

fébrile cesse au bout de quelques jours pour reprendre avec une acuité nouvelle au moment de la formation du pus. Elle affecte à ce moment le caractère intermittent.

Parmi le cortège habituel des troubles digestifs inhérents aux affections fébriles en général, nous devons insister plus particulièrement sur les nausées, les vomissements, la constipation et la diarrhée. L'invasion de la fièvre explique les nausées et les vomissements passagers du début, mais lorsque ces deux phénomènes se montrent tardivement et persistent, on doit redouter la propagation de la phlegmasie au péritoine. La constipation opiniâtre n'a pas lieu de surprendre, si on se rappelle combien les côlons sont voisins du foyer périnéphrétique. Elle cède lorsque le pus collecté s'est fait jour quelque part, et est remplacé par un flux diarrhéique muco-purulent très abondant, quand la collection s'est ouverte dans l'intestin. La diarrhée colliquative s'observe encore lorsque se déclarent, faute de soins convenables, des accidents septicémiques.

La marche du phlegmon périnéphrétique est en général aiguë; parfois cependant elle affecte une allure lente et chronique, particulièrement lorsque la phlegmasie est sous la dépendance d'une maladie des reins.

La durée varie de trois à cinq mois en moyenne d'après Lancereaux; il est des phlegmons circumrénaux qui évoluent en quelques semaines et sont complètement guéris en un mois, un mois et demi; il en est d'autres qui n'en finissent pas et dont la suppuration se prolonge plusieurs années.

Rarement le phlegmon périnéphrétique se termine par résolution et l'on cite les cas de Trousseau et de Hallé. On peut donc dire que la suppuration est presque fatale. Une fois collecté le pus suit des voies diverses. Souvent il tend à se faire jour par la région lombaire au niveau du triangle de J.-L. Petit. Mais même dans ce cas, son issue spontanée à l'extérieur est très tardive et doit être provoquée par une intervention, ainsi que nous le verrons. Grâce à la déclivité de la région, l'abcès ouvert en ce point se déterge aisément et si la suppuration n'est pas entretenue par un état difficilement curable du rein ou des organes voisins, la guérison survient assez rapidement; dans le cas contraire, on peut voir s'établir des fistules intarissables. C'est alors que le malade est exposé à tous les accidents septicémiques, capables d'éclater tout à coup dans un foyer de suppuration vaste, profond et anfractueux. A part ces complications l'ouverture du pus à la région lombaire est un mode de terminaison favorable de la phlegmasie périnéphrétique. L'envahissement de la fosse iliaque par le pus n'est pas absolument rare, lorsque la maladie est abandonnée à elle-même et on peut voir la suppuration poindre au-dessus du ligament de Fallope, à la base du triangle de Scarpa, le long de la gaine des vaisseaux fémoraux. On a vu la suppu-

tion faire irruption dans la gaine du psoas iliaque, descendre jusqu'au petit trochanter, et pénétrer même dans l'articulation coxo-fémorale lorsque la bourse séreuse du psoas communique avec celle de l'articulation. D'autres fois, c'est dans la cavité du petit bassin que fuse le pus pour s'ouvrir dans les viscères les plus inattendus: l'urèthre (Charval), la vessie (Rayer), le vagin (Féron). Inutile d'insister sur la gravité d'une pareille migration du pus.

Comme nous l'avons dit à propos de l'anatomie pathologique, l'ouverture de l'abcès périnéphrétique dans le péritoine est rare grâce aux adhérences qui se forment par irritation de voisinage. Lorsque ces adhérences font défaut, l'irrigation du pus dans la cavité séreuse détermine presque fatalement des accidents de péritonite foudroyants et le fait de Lemaire, dans lequel le péritoine supporta sans réaction la présence du pus d'une périnéphrite est absolument exceptionnel.

La perforation des côlons au contact de la suppuration est moins rare que celle du péritoine. C'est là parfois une terminaison heureuse de la maladie, mais souvent aussi il résulte du passage incessant du pus dans l'intestin une diarrhée, qui épuise et emporte le malade ou encore, ainsi que Trousseau en signale deux exemples, une infiltration de toute la région dorsale par les gaz intestinaux, ou encore une infiltration pyo-stercorale.

Lorsque le pus gagne du côté de la poitrine, plusieurs cas peuvent se présenter d'inégale gravité. Quelquefois le travail de perforation du diaphragme est si rapide que le pus se précipite dans la cavité pleurale avant que des fausses membranes aient eu le temps d'en effacer la cavité et détermine la mort en quelques heures. Lorsque la marche est moins violente, il se produit des adhérences pleurales et l'abcès se faisant jour jusque dans les bronches peut être évacué par une véritable vomique et guérir.

Très difficile au début même de l'affection, le diagnostic du phlegmon périnéphrétique ne cesse pas d'être encore très délicat alors même que s'est manifestée la triade symptomatique, douleur, tumeur à la région lombaire et fièvre.

Lorsque la douleur seule existe, le phlegmon périnéphrétique à ses débuts peut en imposer pour une néphralgie, une névralgie iléo-lombaire, un lumbago. Même avec beaucoup d'attention en s'aidant et des commémoratifs, et des renseignements fournis par le malade sur le siège et les divers caractères de la douleur, le praticien le plus sagace peut se méprendre sur l'invasion de la maladie, qu'il ne reconnaîtra qu'une fois la fièvre déclarée avec sa marche particulière. L'appareil fébrile peut aussi induire en erreur dans les premiers jours, et Trousseau rapporte un cas de phlegmon périnéphrétique, qui fut pris pour une fièvre typhoïde.

Certaines affections du rein, la pyélonéphrite suppurée, l'hydronéphrose, les kystes hydatiques, le cancer, en raison de la tuméfaction

qu'elles déterminent dans la région lombaire, pourraient être prises pour un phlegmon périnéphrétique, si à côté des signes physiques de la lésion présumée le chirurgien n'avait le soin d'analyser le processus pathologique et de tenir grand compte en particulier des symptômes urinaires. Des tumeurs ou tuméfactions d'organes plus ou moins limitrophes de la région lombaire, peuvent simuler le phlegmon périnéphrétique suppuré, nous ne ferons que les énumérer. Ce sont des abcès, des kystes du foie, des tumeurs de la vésicule biliaire à droite; des lésions analogues de la rate à gauche; des accumulations de matières fécales dans les côlons; des anévrysmes de l'aorte abdominale et de ses branches, etc.

C'est surtout avec les affections, qui déterminent une tuméfaction à la région lombaire que l'abcès périnéphrétique a pu être confondu. Citons pour mémoire la hernie lombaire qui, dans un cas cité par Troussseau, faillit être incisée comme abcès périrénal. Les phlegmons et collections purulentes développés dans l'épaisseur de la paroi lombaire se distingueront par leur situation superficielle, leur irréductibilité, l'impossibilité où l'on sera de les sentir à travers la paroi abdominale antérieure et enfin par leur réaction générale moindre sur l'économie.

Les abcès ossifluents d'origine vertébrale occupant la fosse lombaire offrent dans la marche de leur contenu aussi bien que dans leurs signes physiques la plus grande analogie avec les abcès périnéphrétiques; mais les antécédents, l'examen du rachis, les troubles nerveux concomitants feront le plus souvent reconnaître cette manifestation du mal de Pott.

Le phlegmon et l'abcès périnéphrétiques reconnus, il faut encore pour en établir le pronostic et le traitement en rechercher la cause. C'est là parfois une tâche ardue, que facilitera sans doute la connaissance de toutes les conditions étiologiques que nous avons méthodiquement rappelées précédemment.

La gravité du pronostic de la périnéphrite ressort de tout ce que nous avons dit de l'histoire de cette maladie. Grave par elle-même, l'affection l'est encore davantage par les complications préexistantes ou consécutives, surtout lorsqu'elles ont pour théâtre le rein.

Traitement. — Les indications thérapeutiques du phlegmon périnéphrétique varient suivant les périodes, les causes, les complications. Au début si tant est que la maladie puisse se terminer par résolution, il est rationnel de mettre tout en œuvre pour empêcher la phlegmasie d'arriver à suppuration. A cet effet, les antiphlogistiques et révulsifs: sangsues, ventouses scarifiées, onguent napolitain belladonné, vésicatoires, etc., etc., sont indiqués et on y joindra utilement les calmants et opiacés à l'intérieur pour apaiser les douleurs parfois très vives du début. Mais aussitôt que les premiers signes de suppuration se mani-

festeront on devra, par l'usage de cataplasmes émollients, de bains prolongés, activer la formation de la collection purulente à laquelle on donnera issue le plus vite possible. A l'emploi des caustiques préconisés par Denonvilliers et N. Guéneau de Mussy, à la ponction et au drainage imaginé par Chassaignac, à l'aspiration qui ne peut guère servir que de moyen de diagnostic, on préfère aujourd'hui l'incision franche. Cette incision, pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques, se fait verticalement le long du bord externe de la masse sacro-lombaire (Corbon), et non en travers comme le recommande Demarquay; elle doit avoir 5 à 6 centimètres de longueur et intéresser d'emblée la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Les parties sous-jacentes sont ensuite divisées avec la sonde cannelée et le doigt, dans une étendue aussi longue que l'incision superficielle. Le pus évacué, la cavité doit être largement lavée avec une solution antiseptique; un bon drainage assurera pour la suite l'écoulement des liquides et dispensera souvent des contre-ouvertures. Il va sans dire qu'avant d'établir ce drainage et de faire un pansement, le chirurgien devra s'assurer de la cause qui peut avoir provoqué l'abcès périnéphrétique en explorant particulièrement le rein avec le doigt. Du résultat de cette exploration naîtront on le comprend des indications nouvelles (extraction simple du calcul, néphrotomie, néphrolithotomie, néphrectomie même), qui assureront la cure rapide et radicale de la suppuration circumrénale.

§ 3. — Lésions traumatiques.

Malgré leur situation profonde dans la région lombaire les reins n'échappent pas plus que les autres organes de l'abdomen aux effets du traumatisme et ils sont susceptibles d'être contus, déchirés et atteints par divers instruments piquants et tranchants.

Contusion. — Deux ordres de causes produisent la contusion du rein, des causes directes et des causes indirectes. Les causes directes agissent au niveau du rein par l'intermédiaire des parties molles: ce sont des coups, des pressions, des chutes soit sur la paroi abdominale antérieure soit beaucoup plus fréquemment sur la région lombaire. Les causes indirectes agissent à distance par l'ébranlement qu'elles impriment à des viscères aussi fixes et consistants que le sont les reins: ce sont des chutes d'un lieu élevé sur les pieds, les genoux, à califourchon, comme dans le fait bien connu de Bazile.

Les lésions consécutives à la contusion des reins varient depuis les ecchymoses à la surface et dans l'intérieur de l'organe jusqu'à son attrition complète. Certains auteurs ont décrit sous le nom de simple *commotion* des reins, une sorte d'ébranlement moléculaire provoqué par une cause, agissant à distance et se traduisant par de l'hématurie. Cet état ne saurait être séparé de la contusion d'après

Duplay, et il répond sans doute à de petites ruptures intraviscérales.

A un degré plus avancé on observe des fissures, des fentes affectant en général la direction transversale, renfermées dans l'intérieur du parenchyme rénal lui-même ou intéressant la capsule fibreuse. Quelquefois une de ces fentes, qui alors siège ordinairement au niveau du hile, sépare le rein en deux parties; beaucoup plus rarement l'organe est divisé en plusieurs fragments par la pénétration des fentes de part en part. A un dernier degré le rein est réduit en bouillie.

Lorsque les lésions sont intraparenchymateuses, le sang s'épanche dans le bassin et se fait jour jusque dans la vessie, à moins qu'un caillot obstruant l'uretère, il ne s'accumule au-dessus pour former une hématonéphrose. Mais le plus souvent, la capsule étant rompue le sang se répand dans le tissu périrénal. Il peut alors s'y enkyster et former en arrière du péritoine une tumeur sanguine périnéphrétique, ou bien fuser en suivant les mailles connectives jusque dans le petit bassin et donner lieu à une tumeur recto-vésicale parfois très volumineuse; ou bien encore il peut suivre le trajet des vaisseaux spermaticques et parvenir jusque dans le trajet inguinal et même le scrotum. Il est très rare que le sang provenant de la contusion du rein pénètre dans le péritoine, cette séreuse restant presque toujours indemne.

Les déchirures et ruptures du rein guérissent en général très bien par un processus bien connu aujourd'hui, et ne suppurent presque jamais; mais le sang épanché se résorbe très lentement et devient trop souvent l'origine de suppurations graves.

Lorsque la violence, qui a déterminé la contusion des reins, a été excessive et les désordres produits considérables, les malades meurent avec des phénomènes de choc, d'hémorrhagie interne qui ne laissent pas supposer la lésion des reins.

Mais lorsque le traumatisme est moins intense, les premiers accidents (nausées, vomissements, pâleur de la face, petitesse du pouls, etc.) se dissipent bientôt et il se déroule un certain nombre de symptômes assez caractéristiques. C'est d'abord *la douleur* qui part de la région lombaire pour gagner la fosse iliaque, elle est vive et continue, mais s'accroît par la pression, les mouvements du membre correspondant et le jeu de la respiration, de sorte que le malade reste immobile dans son lit couché sur le dos ou sur le côté sain.

Viennent ensuite des troubles très importants de la fonction urinaire. En premier lieu *l'hématurie*, qui presque toujours est *immédiate*, mais qui parfois aussi ne se produit que *tardivement*; en second lieu *l'oligurie* qu'explique, soit la suppression complète de la sécrétion du rein contus, soit l'oblitération de son uretère par un caillot, soit la compression de ce canal par un épanchement sous-péritonéal; troisièmement enfin *l'anurie*, produite par la lésion des deux reins ou le retentissement réflexe de

l'organe affecté sur son congénère demeuré sain. Dans les jours qui suivent apparaît un phénomène non constant, mais d'une très grande valeur séméiologique lorsqu'il existe, *l'ecchymose*. Cette ecchymose est *primitive ou sur place* et apparaît à la région lombaire ou dans l'hypochondre et quelquefois dans ces deux régions à la fois vers le deuxième ou troisième jour; d'autres fois elle est *secondaire ou à distance* et se manifeste au niveau du trajet inguinal, de l'anneau, ou à la partie supérieure du scrotum vers le septième ou huitième jour.

Au début de l'accident l'exploration minutieuse de l'abdomen ne révèle le plus souvent rien et exagère beaucoup les douleurs, mais dans les jours qui suivent, elle peut faire reconnaître l'existence d'une tuméfaction dure, rénitente dans la région lombaire, dans la fosse iliaque, en un mot sur tout le trajet que peut suivre le sang, aussi ne doit-on pas oublier de pratiquer le toucher rectal chez l'homme, vaginal chez la femme, si l'on soupçonne que l'épanchement a pu se prolonger jusque dans le petit bassin.

La marche de la contusion du rein, lorsque tout va bien, est lente et progressive, c'est-à-dire que peu à peu la douleur et l'hématurie s'atténuent, la quantité des urines redevient normale et tout rentre dans l'ordre. Cependant, cette marche vers la guérison est parfois entravée par des épisodes alarmants, consistant en exacerbation subite de la douleur, ballonnement du ventre, vomissements, suppression des urines, puis cessation brusque de tous ces phénomènes, dus à l'oblitération momentanée de l'uretère par un caillot. Rarement la mort est la conséquence de cet accident intercurrent, mais elle peut survenir par suite d'hémorrhagie, ou de complications diverses telles que : néphrite suppurative, phlegmon périnéphrétique, etc.

Le pronostic est grave, pour peu qu'un seul rein ait été profondément lésé, la mort est à peu près fatale lorsque les deux reins ont été atteints ou lorsque le rein est unique. D'après Maas la mort surviendrait en général dans la moitié des cas environ (37 guérisons sur 74 cas). L'albuminurie, la formation de calculs rénaux sont quelquefois la conséquence des contusions du rein et viennent encore en assombrir le pronostic pour l'avenir.

Le diagnostic de la contusion des reins est des plus faciles, lorsqu'aux anamnestiques viennent se joindre les symptômes que nous avons énumérés et parmi eux l'hématurie. En l'absence de ce phénomène presque pathognomonique en raison de son allure particulière, la lésion du rein qui nous occupe sera toujours reconnue par la douleur, l'ecchymose et surtout par l'examen quantitatif et qualitatif des urines, que le clinicien devra toujours faire avec le plus grand soin.

Traitement. — La première indication thérapeutique que réclame la contusion du rein est le repos dans la station horizontale; les préparations opiacées à l'intérieur, les injections sous-cutanées de morphine

contre la douleur; les révulsifs (sinapismes, ventouses), les applications de glace sur la région lombaire, au besoin le perchlorure de fer, l'ergotine contre les hémorrhagies suffiront dans les cas de légère ou de moyenne gravité. Il va sans dire que le praticien interviendra suivant les circonstances pour prévenir le séjour du sang dans la vessie et l'altération des urines.

Dans les cas graves, lorsque le rein dilacéré donne lieu à des hématuries abondantes ou à des collections sanguines considérables, la pratique de Simon, qui conseille d'extirper le rein et d'oblitérer les bouches saignantes est rationnelle. Cette néphrectomie s'impose absolument lorsqu'il s'est développé au niveau du foyer des accidents de suppuration, de gangrène. Dans les sept cas de néphrectomie pour contusion rénale rapportés dans la thèse de Brodeur, les opérateurs intervinrent tous, sauf un seul en raison des phénomènes de néphrite suppurative. Ils obtinrent quatre guérisons et trois insuccès.

Plaies. — Les plaies des reins sont rares. Elles sont produites par des instruments piquants, tranchants ou contondants et parmi ces derniers se rangent les coups de feu.

Le rein peut être atteint par la région antérieure et alors sa blessure se complique toujours de l'ouverture du péritoine et dans la plupart des cas, aussi de plaie de l'intestin, ou du foie ou de la rate, toutes lésions graves qui mettent presque au second plan la plaie du rein. Remarquons encore que, atteint par cette voie, le rein présente à l'instrument vulnérant son hile avec les nombreux organes, qui y pénètrent ou en sortent, ce qui augmente encore la gravité de ces plaies. Les choses sont beaucoup plus simples lorsque l'organe est frappé d'arrière en avant, car le péritoine est épargné, de même que les gros vaisseaux. Il n'est pas inutile de rappeler que parfois les instruments ont parcouru un assez long trajet avant d'atteindre le rein, de telle sorte que leur orifice d'entrée est alors situé loin de la région rénale.

Les armes à feu produisent dans les reins des plaies très irrégulières qu'on a comparées à des éclatements et qui, malgré leur aspect effrayant, n'en sont pas moins quelquefois curables ainsi que le prouvent les faits de Legouest et de Simon.

Les symptômes des plaies des reins ont beaucoup d'analogie avec ceux de la contusion, ce sont des douleurs dans la région lombaire, se propageant à l'aîne et dans le testicule, de la diminution de la sécrétion urinaire, de l'hématurie avec toutes ses conséquences (ténésme vésical, rétention). A ces phénomènes se joignent un écoulement plus ou moins abondant d'urine par la plaie. Cet écoulement manque lorsque le rein a été atteint par la région antérieure, car le liquide coule alors dans le péritoine.

La plupart des malades atteints de plaies du rein par devant succombent dans les premières heures au choc et à l'hémorrhagie ou sont

emportés en quelques jours par la péritonite. Ceux qui sont atteints par derrière échappent à ces premiers dangers, mais sont exposés à des accidents inflammatoires plus ou moins septiques, néphrite, périnéphrite, suppuration interminable et à toutes leurs conséquences. Cependant plusieurs de ces malades guérissent, mais presque toujours ils conservent des fistules urinaires.

Inutile d'insister sur la gravité des plaies du rein. Alors même que le blessé a échappé aux accidents de la première heure, il est exposé à une foule de complications jusqu'à sa guérison complète que la constitution d'une fistule urinaire ajourne presque indéfiniment. Il résulte de ce qui a été dit précédemment que le pronostic des plaies faites par la région antérieure est infiniment plus sombre que celui des plaies postérieures.

Le diagnostic n'est pas toujours facile et l'hématurie ainsi que l'écoulement de l'urine par la plaie, symptômes si précieux en apparence, ne sont pas caractéristiques, car on les retrouve également dans les blessures du bassin, de l'uretère et de la vessie. C'est en se rendant compte de la nature de l'instrument, de sa direction, de sa longueur de pénétration, de la position du blessé, que le chirurgien fixera son diagnostic. Dans tous les cas, s'il lui restait quelque doute, il ne saurait être autorisé à pratiquer l'exploration de la plaie.

Traitement. — Comme les contusions et plus qu'elles encore, les plaies du rein réclament un repos absolu et toute la série des moyens destinés à calmer la douleur et à combattre les hémorrhagies. On doit ensuite surveiller avec le plus grand soin les accidents inflammatoires et ne pas hésiter à la moindre alerte d'enrayer les phénomènes septicémiques par de larges débridements, un drainage judicieux, etc. La néphrectomie est un moyen radical de supprimer les hémorrhagies abondantes, de prévenir la suppuration, l'infiltration d'urine, la péritonite, etc., et de guérir les fistules urinaires, conséquence si fréquente des plaies du rein. Elle a été pratiquée pour obéir à ces diverses indications et a donné d'après les tableaux de Brodeur une mort et six guérisons.

§ 4. — Néphrites chirurgicales.

L'inflammation dite chirurgicale des reins est l'aboutissant commun d'un grand nombre d'affections des voies urinaires et son histoire est trop inséparable de la leur pour que nous entreprenions d'écrire un chapitre spécial et complet sur cette question.

La *néphrite traumatique*, presque toujours suppurative, a été signalée comme complication imminente des contusions et surtout des plaies du rein; la *néphrite ou pyélonéphrite calculeuse* sera étudiée à propos des calculs des reins: mais il existe toute une grande catégorie d'inflammations de ces organes consécutives à une foule de lésions des voies urinaires inférieures, qui nous arrêtera un instant. Elles ont été, en effet,

dans ces derniers temps, l'objet de travaux intéressants à tous les points de vue et leur importance est capitale relativement au pronostic des maladies des voies urinaires et aux déterminations opératoires.

Toutes les affections de l'urèthre, de la prostate, de la vessie, des uretères, sont susceptibles de déterminer à un moment donné de leur évolution, des inflammations du rein, des *néphrites ascendantes* ainsi qu'on les désigne généralement. Le mécanisme de ce retentissement inflammatoire est multiple; tantôt le processus phlegmasique gagne de proche en proche par continuité de tissu; tantôt ce sont des agents infectieux qui, pullulant d'abord dans les voies urinaires inférieures, viennent coloniser dans le parenchyme rénal; tantôt enfin la néphrite est la conséquence de poussées répétées et violentes de congestion réflexe du côté du rein. Cette congestion réflexe, suffisante par elle-même pour devenir le point de départ de lésions inflammatoires, ajoute souvent son influence aux deux premiers modes pathogéniques. C'est parce que le rein des vieux urinaires est, du fait de la congestion habituelle, en imminence d'inflammation que la plus petite cause, rétention, sondage, refroidissement, etc., provoque chez eux la néphrite. Tuffier a exposé, d'après les idées de Guyon, le rôle de cette congestion préparatoire des phlegmasies rénales.

Les lésions inflammatoires des reins, chez les urinaires, affectent en général la forme interstitielle et évoluent d'une façon aiguë ou chronique.

La *néphrite aiguë*, presque toujours suppurative, ne survient guère que chez les malades atteints de pyélite, d'uretérisme ou de dilatation des uretères et des bassinets. D'après Bazy, la condition prédisposante, sinon indispensable, à son développement serait l'existence antérieure, d'une néphrite interstitielle marquée surtout dans la couche corticale, autour des glomérules (scléro-glomérulite). C'est en effet à la périphérie du rein, que l'on constate, sur une coupe, de nombreux petits abcès miliaires, lorsque la mort a été rapide, et des collections plus volumineuses (de la grosseur d'une noisette, d'une noix) lorsque la terminaison fatale s'est fait attendre. Ces gros abcès résultent de la fusion des abcès glomérulaires et le pus qu'ils renferment est contenu dans une sorte de réseau cellulaire, dont il est difficile de le déloger. Contrairement à la couche corticale, la substance médullaire ne renferme que très exceptionnellement du pus et Bazy n'a jamais vu ces traînées purulentes qui, passant entre les pyramides de Malpighi, réuniraient la suppuration du bassinet aux foyers purulents de l'écorce.

Le processus de la *néphrite chronique* a été bien étudié pour la première fois, par Garcin et Heydenreich. Suivant ces auteurs, l'affection, localisée exclusivement au tissu conjonctif, commence par les pyramides pour gagner, à la longue seulement, la couche corticale. Les deux reins, pris simultanément dans la grande majorité des cas, sont atrophiés et leur tissu ne forme plus, dans les cas où le bassinet et les calices

sont fortement distendus qu'une mince couche enveloppante. La capsule est épaissie, adhérente, et elle est souvent soulevée par de petits kystes, de petits abcès. Ces kystes et ces abcès se retrouvent dans l'épaisseur du parenchyme, qui se présente à la coupe avec un aspect uniforme et une coloration noirâtre, de telle sorte qu'il est impossible de distinguer la séparation entre les deux zones corticale et médullaire. Le tissu conjonctif de néoformation a étouffé, ainsi que le montre l'analyse microscopique, tous les éléments nobles du rein et a fait disparaître peu à peu les tubes urinaires, les glomérules et les vaisseaux sanguins.

Le début de la néphrite aiguë peut s'annoncer assez bruyamment par un ou plusieurs frissons, qui cependant n'ont jamais l'intensité de ceux de l'accès aigu, franc de la fièvre urinaire, surtout quand il s'agit de malades âgés. La plupart du temps l'affection s'installe sourdement et ce sont des troubles divers, vagues, ayant pour principal théâtre le tube digestif, qui invitent à chercher la fièvre. Le thermomètre peut alors marquer de 38° à 40°, la fièvre est continue ou à accès intermittents. Ces accès sont ou passagers et la température peut dans ce cas s'élever à 40° et au delà, ou bien ils se reproduisent pendant plusieurs jours et le thermomètre décrit une courbe assez régulière, à sommets peu élevés. Parfois on observe des intervalles plus ou moins longs d'apyrexie absolue. Le pouls, sans suivre fidèlement dans sa fréquence les élévations thermométriques, présente des caractères particuliers; il est inégal, irrégulier et, dans certains cas, ces modifications de la pulsation devançant l'accès fébrile et le font prévoir (Guyon). Les troubles digestifs ne manquent jamais dans la néphrite aiguë et ils engendrent une série de symptômes très pénibles pour le malade. La bouche devient sèche; la langue rouge sur les bords et à la pointe, brunâtre, très noire au milieu et à la base, est rugueuse, d'aspect corné, ou bien fendillée et comme vernissée dans l'intervalle des fissures (langue urinaire de Guyon). Le milieu buccal est acide et, les sécrétions étant presque complètement suspendues, les mouvements des lèvres et de la langue sont difficiles, presque impossibles, aussi les malades ont-ils la plus grande peine à parler, à mastiquer et à avaler. La déglutition est d'autant plus pénible, que la sécheresse envahit même le pharynx. On comprend que dans ces conditions l'anorexie soit complète et que la vue et le simple souvenir des aliments provoquent chez les malades une répulsion invincible et parfois même des nausées et des vomissements. Parallèlement à ces troubles des premières voies, on observe une constipation opiniâtre ou, tout à fait exceptionnellement, de la diarrhée.

Un très petit nombre de malades accusent des douleurs spontanées dans les reins, chez la plupart le clinicien doit, pour les mettre en évidence les chercher, au moyen de la palpation méthodique de l'organe malade. Spontanée ou provoquée, la douleur rénale n'est jamais très vive, elle est plutôt sourde, contusive qu'excruciante et arrachant des