. — OWEN REES. Obscure cases of calculous diseases of the Kidney (Brit. med. Journal, 1876). — ORD. Renal Calculus containing in digo (Trans. of the pathological Society, 5 March 1878). — Du même. Renal Calculus of mixed Carbonate and Phosphate of lime (cod. loc., 7 may 1878). — A. ROBIN. Journal de thérapeutique, 1878. — TENNESON. Anurie calculeuse (Soc. méd. des hôp., février et novembre 1879). — DE BEURMANN. Coliques néphrétiques suivies de l'expulsion de vésicules hydatiques

par l'urèthre (Arch. gén. de méd., 1882). — LEROY. Pyélo-néphrite calculeuse (Courrier méd., 1882). — GARROD. Leç. sur l'acide urique et ses relat. avec les calculs rénaux et la gravelle (Lancet, 1883). — CHAUFFARD. Ét. sur un cas de pyélo-néphrite calculeuse (Soc. méd. des hôp., 1885). — RABAIN. Calcul rénal; coliques néphrétiques (Soc. anat. de Bordeaux, 1885). — SAINTON. Néphrite suppurée cons. à la lithiase rénale. Néphrectomie (Soc. an., 1887). — MALÉCOT. Néphralgie simulant la colique rénale (Fr. méd., 1887).

PYÉLITE — PYÉLO-NÉPHRITE

La *pyélite* est l'inflammation aiguë ou chronique de la muqueuse des bassinets et des calices.

La pyélite est connue depuis longtemps; c'est à elle qu'il faut assurément rapporter un certain nombre des cas qu'on trouve décrits dans les anciens auteurs sous le nom de néphrite suppurative; Rayet, le premier, a séparé nettement ces deux affections.

ÉTIOLOGIE. — La pyélite est une affection de tout âge, plus fréquente cependant chez le vieillard que chez l'adulte, plus fréquente aussi chez l'homme que chez la femme (Rosenstein).

Les causes de la pyélite sont locales ou générales. Parmi les premières, qui sont de beaucoup les plus communes, il faut citer en première ligne la lithiase urinaire : les concrétions urinaires, par leur nombre ou par leur volume, deviennent une cause d'irritation intense pour la muqueuse des calices et des bassinets, provoquent sa suppuration et amènent parfois sa perforation. Il faut noter cependant que la pyélite n'est pas une conséquence obligée de la lithiase; des calculs volumineux peuvent séjourner longtemps dans le bassinets sans amener de lésions phlegmasiques. Les corps étrangers de toute nature, agissant comme les graviers urinaires, tels que les kystes à échinocoques, peuvent devenir le point de départ d'une pyélite; A. Ollivier a décrit, sous le nom de *pyélo-néphrite hémato-fibrineuse*, l'inflammation de la muqueuse due aux caillots hémorragiques et fibrineux qu'on trouve parfois dans les reins dont les artères émulgentes ont subi la dégénérescence athéromateuse et se sont rompues dans le bassinets. Il est probable que le *traumatisme*, qui donne parfois lieu à des pyélites, agit aussi par l'intermédiaire des caillots sanguins, dont il peut provoquer la formation.

L'inflammation de la muqueuse survient parfois à la suite de la stagnation de l'urine et de sa décomposition ammoniacale; que l'obstacle soit un corps étranger ou qu'il siège dans les uretères, la vessie, la prostate ou l'urèthre. Les suppurations du rein se communiquent aussi fréquemment à la muqueuse du bassinets.

Enfin, certains médicaments que nous avons déjà vus atteindre les épithéliums du rein ont une action beaucoup plus intense sur la muqueuse des voies urinaires : ce sont la térébenthine, le copahu, le cubèbe (Rayer) et surtout la cantharide.

La pyélite est parfois liée à la grossesse, probablement par suite de la pression que l'utérus gravide exerce sur les uretères.

Les maladies générales qui peuvent lui donner naissance sont : le typhus, qui détermine toujours la forme catarrhale, la scarlatine, la rougeole, la diphthérie (Furbringer). Le choléra, les maladies infectieuses, la pyohémie, les scarlatines, la fièvre puerpérale et les varioles graves s'accompagnent de la forme diphthéritique.

Les causes de la pyélo-néphrite du diabète, comme de celle qui est consécutive à la gastro-entérite des petits enfants, sont encore difficiles à déterminer.

La pyélite peut être *primitive* et spontanée ; elle se développe alors sous des influences inconnues et sans cause extérieure appréciable, mais le fait est rare. D'après Rosenstein, la pyélite primitive est relativement fréquente à Groningue, ce qu'il attribue au climat humide de la ville.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — La pyélite se présente sous deux formes distinctes, la forme *catarrhale* et la forme *membraneuse* ou *diphthéritique*.

Dans la forme catarrhale ou suppurative légère, la muqueuse, qui a perdu son revêtement épithélial, est recouverte de mucosités. Si l'inflammation est plus intense, la muqueuse offre une coloration d'un rouge foncé avec turgescence très marquée des capillaires et infiltration du tissu cellulaire sous-muqueux ; en même temps on observe des ulcérations superficielles recouvertes d'un mélange de mucus, de pus et de sang.

Dans les cas chroniques, ceux qu'on est le plus souvent à même d'observer, la muqueuse est épaissie et inégale, avec infiltration du tissu sous-muqueux ; elle offre non plus une hyperémie généralisée, mais seulement des plaques rouges avec des capillaires variqueux et saillants qui lui donnent un aspect ardoisé ; on observe aussi à sa surface de petites vésicules saillantes ressemblant à des sudamina (Rayer) ou des ulcérations plus ou moins étendues pouvant intéresser les parois très profondément. En même temps, le bassin et les calices sont dilatés et forment une poche multiloculaire dans laquelle la pression, allant toujours en croissant, repousse le tissu rénal, le comprime et le transforme en une espèce de poche qui peut atteindre le volume d'une tête

d'adulte (Lebert) ; le contenu de cette poche est du pus que l'ammoniaque provenant de l'urine décomposée transforme en une masse gélatineuse et résistante ; parfois ce pus est transformé en une sorte de bouillie calcaire par la précipitation de sédiments phosphatiques.

Lorsque l'affection est unilatérale et que l'autre rein a subi une hypertrophie compensatrice, la terminaison la plus favorable qui puisse se produire est la transformation du contenu de la poche en une masse calcaire avec épaississement du tissu cellulaire voisin sous forme de coque fibreuse et épaisse. L'uretère oblitéré se transforme alors en un cordon solide. Dans des cas moins heureux, il se fait une perforation de toute la paroi du bassin et il se forme, dans le tissu cellulaire voisin, un abcès périnéphrétique ; d'autres fois c'est une infiltration urinaire qui se produit avec fistule faisant communiquer le foyer purulent avec le péritoine, l'intestin, le poumon, ou avec l'extérieur, soit à la région lombaire, soit au-dessous de l'arcade de Fallope, ou encore du côté du périnée. Les fistules réno-pulmonaires ne sont pas rares : déjà Lenepveu en avait rapporté plusieurs faits en 1840, dans sa thèse inaugurale.

La gangrène du bassin et des calices est possible (Rokitansky) ; mais la complication la plus fréquente de la pyélite est la suppuration de la substance rénale ou pyélo-néphrite.

La forme diphthéritique se caractérise par une exsudation interstitielle avec formation de fausses membranes ; le mot *diphthéritique* est employé ici dans le sens que lui donnent les Allemands ; la pyélite diphthéritique n'a donc rien de commun avec la maladie infectieuse que nous désignons chez nous sous le nom de diphthérie.

DESCRIPTION. — La pyélite a parfois un début brusque, semblable à celui qu'on peut observer dans la néphrite suppurative, avec fièvre et vomissements, tandis qu'une douleur vive ou obtuse, avec sensation de pulsation, de tension, d'engourdissement, se fait sentir au niveau de la région lombaire et irradie vers l'hypogastre, la cuisse, etc. Le plus souvent, la pyélite est précédée de coliques néphrétiques.

Que la pyélite soit aiguë ou chronique, le symptôme essentiel est toujours la modification subie par l'urine. A la période aiguë l'urine est peu abondante, rouge, chargée de sels, parfois mélangée d'un peu de sang, au moins dans la pyélite calculeuse. Le mucus existe toujours dans l'urine dès le début de l'affection : il forme un nuage plus ou moins opaque qui flotte dans l'urine, ou

bien il se dépose au fond du vase; le mucus se mélange bientôt à des globules de pus qui donnent au liquide un aspect trouble et blanchâtre. Dans la forme chronique, l'augmentation de la sécrétion urinaire peut être le premier symptôme de la maladie, et la confusion avec le diabète insipide est possible (Oppolzer); la présence de pus et de sang dans l'urine vient bientôt lever tous les doutes. L'urine a souvent une consistance visqueuse et gélatineuse dépendant de l'action de l'ammoniaque sur les globules de pus. Au microscope, on trouve des globules de pus en abondance, des cellules épithéliales isolées, rarement des cellules épithéliales imbriquées comme celles qui se rencontrent dans le bassin; il est fréquent de constater en même temps la présence de phosphates en excès.

Lorsque la pyélite est sous la dépendance de la lithiase rénale, ce qui est le cas le plus ordinaire, on observe, à la suite des accès de coliques néphrétiques, une diminution de la sécrétion urinaire, qui est trouble, purulente, souvent teintée en rouge par le sang. Parfois la pyorrhée cesse brusquement et l'urine s'écoule claire et limpide, ce qui est dû à l'obstruction de l'uretère malade, tandis que le rein sain continue seul à fonctionner. Cette obturation momentanée de l'uretère peut persister pendant des mois; elle donne lieu alors à une *tumeur* lombaire, formée par les calices et le bassin distendus, fluctuante, contenant dans certains cas plusieurs litres de pus.

Une autre conséquence des plus dangereuses, mais heureusement assez rare, de la pyélite calculeuse, est l'*anurie*. Nous avons déjà vu que cette grave complication pouvait amener la mort en quelques jours, même lorsqu'un des reins était resté sain et que l'uretère correspondant n'avait pas cessé d'être perméable comme dans le cas rapporté par Bourgeois.

Les symptômes généraux sont en général peu marqués, parfois même ils sont nuls; mais dans les cas chroniques avec suppuration du rein, on peut voir survenir la fièvre hectique et le marasme.

Il arrive quelquefois que la pyélo-néphrite s'accompagne de phénomènes parétiques du côté des membres inférieurs.

La marche et la durée de la pyélite et de la pyélo-néphrite varient suivant leurs formes et avec les causes qui leur ont donné naissance. La pyélite superficielle, qui succède à l'ingestion de la cantharidine, par exemple, se dissipe rapidement, tandis que la pyélite calculeuse persiste indéfiniment avec des symptômes très tranchés, tant que les graviers ou le calcul qui lui ont donné naissance restent dans les voies urinaires. Dans la néphro-

pyélite calculeuse, l'affection a souvent une marche progressive qui peut durer des années entières; un des modes de terminaison les plus fréquents est alors l'issue du pus, soit au dehors, à travers la paroi abdominale, soit dans une des diverses cavités organiques: péritoine, intestin, plèvre, bronche, etc.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Le diagnostic différentiel de la pyélite et de la cystite suppurée est souvent difficile. L'émission d'une urine visqueuse renfermant du pus et des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, l'issue du pus pendant toute la durée de la miction, sont des signes communs à la cystite et à la pyélite. Toutefois la douleur lombaire appartient plus spécialement à la pyélite. Enfin l'existence dans l'urine de l'épithélium stratifié du bassin est un signe pathognomonique, mais inconstant de la pyélite.

La périnéphrite se distinguera de la pyélite par les douleurs vives et irradiées auxquelles elle donne lieu, par l'existence de la fièvre et l'absence de modifications dans les urines.

Les tumeurs intrarénales avec lesquelles il serait le plus facile de confondre la tumeur pyélitique, l'hydronephrose et les kystes hydatiques, présentent ce caractère essentiel de n'être douloureuses ni spontanément, ni à la pression.

Le pronostic de la pyélite est essentiellement variable suivant la nature des différentes causes qui la produisent. La pyélite qui survient dans les maladies générales, celle qui succède à la propagation d'une inflammation uréthrale, sont en général bénignes et disparaissent rapidement. Le pronostic de la pyélite calculeuse, au contraire, est toujours fort sérieux.

TRAITEMENT. — La pyélite aiguë demande avant tout un traitement antiphlogistique par les émissions sanguines locales ou générales, les boissons émoullientes, la diète, le repos, les bains prolongés, etc.

Lorsque la pyélite passe à l'état chronique, il faut avoir recours aux médicaments susceptibles de modifier l'état de la muqueuse: astringents (tanin, ratanhia, alun, acétate de plomb), balsamiques (goudron, térébenthine, copahu), antiputrides (acide benzoïque ou salicylique). Les excitants du rein, par exemple la cantharidine, ont donné de bons résultats à Aran dans quelques cas particuliers.

Les eaux alcalines (Pougues, Vals, Vichy) peuvent rendre des services dans le traitement de la pyélite; mais, s'il est avéré qu'on se trouve en présence d'une pyélite calculeuse, on préférera les eaux diurétiques d'Évian, Vittel, Contrexéville, qui agiront non

seulement sur la muqueuse des bassinets, mais encore provoqueront le rejet des calculs, qui sont le point de départ de la pyélite.

Et en effet, il faut avant tout tenir compte de l'indication causale; aussi le traitement de la pyélite se confond-il souvent avec celui de la lithiase urinaire et se base-t-il sur la connaissance de la composition chimique des calculs.

Lorsque la pyélite a donné lieu à la formation d'une tumeur lombaire volumineuse et que l'on craint la perforation, il faut avoir recours à un traitement chirurgical. On a successivement préconisé un grand nombre de méthodes pour pratiquer la néphrotomie: incision, ponction, application de caustiques, etc. On se déterminera pour le choix de la méthode d'après les différentes conditions réalisées par chaque cas particulier.

BOURGEOIS. Union médicale, 1856. — OPPOLZER. Wien. med. Wochenschr., 1860. — Bulletin de thérapeutique, 1861, t. LX, p. 433. — SPENCER WELLS. On the diagnostic of renal from ovarian Cysts and Tumours, 1867. — FILLEAU. Essai sur la pyélonéphrite suppurée, th. de Paris, 1868. — Jules AMSTEIN. De la pyélonéphrite spontanée, th. de Paris, 1869. — DICKINSON. Calculous Pyelitis (Pathol. Trans., 1870). — A. OLLIVIER. Mémoire sur une variété non décrite de pyélonéphrite ou pyélonéphrite hémato-fibrineuse (Arch. de physiol., 1873). — ROSENSTEIN. Mal. des reins. — QUINCKE. Empyem der Nierenbeckens mit Drainage behandelt (Corresp. Blatt f. schweizer Aertze, 1878). — LABADIE-LAGRAVE. Nouv. Diction. de méd. et de chir. prat., art. *Rein*. — MERKLEN. Étude sur l'anurie, th. Paris, 1881. — A. ROBIN. De la pyélonéphrite primitive (Gaz. méd. de Paris, 1885). — CLADO. Pyélonéphrite calculeuse (Soc. anat., 1886). — HALLÉ, MOORE, HARTMANN. Bull. Soc. an., 1887. — GUILLIER. Pyélonéphrite calculeuse du rein droit (Société an., 1887).

HYDRONÉPHROSE

Synonymie : *Hydropisie rénale*. — *Hydrorenal distension* (Johnson).

On donne le nom d'*hydronéphrose* à la dilatation des calices, du bassinet et de l'uretère, sous l'influence d'un obstacle à l'écoulement de l'urine.

ÉTIOLOGIE. — L'hydronéphrose se rencontre à tous les âges; chez le fœtus, elle peut être assez prononcée pour apporter un sérieux obstacle à l'accouchement, d'autant plus que dans ce cas l'hydronéphrose est généralement double; elle reconnaît pour cause l'imperméabilité des uretères et coïncide le plus souvent avec d'autres malformations congénitales.

Chez l'adulte, l'hydronéphrose se produit lorsque les voies urinaires sont obstruées soit par un calcul, soit par une altération pathologique des parois des uretères, soit enfin par une tumeur

siégeant dans un organe voisin et agissant par compression.

La lithiase urinaire est une des causes les plus communes de l'hydronéphrose; cependant il est plus fréquent de lui voir produire la pyélite. Les hydatides, les caillots sanguins peuvent également engendrer l'hydronéphrose.

Le rétrécissement de l'uretère au niveau de son orifice vésical, la présence de valvules dans sa cavité, les changements de direction dans son trajet, produisent fréquemment des hydronéphroses qui peuvent être incomplètes ou intermittentes: les modifications de structure de la vessie et de l'urèthre agissent de la même façon.

La cause la plus commune de l'hydronéphrose est la compression des uretères par les tumeurs de l'abdomen et du petit bassin, par l'utérus et l'ovaire malades, parfois même par le simple déplacement de l'utérus vide ou sa rétroflexion lorsqu'il est gravide. Le cancer de l'utérus donne très souvent lieu à l'hydronéphrose: sur 62 femmes mortes de carcinome utérin, Sœxinger a constaté 28 fois l'hydronéphrose plus ou moins accusée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'hydronéphrose n'atteint généralement qu'un seul rein, le droit plus souvent que le gauche; sur 52 cas relevés par Roberts, les deux reins n'étaient atteints que 20 fois simultanément. Lorsqu'un seul rein est affecté d'hydronéphrose, l'organe du côté opposé subit une hypertrophie compensatrice.

L'hydronéphrose est générale ou partielle, complète ou incomplète. L'hydronéphrose partielle peut être limitée à un seul calice, à une portion du rein très peu étendue, et simuler un kyste du rein. Lorsqu'elle porte sur tout le bassinet, la distension donne lieu à une tumeur sphéroïde faisant saillie au niveau du hile du rein. Le rein refoulé excentriquement et comprimé semble coiffer la tumeur; sa surface est tantôt unie, tantôt bosselée si les calices prennent part à la distension. La tumeur atteint souvent le volume d'une tête de fœtus ou d'adulte.

Le tissu rénal refoulé et comprimé ne tarde pas à s'enflammer; la néphrite commence dans ce cas dans les pyramides de Malpighi et elle ne s'étend qu'en dernier lieu à la substance corticale, contrairement à ce qui arrive dans la néphrite interstitielle primitive. Lorsque la distension du bassinet et des calices est considérable, la substance rénale s'atrophie (1) de plus en plus,

(1) Consulter à ce sujet l'important article publié par MM. I. Straus et A. Germont en 1884 dans les *Archives de physiologie*, où sont étudiées

et n'est plus représentée dans les cas extrêmes que par une lame de quelques millimètres d'épaisseur. L'hydronéphrose apparaît alors sous la forme d'une tumeur volumineuse, bosselée, fluctuante, séparée en plusieurs loges par des cloisons fibreuses qui partent de la capsule.

Les uretères prennent souvent part à cette ectasie, ils peuvent atteindre le volume d'un intestin d'enfant et même former comme l'intestin de véritables anses.

La nature du liquide contenu dans la tumeur varie suivant la durée de l'hydronéphrose et suivant que l'obstacle au cours de l'urine est absolu ou incomplet. Au début, on retrouve toujours dans le liquide kystique, qui est souvent d'une limpidité parfaite (1), les éléments constitutifs de l'urine (Rayer) dont il ne diffère guère que par la présence d'une notable quantité d'albumine; plus tard, il devient gélatineux et prend une teinte jaunâtre due à une abondante sécrétion de mucus par la muqueuse du bassin; dans une troisième période, la muqueuse s'est atrophiée et, comme le parenchyme rénal ne donne plus lieu à aucune sécrétion, le contenu du kyste perd son apparence muqueuse pour devenir complètement séreux.

DESCRIPTION. — Les symptômes de l'hydronéphrose commençante sont généralement peu précis et dans beaucoup de cas n'attirent pas l'attention du malade; on observe quelquefois des douleurs qui rappellent celles de la colique néphrétique, ou des hématuries légères.

Lorsque l'hydronéphrose a atteint un certain volume, le malade accuse parfois une sensation de tension, de pesanteur à la région lombaire; mais le seul signe caractéristique de l'hydronéphrose est l'apparition de la tumeur rénale.

Comme toutes les autres tumeurs du rein, la tumeur produite par l'hydronéphrose s'étend en haut vers l'hypochondre, en bas vers la fosse iliaque; lorsqu'elle est très volumineuse, elle

avec une minutieuse exactitude les lésions atrophiques du rein à la suite de la ligature d'un uretère. Cette atrophie serait simple et nullement d'origine inflammatoire.

(1) Cette limpidité peut être telle, que l'on se trouve en présence d'un liquide rappelant absolument le liquide des kystes hydatiques du foie. C'est ce que nous avons pu constater récemment encore chez un de nos malades d'hôpital; l'examen histologique permit seul de faire le diagnostic d'hydronéphrose, en faisant reconnaître nageant dans le liquide un certain nombre de petits moules granuleux et l'absence de tout débris d'hydrides ou de crochets.

repousse les intestins et occupe la plus grande partie de l'abdomen. A la palpation qu'il est souvent nécessaire de pratiquer en faisant placer le malade sur ses mains et sur ses genoux, on constate la déformation de la région lombaire en même temps qu'on perçoit la fluctuation. Dans certains cas, la tumeur disparaît très rapidement, tandis que le malade rend une quantité considérable d'un liquide plus ou moins filant et visqueux, renfermant peu d'urée et beaucoup d'albumine; peu après l'issue de ce liquide, on voit la tumeur se reformer: on a donné à cette forme le nom d'*hydronéphrose intermittente*, et Cole a bien montré qu'elle avait toujours pour cause une obstruction plus ou moins complète et *temporaire* des voies urinaires.

L'hydronéphrose, surtout lorsqu'elle n'atteint qu'un rein, ne donne lieu qu'à fort peu de symptômes généraux. Il n'y a pas de fièvre et la circulation n'est généralement pas troublée. On a parfois signalé pourtant l'hypertrophie cardiaque (Coats): cette hypertrophie cardiaque, surtout quand l'hydronéphrose est double, est aujourd'hui nettement confirmée par les observations de Cohnheim et de Straus.

L'hydronéphrose est susceptible de guérison par la disparition spontanée ou chirurgicale de l'obstacle dont elle dépend, dans la grossesse par exemple, ou après l'expulsion d'un calcul arrêté dans les conduits excréteurs; si le rein n'a pas subi d'altérations trop considérables, cette guérison est définitive; lorsque le rein est profondément altéré, la guérison ou mieux la survie peut être obtenue pour un assez long temps encore, si l'autre rein est absolument sain; s'il est lui-même altéré ou si l'hydronéphrose est double, la terminaison fatale est la règle. Du reste, le plus souvent la mort est la conséquence de l'hydronéphrose: tantôt le kyste s'enflamme et l'on voit survenir de la pyélite; tantôt l'anurie amène la terminaison fatale au milieu de symptômes urémiques. Dans quelques cas on a observé la mort subite.

Le *diagnostic* de l'hydronéphrose est fort obscur au début.

Lorsque la tumeur est formée, le meilleur signe de l'hydronéphrose est la disparition rapide de cette tumeur coïncidant avec une diurèse abondante ou avec le cathétérisme qu'il faut toujours faire dans ce cas; en dehors de cette condition, les méprises sont fréquentes. Il est facile de confondre l'hydronéphrose avec un *kyste de l'ovaire*; on trouve, en effet, dans les deux cas les mêmes symptômes: tumeur unilatérale, se développant peu à peu, et offrant une fluctuation facile à sentir à travers les parois de l'abdomen. La présence d'anses intestinales en avant de la tumeur