

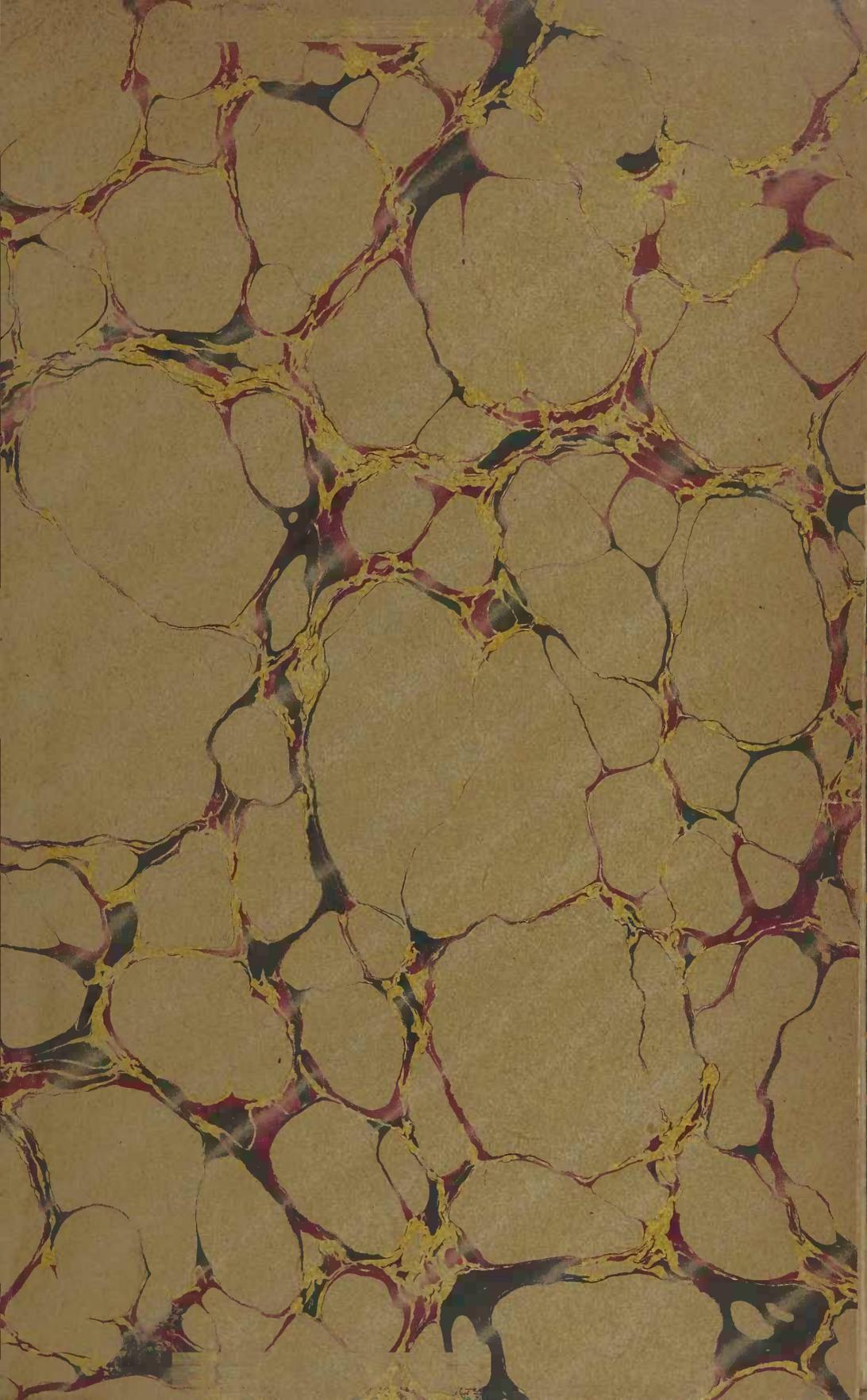


DEDALUS - Acervo - FM



10700060995

381108



de Moraes
~~2~~ ~~98~~
10

DE

L'HYDRONÉPHROSE INTERMITTENTE

COULOMMIERS. — IMPRIMERIE PAUL BRODARD.

DE

T
F
G

h

L'HYDRONÉPHROSE

INTERMITTENTE

PAR MM.

Félix TERRIER

Marcel BAUDOUIN

Chirurgien de l'hôpital Bichat.

Ancien interne en chirurgie à l'hôpital Bichat.

AVEC XIV GRAVURES DANS LE TEXTE

PARIS

ANGIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET C^{ie}

FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

—
1891

Tous droits réservés.

19919
118621
1591

DE

L'HYDRONÉPHROSE INTERMITTENTE

INTRODUCTION

La nature de l'Hydronéphrose a été mal interprétée jusqu'ici : c'est une poche à ses débuts ouverte : d'où possibilité d'échappées d'urine fréquentes et infection facile par les micro-organismes des voies urinaires.

Dans presque tous les auteurs classiques, l'*Hydronéphrose vulgaire* est encore envisagée et décrite comme une affection à marche bien connue, à symptômes arrêtés, qui, une fois réalisés, persistent assez longtemps sans grandes modifications, exception faite toutefois pour celles qui résultent de l'accroissement graduel de la lésion anatomique. Et l'ensemble du complexus symptomatique constitue actuellement, pour la plupart des chirurgiens, un tableau clinique assez net, dont les grandes lignes et les contours sont assez bien tracés.

De prime abord, il semble en effet qu'une des meilleures définitions qui ait pu être donnée de cet état pathologique soit la suivante ou quelque chose d'approchant : « L'Hydronéphrose est une collection liquide, résultat de la dilatation *aseptique* du bassinet par de l'urine, à la descente de laquelle s'est opposé un obstacle mécanique quelconque ». Et, à la seule lecture de cette définition, qu'on a essayé de rendre aussi compréhensive que possible, on soupçonne déjà quels vont être les caractères fondamentaux de la tumeur : Tumeur liquide, bien délimitée, de dimensions fixes, formée par une accumulation d'urine restée aseptique dans une poche élastique occupant, dans l'abdomen, la région des reins; tumeur plus ou moins considérable suivant les cas, déterminant des troubles de

deux ordres : les uns au niveau du rein correspondant, les autres dans les organes du voisinage.

Certes, ce type clinique existe : c'est même là le type le plus commun ou du moins le plus classique. C'est lui qui est décrit partout; et il est bien connu depuis la publication du beau chapitre de Rayer, le véritable créateur de la pathologie rénale. On le désigne sous le nom d'*Hydronéphrose fixe, définitive* : on devrait dire plutôt d'*Hydronéphrose fermée*; nous verrons bientôt pourquoi.

Cette façon, trop théorique, d'envisager les choses n'a qu'un défaut, assez capital d'ailleurs : elle ne répond pas à la réalité des faits. Un facteur important est complètement laissé dans l'ombre.

On considère en effet le bassinnet, transformé en sac hydronéphrotique, comme l'analogie d'une poche kystique à parois hermétiquement closes, comme un kyste *uniloculaire* de l'ovaire, un kyste du ligament large, par exemple. On ne songe pas qu'un défaut existe à ce sac rempli de liquide; on oublie qu'en un point de ce réservoir vient s'aboucher l'extrémité supérieure des voies d'excrétion de l'urine et que c'est là : 1° une porte de sortie parfois simplement entr'ouverte, mais toujours prête pour l'évacuation de son contenu; 2° une porte d'entrée, malheureusement toujours largement ouverte, pour la pénétration dans le bassinnet des micro-organismes qui pullulent si fréquemment dans les voies urinaires inférieures.

Si la voie de dégagement n'est pas souvent d'un accès très facile, elle est cependant rarement bien fermée : ne sait-on pas — de par les autopsies aujourd'hui connues — combien l'oblitération complète, absolue, définitive de l'uretère est exceptionnelle; combien, par contre, l'obstruction partielle, relative, temporaire, de la lumière de ce canal est fréquente!

Et c'est parce que l'on a trop oublié jusqu'ici la possibilité anatomique de ces curieuses échappées d'urine par cette sorte de soupape de sûreté, qu'on a négligé de les rechercher avec l'attention qu'elles méritent et d'insister, dans les descriptions symptomatiques, sur le cachet tout particulier qu'elles doivent forcément imprimer au tableau clinique d'une Hydronéphrose en évolution.

Ne les connaissant que par un nombre de cas fort restreint, rassemblés et rapprochés les uns des autres dans ces dernières années, on a été porté jusqu'ici à les considérer comme un phénomène exceptionnel, digne à peine d'une mention, d'une ou deux phrases dans les manuels de pathologie chirurgicale et médicale, ou même dans la plupart des traités spéciaux. Or, en réalité — c'est du moins ce que nous allons essayer de montrer — leur apparition, à inter-

valles plus ou moins éloignés, leur reproduction fréquente, doivent être considérées presque comme la règle à la période de début de la plupart des Hydronéphroses qu'on a coutume de désigner maintenant sous le nom d'Hydronéphroses définitives.

C'est aussi parce qu'on a ignoré jusque dans ces dernières années la grande facilité de pénétration des germes de la suppuration dans les voies urinaires inférieures et par suite dans le bassinnet, qu'on est resté si longtemps sans bien comprendre le mécanisme de la transformation si fréquente d'une Hydronéphrose aseptique en Hydronéphrose infectée, c'est-à-dire en Pyonéphrose, sans savoir que l'Hydronéphrose aseptique, pure, est d'une rareté extrême, tandis que la Pyonéphrose, à des degrés divers, est au contraire une lésion fort commune.

Pour tout cela, nous allons tenter dans ce travail de montrer le rôle considérable que jouent ces deux facteurs : facilité d'infection du bassinnet par l'uretère très souvent infecté lui-même ; possibilité des échappées d'urine dans les Hydro ou les Pyonéphroses : facteurs restés jusqu'ici presque dans l'ombre.

CHAPITRE I^{er}

DÉFINITION ET SYNONYMIE DE L'HYDRONÉPHROSE INTERMITTENTE. VARIÉTÉS D'HYDRONÉPHROSES POUVANT ÊTRE CONFONDUES AVEC ELLE.

SOMMAIRE : **Généralités.** — 1^o Définition de l'Hydronéphrose intermittente. — 2^o Synonymie. — 3^o Variétés d'Hydronéphroses pouvant être confondues avec celle-là : a. H. ouvertes; b. H. mobiles. — 4^o Fréquence de l'H. intermittente.

1^o Définition.

Ainsi donc, de l'urine, aseptique ou non, accumulée dans le bassin, peut à un moment donné, sous une influence quelconque, s'échapper en partie ou en totalité, d'un seul coup ou à diverses reprises, par l'uretère plus ou moins perméable; et la tumeur que le bassin formait peut s'évanouir en un clin d'œil ou disparaître partiellement ou totalement en un temps variable.

Eh bien, lorsqu'on se trouve en présence de tels phénomènes — surtout quand ils se répètent un certain nombre de fois, avec des symptômes douloureux marqués — si l'urine est réellement aseptique, on a affaire à ce qu'on appelle en clinique, depuis Cole, le père de cette dénomination (1874), et surtout depuis le mémoire de Morris (1876), l'*Hydronéphrose intermittente pure* ¹.

Voici d'ailleurs une esquisse, à grands traits, du tableau clinique de cette variété d'Hydronéphrose, dont l'importance est bien plus grande qu'on ne l'a cru jusqu'ici.

En général, c'est d'une femme qu'il s'agit. Depuis plusieurs années elle présente des *crises douloureuses* du côté de l'abdomen. A un

1. Quand l'Hydronéphrose est intermittente et l'urine franchement purulente, on dit qu'il y a *Pyonéphrose intermittente*, variété que nous étudierons à part. Mais il faut se rappeler que cette Pyonéphrose intermittente n'est pas toujours une complication de l'Hydronéphrose transitoire. Elle peut s'installer d'emblée, dans les cas de calcul du rein par exemple. Nous n'avons pas l'intention de nous appesantir dans ce travail sur les faits de cette dernière catégorie.

moment donné, au début d'un de ces accès, elle constate l'apparition d'une *tumeur* dans la région rénale correspondante. Puis cette tumeur disparaît en totalité, plus ou moins brusquement, et les douleurs cessent complètement. Il survient ordinairement alors une débâcle d'urine plus ou moins abondante. Au bout de quelques semaines, parfois de plusieurs mois, les douleurs reparaissent et la tumeur se montre à nouveau pour s'évanouir bientôt. Ainsi de suite ; et tout ceci se passe avec une certaine périodicité, jusqu'au moment où la tumeur devient persistante. C'est là l'*Hydronéphrose intermittente* typique, et c'est sur cette catégorie de faits que nous désirons attirer tout spécialement l'attention. Certes, il y a des cas un peu disparates que, malgré leurs différences avec ceux-là, on est obligé de ranger sous la même rubrique clinique ; mais, en somme, ils ne constituent que des exceptions, d'ailleurs encore mal établies.

Mais le type que nous avons ainsi brièvement décrit est celui qui doit devenir classique pour l'Hydronéphrose intermittente. Après l'avoir bien précisé, il n'est peut-être pas inutile de donner quelques explications grammaticales sur la valeur du terme lui-même.

2° *Synonymie.*

Cette variété d'Hydronéphrose a été désignée parfois, dans ces dernières années, par les mots de *transitoire* (Newmann, 1888), *passagère*, *temporaire* (Wilse, 1873). A notre avis, ces termes, tous synonymes, n'ont pas la valeur, le cachet de l'expression, déjà ancienne (1874), que nous avons cru devoir conserver. Ils nous semblent avoir moins d'ampleur, être moins compréhensifs, moins suggestifs, dirions-nous volontiers, que le mot d'Hydronéphrose intermittente. Ils ne tiennent compte, en effet, que d'une idée : l'existence transitoire, fugace, d'une collection liquide dans le bassin ; ils n'indiquent pas, de par leur sens propre, la réapparition plus ou moins fréquente de la tumeur. Aussi les abandonnons-nous, du moins comme dénomination d'ensemble, quoique Newman, dans son dernier ouvrage qui contient de fort bonnes pages sur le sujet qui nous occupe, semble affectionner tout particulièrement le terme d'Hydronéphrose transitoire.

Nous verrons plus tard ¹, à la vérité, que certaines formes cliniques d'Hydronéphrose devraient peut-être mériter plus particulièrement l'épithète de *passagères* ² : ce sont celles qui se vident brus-

1. Voir Chap. V de ce travail.

2. D'après Zawisza, etc.

quement et d'une façon complète, sans donner lieu au complexe symptomatique si caractéristique, aux grands accès typiques de l'Hydronéphrose intermittente. Mais on ne doit voir là autre chose qu'une modalité clinique de la même variété de maladie.

Il importe, en outre, d'éclaircir un doute qui peut rester dans l'esprit. Il ne faudrait pas croire que l'expression, aussi brève que précise, d'Hydronéphrose *intermittente*, ne s'adresse qu'aux cas où la collection liquide développée dans le réservoir rénal disparaîtrait d'une façon absolue, complète, de même que les crises douloureuses, sans laisser de trace appréciable, et qu'on doive réserver, à l'exemple de quelques auteurs, le terme d'*Hydronéphrose rémittente* à ceux dans lesquels la tumeur et les douleurs ne feraient que s'atténuer, sans s'évanouir complètement dans l'intervalle des accès.

En pratique, une pareille distinction ne nous paraît pas possible à faire dans la grande majorité des cas, car, en réalité, il ne s'agit là que de formes de transition entre l'Hydronéphrose intermittente typique, pure, et l'Hydronéphrose persistante. Certes, théoriquement, avec Newman, on peut admettre semblables catégories dans l'affection qui, malgré ses rémissions fréquentes et plus ou moins accentuées, continue, à pas lents, sa marche ascensionnelle; mais nous nous empressons d'ajouter que la démonstration, au lit du malade, de l'existence de ces diverses variétés d'Hydronéphrose sera toujours fort difficile à donner d'une façon vraiment scientifique et l'on comprend que le hasard seul ait pu la fournir. D'autre part, il nous semble que c'est trop se conformer — et cela avec une précision que ne comporte pas la clinique — à la terminologie employée dans la description de la fièvre en général que d'admettre d'un côté l'Hydronéphrose intermittente, de l'autre l'Hydronéphrose rémittente. Pour nous, si ces deux dénominations ne peuvent être grammaticalement synonymes, elles le deviennent en fait, quand elles s'appliquent en particulier à l'espèce clinique que nous étudions.

Le terme d'*Hydronéphrose récidivante* a aussi été proposé. L. Landau¹ a même voulu l'appliquer à une classe toute spéciale, au point de vue pathogénique, d'Hydronéphroses intermittentes. Nous ne croyons pas devoir le suivre sur ce terrain, quoique nous reconnaissons qu'il fasse allusion à des faits étiologiquement très dissemblables des cas vulgaires. Pour nous, les accès à répétitions d'Hydronéphrose intermittente, quelle que soit leur origine, constitueront toujours des *récidives*, autrement dit seront toujours la conséquence d'une même cause agissant sur le même organe dans des conditions

1. Landau. *Berl. Klin. Woch.*, 1888.

identiques. Aussi considérerons-nous encore, au cours de nos descriptions, ces deux expressions comme synonymes. Nous indiquerons d'ailleurs ultérieurement la dénomination que nous avons choisie pour désigner les Hydronéphroses, formant en effet un groupe bien à part, pour lesquelles L. Landau avait voulu réserver le terme de « récidivante » ¹.

3° Variétés d'Hydronéphroses.

Avant de poursuivre cette étude, nous voudrions encore déblayer le terrain et rappeler quelques expressions pittoresques acceptées à l'étranger. Si nous y insistons, c'est qu'elles peuvent, dans une certaine mesure, induire en erreur le lecteur non prévenu. Or, avant tout, il importe de s'entendre sur la signification des mots dont on veut faire usage.

Certains auteurs, et Braun ² en particulier, distinguent nettement de l'Hydronéphrose à forme intermittente les Hydronéphroses constituant des tumeurs de *volume constant* ou peu s'en faut, et chez lesquelles cependant on observe toujours un certain écoulement d'urine du bassinnet dans la vessie. Ils les appellent des *Hydronéphroses ouvertes* ³.

a. *Hydronéphroses ouvertes*. — Cette distinction, très exacte quand l'on va au fond des choses, est peut-être un peu superflue en clinique. Si l'on veut bien se reporter à ce que nous disions plus haut, à savoir qu'il ne faut pas oublier que dans la grande majorité des cas il persiste une communication plus ou moins importante du sac hydronéphrotique avec l'uretère, on comprendra facilement que presque toutes les Hydronéphroses, dites fixes ou constantes, les Hydronéphroses classiques en un mot, sont des Hydronéphroses ouvertes de Braun. Cependant, c'est là un mot heureux, bon à conserver; il rappelle trop bien le caractère fondamental de la poche hydronéphrotique, c'est-à-dire l'existence d'une voie de dégagement pour le liquide qui s'y est accumulé, voie heureusement fort souvent ouverte. Toutefois il faut remarquer dès maintenant qu'il y a sans doute tous les intermédiaires entre ces Hydronéphroses ouvertes et

1. Depuis la publication de ce travail dans la *Revue de Chirurgie*, M. le P^r Guyon, comme nous le rappelons plus loin, s'est occupé de cette question. Il emploie de préférence le terme de *Rétention rénale incomplète*. Nous croyons devoir conserver l'ancienne dénomination, proposée par Cole en 1874.

2. Braun. *Loc. cit.*, p. 184.

3. C'est pour faire opposition à ce terme d'Hydronéphrose *ouverte* que nous proposons de désigner les Hydronéphroses avec oblitération totale de l'uretère (au moins cliniquement) sous le nom d'*Hydronéphroses fermées*.

les Hydronéphroses intermittentes, en ce qui concerne la possibilité de l'écoulement au dehors d'une quantité plus ou moins considérable d'urine. Ce qui doit caractériser l'Hydronéphrose intermittente est donc bien plutôt la *série de crises douloureuses à répétitions*, accompagnées d'augmentation de volume notable de la tumeur liquide, que la sortie, à un moment donné, d'une partie du contenu de cette tumeur.

M. H. Morris, qui n'emploie le terme d'Hydronéphrose intermittente que dans son sens clinique, ne voudrait pas qu'on l'étende aux cas où la tumeur varie très faiblement de temps à autre, parce que, dit-il, on pourrait alors trop facilement confondre ces variations de volume avec des modifications survenant dans d'autres organes de l'abdomen. Tout le monde sera de son avis; il suffit d'ajouter que ces cas à modifications de volume si peu importantes rentrent très nettement dans les Hydronéphroses ouvertes de Braun.

b. *Hydronéphroses mobiles*. — Les Allemands (Czerny, 1880) emploient souvent aussi un mot qu'il importe de définir parce qu'il peut prêter plus facilement encore à la confusion. C'est le terme de *Wanderhydronephrose* ou de *Bewegliche Hydronephrose* ¹. La traduction littérale étant *Hydronéphrose mobile*, on pourrait croire de prime abord qu'il s'agit d'Hydronéphroses présentant des variations de volume. Il n'en est rien. En Allemagne, on désigne ainsi certaines Hydronéphroses qui, par leurs symptômes objectifs, simulent à s'y méprendre les kystes de l'ovaire ou toute autre tumeur fluctuante, pédiculée, intrapéritonéale. C'est dire que ce sont des poches susceptibles d'être déplacées dans l'abdomen, énucléées de l'hypochondre où elles prennent naissance, et facilement transportées, au cours d'un examen, jusque sur la ligne médiane ou même dans le cul-de-sac de Douglas. Autrement dit, ce sont des *tumeurs mobiles*, des tumeurs qu'on peut faire mouvoir dans la cavité abdominale avec une facilité véritablement extraordinaire ². *A priori* donc ces faits paraissent tout à fait différents de ceux qui nous occupent. Or nous verrons bientôt que cette Hydronéphrose mobile a, en réalité, des rapports assez intimes avec le rein mobile, de même que l'Hydronéphrose intermittente : ce qui explique pourquoi nous avons cru devoir la définir ici.

1. La confusion est d'autant plus facile à faire que dans un cas déjà ancien de Von Oppolzer, une Hydronéphrose *fixe*, à volume constant, survenue dans un rein *mobile*, est désignée sous la dénomination amphibologique de *Bewegliche Hydronephrose (Ren locularis mobilis)*. (Voir *Canstatt*, 1859, III^e p., p. 212.) Nous reviendrons ultérieurement sur cette observation.

2. Rehn. *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, 19^e Congrès, avril 1890, 1^{re} partie, p. 113.

Rappelons encore en terminant que le mot Hydronéphrose s'applique à la fois à un état anatomique et à un syndrome clinique; par suite il ne faut pas oublier qu'anatomiquement, il peut y avoir Hydronéphrose *fermée*, sans que cette affection ait pu être constatée chez le malade. Eh bien! le même fait peut avoir lieu pour les Hydronéphroses *ouvertes*, plus ou moins intermittentes : ce qui s'explique encore beaucoup plus facilement.

4^e Fréquence.

Comme L. Landau a eu le mérite de le faire remarquer le premier, si l'on se fiait aux données de la littérature médicale actuelle sur l'Hydronéphrose, l'Hydronéphrose intermittente devrait être considérée comme une affection très rare. En réalité, c'est une variété clinique bien plus fréquente qu'on ne l'a écrit, malgré les dénégations en 1888 d'Israël et de Fürbringer, qui d'ailleurs ne sont plus aujourd'hui du même avis ¹. Et cette fréquence devient manifeste, s'il est vrai, comme l'a avancé le premier le gynécologue berlinois, qu'un grand nombre d'Hydronéphroses, décrites comme fixes, comme réalisant le type classique, ne sont en réalité que la phase terminale d'Hydronéphroses ayant été intermittentes à leur origine ².

Les lectures que nous avons faites, en particulier au cours de nombreuses recherches bibliographiques à propos des reins mobiles ou déplacés, n'ont fait que confirmer dans notre esprit l'exactitude de cette remarque de L. Landau, formulée aussi depuis par Lindner et Zawisza (1890).

On s'en rendra facilement compte en parcourant la série des observations déjà nombreuses que nous avons pu recueillir. Certaines d'entre elles avaient échappé jusqu'ici au savoir et à la sagacité des trois véritables créateurs de ce type morbide, H. Morris en Angleterre, Newman en Amérique et L. Landau en Allemagne; mais la plus grande partie est d'une publication postérieure à leurs travaux. C'est ainsi que nous avons déjà pu réunir au moins 70 cas d'Hydronéphroses intermittentes. Ce chiffre prouve jusqu'à l'évidence que cette variété doit se rencontrer assez souvent. Certes, bien d'autres faits, qui ont été publiés sans étiquette suffisamment précise, dont le titre a été rédigé de telle sorte que notre attention n'a pu être

1. Communication orale de M. Israël, à Paris, le 13 mai 1891.

2. Quand nous parlons de la fréquence de l'Hydronéphrose intermittente, nous comprenons sous cette rubrique et les Hydronéphroses pures, aseptiques et celles, plus nombreuses, qui sont accompagnées d'une pyélite plus ou moins intense.

attirée sur eux ¹, nous ont échappé. Ici même, on en trouvera dans lesquels le diagnostic n'a été fait que d'une façon rétrospective, les chirurgiens n'ayant pas soupçonné à quelle forme clinique ils avaient eu affaire en réalité. Mais dans ces cas le tableau symptomatique était si frappant que le doute ne nous a pas semblé possible ². Aussi nous n'avons pas hésité à les rapprocher de nos observations les plus probantes.

Nous tenons à ajouter que bien d'autres cas d'Hydronephroses, qui auraient pu, à la rigueur, être classés sous la rubrique que nous avons adoptée, ont été éliminés de parti pris : les descriptions n'étaient pas assez claires ni assez circonstanciées, le diagnostic n'avait pas été posé avec la fermeté désirable. Il était inutile, nous a-t-il semblé, de compromettre notre démonstration par la discussion oiseuse d'observations incomplètement prises et dépourvues de vérifications anatomiques ou opératoires. De même pour les Pyonéphroses.

Tout cela n'est-il pas un indice que certainement cette forme d'Hydronephrose va devenir d'une rareté bien moindre, aujourd'hui que l'attention commence à être fixée sur elle, que l'on connaît mieux ses débuts et son origine?

En voici encore une autre preuve. Tous les auteurs qui se sont occupés spécialement de cette question ont déjà rencontré plusieurs malades de cette sorte. C'est ainsi que H. Morris, comme Hare et plus récemment Zawisza, en a déjà vu au moins 3, que Newman en possédait 5 observations en 1888, que Landau aujourd'hui en est à sa septième, sans compter celles qu'il n'a pas recueillies ³, que nous-mêmes, enfin, avons déjà rencontré deux cas de ce genre, et que l'un de nous en a dépisté dernièrement un troisième dans le service de M. le Dr Quénu, à l'hôpital Cochin ⁴. Et si, comme nous espérons pouvoir le démontrer plus loin, on remarque qu'un certain nombre des faits décrits sous la désignation d'« Étranglement aigu des Reins mobiles », ne sont souvent que des accès frustes d'Hydronephrose intermittente restant inaperçue, on voit de suite quelle

1. Il est impossible que des cas d'Hydronephroses intermittentes ne nous aient point échappé; comme le diagnostic jadis n'en était point fait, il aurait fallu relire toutes les observations, parcourir toute la littérature ayant trait aux Hydronephroses, aux Pyonéphroses et aux Reins mobiles. Nous avouons n'en avoir pas eu le courage. Les résultats obtenus à la suite d'aussi fastidieuses recherches n'auraient pas pu d'ailleurs, nous en sommes persuadés, être plus démonstratifs que les conclusions auxquelles nous sommes arrivés, quoique celles-ci soient basées sur un nombre relativement restreint d'observations.

2. Par exemple, les cas de Fell, Desnos et Barié, Baker, etc.

3. Communication écrite.

4. Observations relatées plus loin, Chap. III et V.

place importante va prendre dans la pathologie des reins la variété clinique qui est restée pendant si longtemps sans attirer l'attention!

En dehors de l'observation si curieuse de Tulpius, ce n'est guère que dans ces trente dernières années que l'on a été frappé de l'allure si spéciale de ces Hydronéphroses. Il faut même arriver à ces derniers temps pour trouver sur elles, dans les ouvrages didactiques sur les maladies des reins, des renseignements détaillés et précis. Et l'on peut dire qu'en dehors de celui de Newman, tous les traités modernes n'y consacrent que quelques lignes. Rayet, dans son beau livre sur les affections du rein, n'en parle même pas, la signification de l'observation de Tulpius, qu'il cite, lui ayant totalement échappé¹.

Aussi nous proposons-nous, avec l'aide des faits publiés², de deux observations personnelles recueillies par l'un de nous, et de quatre cas inédits qui nous ont été fort obligeamment adressés par M. le D^r L. Landau (de Berlin), le véritable père de l'Hydronéphrose intermittente, ou confiés par M. le D^r Quénu, d'ébaucher l'étude de cette variété d'Hydronéphrose, qui n'a pas encore été dans notre pays l'occasion du moindre travail d'ensemble, ni même du plus petit mémoire.

1. P. Rayet. *Traité des maladies des Reins*, t. III, 1841, Baillière, Paris, p. 485. On y lit simplement : « Tulpius dit qu'un homme était *régulièrement* affecté d'ischurie à l'époque de la pleine lune et qu'après sa mort on trouva le rein gauche aussi grand que la vessie urinaire. [Tulp. — N. Obs. medic., lib. II, p. 188, Amst., in-12 (*Ischuria lunatica*).] »

Il n'y a rien autre sur l'Hydronéphrose intermittente dans Rayet, qui rapporte cette observation au *point de vue historique* seulement, sans remarquer que cette Hydronéphrose était intermittente.

2. Quelques-uns d'entre eux, remontant à une époque déjà ancienne, n'ont pas été recueillis avec tout le soin désirable, relatés avec une minutie suffisante, mais, comme ils paraissent authentiques, nous n'avons pas cru pouvoir les négliger. Par contre, quelques observations modernes ont été prises d'une façon absolument satisfaisante. Dans les cas personnels que nous rapportons, nous avons essayé de faire mieux encore et d'être plus complets, quitte à paraître prolixes. On comprend facilement pourquoi les faits de cet ordre demandent à être consignés avec les détails les plus minutieux.

CHAPITRE II

HISTORIQUE.

SOMMAIRE : **Historique.** — *Observations publiées et travaux d'ensemble.*

L'amusante observation de Tulpius, qui remonte à 1672, nous semble être la première en date. Cet auteur raconte en effet l'histoire d'une forme d'*Ischurie* ¹ qui lui parut toute spéciale. A son dire, elle se reproduisait « à chaque pleine lune », durait cinq jours, puis disparaissait pour revenir le mois suivant. Il nous a semblé intéressant de publier la traduction de ce fait, que Landau a le premier rappelé dans ces dernières années, en raison de sa netteté relative. Si l'interprétation a été plus ou moins fantaisiste, la relation de l'autopsie montre assez bien — autant du moins qu'on peut l'exiger d'un fait aussi anciennement connu — à quelle lésion on avait affaire en l'espèce.

Observation I.

Nicolas Tulpius. (Traduction *in extenso* ².)

Hydronéphrose intermittente à gauche. — Autopsie.

Henri Ainsword, théologien anglais, présentait une *suppression de l'urine* presque à chaque pleine lune, avec une *oppression* notable et une inflammation évidente dans tout le corps. L'urine n'était pas évacuée, si ce n'est au déclin de la lune, ou quand on lui ouvrait une veine du bras. Mais perdre tout son sang toutes les fois que la lune, arrivant à son plein, lui arrêtait le cours de l'urine, ne paraissait pas ce qu'il y avait de mieux pour ce malade; aussi supportait-il chaque fois patiemment un mal qu'il ne pouvait éviter d'une autre façon.

1. Sous le nom d'*Ischurie*, les anciens désignaient aussi le syndrome clinique que nous appelons maintenant Hydronéphrose, depuis Rayet.

2. Traduction littérale, due à M. B.-H. Gausseron, professeur agrégé de l'Université.

Le bruit de ce cas rare et insolite fit travailler l'imagination de différents médecins, tant dans notre pays qu'en Angleterre : il ne se trouva cependant personne d'un jugement assez sagace pour pouvoir donner une raison naturelle de cette périodicité de la suppression de l'urine, non plus que du soulagement soudain que le malade ressentait dès qu'il était saigné au bras.

Autopsie. — Seule l'autopsie, faite après sa mort, fit sortir heureusement la vérité de l'abîme où elle était submergée, et montra clairement comment l'étroit bassinnet du rein *gauche* prenait un développement tel qu'il faisait très facilement l'office d'une seconde vessie. Celle-ci, par suite, était d'autant plus vide que le rein était plus dilaté ¹.

Réflexions. — Il est donc croyable que c'est de cette révolution périodique du flux de l'urine que provenaient les maux dont cet homme souffrait à toutes les pleines lunes, tant fièvre qu'oppression, avec lesquelles il était le plus souvent aux prises jusqu'au cinquième jour, avant d'être complètement débarrassé. Mais, si on lui tirait du sang du bras, l'obstacle qui supprimait l'urine disparaissait aussitôt.

Pendant la vessie, en outre de cet empêchement, contenait de plus deux *calculs* considérables. De même la vésicule du fiel; mais ceux-ci étaient petits, noirs, polis, d'un aspect de pierre ponce et rares.

Tout autant que le sang tiré du bras était avantageux à ce théologien, les saignements de nez abondants, ou de fréquentes éruptions de taches sur la surface du corps ont été un soulagement pour d'autres dans des cas semblables de suppression d'urine.

C'est grâce à ces deux émonctoires (le saignement de nez et l'éruption) que naguère un jeune homme recouvra la santé, après que son urine eut été arrêtée pendant dix-huit jours pleins.

Cette observation de Tulpius, que nous avons tenu à citer *in extenso*, serait bien susceptible de quelques critiques, surtout à

1. Nous citons, à titre de curiosité historique seulement, la fin de la note de Tulpius :

« Cette collection d'urine dans le bassinnet était tellement voisine des grosses veines, que c'était là sans doute la cause pour laquelle l'expulsion de l'urine avait lieu tout de suite, en même temps qu'on saignait la veine du bras. En effet, de même que les marchands de vin, une fois l'air situé en haut de la barrique sorti, font couler facilement par en bas le vin des tonnes pleines, de même les reins doivent se dégorger, dès que la moindre quantité de sang *aéré* (?) a été enlevé aux veines gonflées du bras. C'est pour cela que les plus habiles médecins pensent que souvent l'incision de ces veines provoque, plus qu'elle ne les arrête, les menstrues supprimées chez les femmes.

« Mais que dire du concours de la lune ? De même qu'elle a son influence sur le reste des eaux ainsi semble-t-elle avoir aussi exercé sa force sur les excréments aqueuses (l'urine) de ce vénérable théologien. Cet astre, en croissant, supprimait son urine, retenue dans le rein, beaucoup plus facilement, et dispersait dans les veines voisines l'urine supprimée, beaucoup plus rapidement, peut-être, que si elle s'était cachée dans le réceptacle de la vessie, plus éloignée et moins à portée de son influence. »

On voit que, pour Tulpius, il n'y a pas que les femmes qui soient *lunatiques*... On consultera avec fruit sur ce sujet palpitant la fameuse dissertation de Mead, faite pour prouver l'influence de la lune sur l'homme, ou tout au moins le *Traité de l'expérience* de Zimmermann !

cause des lacunes qu'elle présente et de la notion étiologique à mettre en relief ici (peut-être même était-ce une Hydronéphrose par calcul rénal tombé ultérieurement dans la vessie, etc., etc.?). Mais, comme il est impossible de la faire rentrer dans le cadre d'une autre affection, elle ne nous a pas paru négligeable.

Cent ans plus tard, Boissier du Sauvages ¹ résume ce cas, jusqu'à présent unique, dans ses *Nosologica Methodica* et considère comme parfaitement admissible cette nouvelle sorte d'ischurie (de rétention d'urine), comme on disait alors. Il la croit, lui aussi, en rapport avec les phases lunaires et il écrit de confiance, en tête du chapitre où il relate cette observation : *Ischuria renalis lunatica Tulpii*.

Au début de ce siècle, J. Johnson observe un cas d'Hydronéphrose intermittente; mais, comme nous le verrons plus loin, l'histoire de sa malade constitue une forme un peu spéciale, et, somme toute, ce cas, qui n'est pas douteux comme évacuation brusque et spontanée d'une hydronéphrose, n'a que des rapports cliniques assez éloignés avec le véritable type de l'hydronéphrose intermittente.

Schönlein, au dire de L. Landau ², aurait vu sans doute des faits analogues, puisqu'il s'exprime ainsi dans son *Traité de Pathologie* qui remonte à 1832 : « Dans une variété d'Hydronéphrose, les malades peuvent rendre une quantité considérable d'urine en vingt-quatre heures; dans ce cas, l'uretère est libre. » Mais il n'est pas plus explicite et malheureusement cet auteur ne nous a pas laissé d'observations détaillées; du moins, nous n'avons pas pu les retrouver dans la littérature allemande.

Ce n'est guère qu'à partir de 1855 qu'on rencontre cette affection consignée parfois dans les journaux médicaux, car nous avons vu ce qu'en 1841 Rayer savait sur ce sujet. La première observation, sérieusement recueillie à cette époque, est d'ailleurs magistralement rédigée par un auteur anglais, Hare, qui la fait connaître en 1857. Elle offre une importance capitale pour l'histoire de l'Hydronéphrose intermittente, car elle est aussi complète que possible, accompagnée d'un examen anatomique fort précis, et surtout remarquable par la bilatéralité des lésions.

Quelques années plus tard, Henry Thompson présente, au nom de Joseph Thompson, à la Société pathologique de Londres, le 5 novembre 1861, une pièce anatomo-pathologique se rapportant à un cas d'Hydronéphrose intermittente, moins vague que celui de Johnson,

1. Boissier du Sauvages. *Loc. cit.* (Voir Tulpius à la Bibliographie.)

2. L. Landau. *Die Wanderniere der Frauen*, 1881, p. 68.

puisque l'autopsie fut faite, mais cliniquement assez analogue. Puis Thomas Hillier communique à la Société royale de Médecine et de Chirurgie de Londres, le 14 novembre 1865, deux cas très nets, dont l'un aurait été observé par lui dès 1855. L'observation, rapportée par S. Rosenstein, dans son *Traité des maladies des reins*, publié quelque temps après, est encore tout à fait comparable à celle de Johnson. Nous ne la mentionnons ici que pour mémoire, car il ne s'agit pas d'une hydronéphrose intermittente typique.

Plusieurs années s'écoulent sans qu'une nouvelle observation paraisse, lorsqu'un médecin norvégien, P. Wilse, en publie à son tour une fort intéressante avec une relation précise de l'autopsie faite par le professeur Heiberg (1873).

C'est Wilse, ou plutôt Heiberg, qui le premier désigne cette affection sous le nom d'*Hydronéphrose temporaire*. Et peu de temps après, — plus exactement quelques mois plus tard, — en septembre 1874, Thomas Cole (de Bath), qui vient de voir un fait semblable, met franchement en tête de son observation le terme d'*Hydronéphrose intermittente*, dénomination qui a été vulgarisée par H. Morris et L. Landau.

C'est aussi vers cette époque, c'est-à-dire en avril 1876, que paraît le long mémoire de H. Morris (de Londres), premier travail d'ensemble sur la question. Il s'efforce de la mettre au point, de s'y reconnaître au milieu d'un chaos d'observations d'Hydronéphroses trop courtes et trop mal rédigées. Il parvient à débrouiller ce sujet assez obscur et analyse à ce propos un certain nombre des cas publiés jusque-là¹. Malheureusement l'observation qui sert de base à sa communication à la Société de Médecine et de Chirurgie de Londres ne constitue, comme quelques-unes de celles rapportées précédemment, qu'un type spécial, vraiment rare, d'Hydronéphrose intermittente. Aussi ne voit-il pas cette affection sous son véritable jour.

Il était réservé, douze ans plus tard seulement, à Newman et surtout à L. Landau, de mettre le doigt sur le nœud de la question. Au lieu de s'arrêter à décrire des cas exceptionnels, ces auteurs ont reconnu, en effet, de suite, que la clé de voûte de tout l'édifice consistait dans les rapports de l'Hydronéphrose avec le rein mobile.

1. Il ne mentionne que 6 cas et néglige ceux de Tulpus, de Wilse, de Rosenstein et le cas II de Hillier; mais il comprend par contre dans sa description ceux d'Estlin et de Roberts, qui, comme nous le rappellerons plus tard, ne sont pas des Hydronéphroses intermittentes, mais des *dilatations intermittentes des uretères*. C'est avec juste raison qu'il fait rentrer dans une catégorie à part celui de Johnson.

Toutefois H. Morris cite à la fin de son travail une observation de Fagge, qui aurait dû le mettre un peu sur la voie, de même que celles de Hare, de Hillier et de Cole peut-être ! Quant à celle de Bryant, qu'il rapporte aussi, c'est une pyonéphrose intermittente sur la pathogénie de laquelle nous aurons à revenir.

A la suite de la communication de Morris, Hare rappelle le cas qu'il a publié en 1857 et en signale brièvement deux autres. Th. Smith en cite trois autres, sans en fournir la relation; d'ailleurs il s'agissait de pyonéphroses.

Quelques mois plus tard paraît la première observation allemande, soigneusement prise d'ailleurs et bien étudiée par Eger. Ici l'intermittence des symptômes n'attire que secondairement l'attention de ce médecin instruit qui, par contre, se rend parfaitement compte, un des premiers, de la relation de l'Hydronéphrose avec le rein mobile constaté chez sa malade.

Citons encore pour cette époque le cas méconnu de Desnos et Barié, publié en 1876, et celui de Kœnig, qui est simplement mentionné dans son *Traité de Pathologie chirurgicale*.

Chose curieuse, si l'on fait abstraction des Traités des maladies du Rein où Roberts et H. Morris citent le nombre des observations qu'ils ont pu rassembler et où H. Morris ajoute 2 faits inédits, sans donner d'ailleurs le moindre détail (1885), une dizaine d'années se passent avant que l'on puisse rencontrer de nouveaux cas dans la littérature¹. L'attention semble s'être détournée de ce sujet. Il nous faut arriver jusqu'à la publication d'une statistique de J. Lloyd (de Birmingham), parue en 1886, à l'observation méconnue de Walther Fell (de la Nouvelle-Zélande, 1888), et surtout au mémoire capital de L. Landau (fin de 1888), et à l'apparition du livre de David Newman (1888), pour retrouver la mention de faits de ce genre.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, ce sont les *Leçons* de David Newman, où nous trouvons 5 observations, et la communication de L. Landau à la Société de médecine berlinoise² renfermant les quatre cas observés par ce savant gynécologiste, qui rappellent de nouveau, avec grand profit, l'attention sur ce chapitre de pathologie rénale. Ces deux auteurs établissent de la façon la plus nette le

1. Le cas de Backer (1881) ayant été méconnu comme Hydronéphrose intermittente.

2. Landau avait déjà ébauché ce sujet dès 1881 dans un chapitre de son *Traité des reins mobiles chez la femme* (*Die Wanderniere der Frauen*, p. 66 et 92), qu'on lira avec fruit, et fait faire quelques expériences à son élève Krakauer sur l'Hydronéphrose intermittente.

rôle considérable que joue dans la pathogénie de la plupart des Hydronéphroses intermittentes la mobilité du rein; et nous aurons bien des fois l'occasion, au cours de ce travail, de rappeler leurs noms et les justes remarques qu'ils ont faites à ce propos. Mais, à partir de ce moment, les observations se multiplient avec une étonnante rapidité. Il suffit de citer désormais les faits de Fürbringer (3 cas), dont l'un surtout est très intéressant, d'Israël (1 cas), de Lindner (2 cas) ¹, de Thiriar (1 cas, à rapprocher de ceux de Rosenstein et de Johnson); l'observation de Hahn (rapportée par E. Cohn, son assistant), et celles de Kappe, Kœhler, Socin, Lancereaux, Guyon, Braun, K. Zawisza ², Fowler, etc., etc.

Malgré la publication de ces nombreuses observations — nous avons déjà dépassé la soixantaine, — les auteurs classiques continuent à être d'un laconisme désespérant ou d'une obscurité parfaite sur cette variété d'Hydronéphrose. Dans les grands Dictionnaires, il en est à peine question. Quelques lignes seulement dans l'article d'Englisch de l'*Encyclopédie d'Eulenburg*. Il n'y a rien dans le *Dictionnaire encyclop. des sc. méd.*, ce qui étonne quelque peu, comme d'ailleurs dans le *Dictionnaire en 30 volumes*, ce qui se comprend mieux. Le *Nouveau Dictionnaire de médecine pratique*, à l'article *Hydronéphrose*, est un peu plus explicite sur cette forme clinique. H. Morris, dans l'*Encyclopédie internationale de Chirurgie* (t. VI, p. 435), y insiste beaucoup moins que dans son petit *Traité* publié en Angleterre et la mentionne à peine. Dans le *Traité de Pathologie externe* de Follin et Duplay, quelques lignes seulement y sont consacrées, de même que dans celui de Kœnig, etc., et dans les *Manuels* de Lécorché, Keyes, Br. Clarke, Lavaux, Desnos, etc., sur les *maladies des voies urinaires* ³.

L'ouvrage récent de Paul Fürbringer est un des plus précis, et il n'y a guère que le *Traité des affections des reins* de M. le P^r Le Dentu qui contienne des détails plus circonstanciés; encore cet auteur a-t-il à peine insisté sur les relations de l'Hydronéphrose et des reins mobiles, les leçons de Newman lui ayant échappé et le travail de Landau ne lui étant connu que par les résumés incomplets et très écourtés des journaux français.

1. Lindner dit qu'il a vu plusieurs cas de ce genre; mais il ne rapporte que deux observations dans deux publications successives.

2. K. Zawisza a fait suivre la relation de ses observations de quelques remarques intéressantes; malheureusement L. Landau les avait déjà formulées auparavant.

3. On ne trouvera aucun renseignement sur cette question dans le *Traité de Chirurgie* de M. le P^r Tillaux, les Leçons de M. le professeur Guyon, de Thompson, la thèse de Brodeur, etc.

Par cette revue, que nous avons tenu à faire aussi soignée que possible, mais qui reste encore certainement incomplète, on voit donc que jusqu'à l'heure actuelle l'histoire de l'Hydronéphrose intermittente peut se diviser en deux phases assez distinctes.

Au début on se contente de noter les cas obscurs, de temps à autre, sans songer à formuler un diagnostic, croyant avoir affaire à une affection très rare. Puis à mesure que les procédés d'investigation clinique se perfectionnent, que l'on possède des données plus fermes en anatomie pathologique, on se rend mieux compte de la façon dont elle peut se produire. Et, à un moment donné, subitement, vers 1888, on possède assez de faits pour reconnaître que décidément cette variété d'Hydronéphrose est loin d'être aussi exceptionnelle qu'on le pensait au début et qu'une étude d'ensemble de cette affection peut être tentée avec fruit.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

SOMMAIRE : § I. Des lésions, sans caractères propres, se rencontrant dans toutes les hydronéphroses : a. Dimensions, forme et rapport du sac hydronéphrotique; b. Nombre; c. État des reins; d. État des vaisseaux du bassin.

§ II. Des lésions appartenant en propre à l'hydronéphrose intermittente : I. Anatomie normale : ABOUCHEMENT DE L'URÈTÈRE DANS LE BASSINET : a. Axe du bassin; b. Son collet; c. Dimensions; d. Cas particuliers; e. Remarques diverses. — II. Anatomie pathologique : LÉSION DE L'URÈTÈRE DANS L'HYDRONÉPHROSE INTERMITTENTE : 1° Lésions de l'extrémité supérieure : a. Coudure avec accollement au bassin (observations inédites); b. Pénétration à angle aigu de l'urètre à travers la paroi du bassin; c. Remarques diverses. — 2° Lésions de l'extrémité inférieure de l'urètre : Oblitération momentanée par une production néoplasique (Morris). — 3° Absence de lésions. — 4° Des lésions supposées théoriquement : a. Oblitération par compression ou traction de l'urètre; b. Oblitération par corps étranger.

Nous ne pouvons, dans une étude particulièrement réservée à une variété clinique d'Hydronéphrose, reprendre toute l'anatomie pathologique de cette affection. Ce n'est point que cette question soit fort claire, ni qu'elle soit suffisamment traitée dans les ouvrages classiques. Pourtant nous devons nous borner à ne signaler que les lésions qui, dans l'espèce, peuvent servir à élucider la pathogénie de cette variété spéciale d'Hydronéphrose, celles qui permettent d'en saisir la cause intime, d'en comprendre le mécanisme. Nous insistons toutefois sur les altérations anatomiques qui expliquent la transformation de cette Hydronéphrose à forme intermittente en Hydronéphrose à poche définitivement close.

C'est dire que, pour nous, l'étude de la lésion fondamentale elle-même, c'est-à-dire du sac hydronéphrotique et des modifications concomitantes du côté du rein, ne saurait présenter le moindre

intérêt. Il nous suffira d'indiquer brièvement le volume que peut atteindre le bassin distendu et la fréquence des cas où cette dilatation est peu considérable, — ce qui explique pourquoi elle passe si souvent inaperçue, — ainsi que la possibilité de l'existence simultanée d'une Hydronéphrose des deux côtés. Nous ne dirons qu'un mot de la nature du liquide contenu dans la poche hydronéphrotique : il n'y a là aucun caractère distinctif bien net. Généralement, dans les cas rares où il n'y a pas la moindre infection des voies urinaires, ce liquide présente toutes les apparences et presque toutes les qualités biologiques de l'urine normale.

§ 1. — Des lésions, sans caractères propres, se rencontrant dans toutes les Hydronéphroses.

a. Dimensions, forme et rapports.

Il est démontré aujourd'hui que l'Hydronéphrose intermittente peut présenter toutes les dimensions de l'Hydronéphrose définitivement constituée. Il suffit de parcourir les observations que nous avons rassemblées pour en avoir la preuve; il serait donc fastidieux et inutile de décrire à nouveau les caractères des poches ayant le volume d'un œuf de poule ou celui d'une tête d'adulte. D'ailleurs, à l'autopsie, les connexions du sac avec les organes voisins sont absolument les mêmes que s'il s'agit du type le plus classique; et l'on pourrait rééditer ici la fameuse discussion de ses rapports avec le gros intestin, point qui, relativement au diagnostic de cette affection, n'a pas toute l'importance qu'on a voulu lui attribuer.

Il est plus intéressant de faire remarquer que souvent l'Hydronéphrose intermittente peut être très peu volumineuse, tout en donnant lieu à des symptômes des plus sérieux, et que le bassinnet peut présenter une augmentation très notable d'épaisseur de ses parois et s'accompagner d'une induration marquée du tissu conjonctif qui l'englobe normalement, malgré ses faibles dimensions.

Tels sont les cas de M. Terrier (Obs. LXVI) et de M. Quénu (Obs. LXX), dans lesquels le bassinnet pouvait à peine contenir 100 et 50 grammes de liquide, et présentait déjà un certain degré d'irritation péripyélique en même temps qu'un réel épaissement de ses parois; pourtant l'affection ne durait pas depuis fort longtemps.

D'autre part, comme nous allons le voir, la cause de l'Hydronéphrose siège ordinairement à l'extrémité supérieure de l'uretère: il en résulte que le sac hydronéphrotique, au lieu d'être piriforme avec prolongement en boudin, constitué par l'uretère dilaté aussi, est généralement sphérique; et l'uretère, loin d'être distendu, est ordinairement plus ou moins rétracté. (Voir *Fig. I.*: Cas de Hare.)

b. Nombre.

Les Hydronéphroses doubles, d'une façon générale, ne doivent pas être aussi rares qu'on l'a dit, si nous nous reportons aux 70 cas

d'Hydronéphrose intermittente que nous avons rassemblés, et dont 7 seulement ont été autopsiés. Or, dans ces 7 derniers cas, il y en avait 2 où l'Hydronéphrose était double, anatomiquement parlant (Morris, cas I; Fürbringer, cas III); ajoutons-y, ce qui fait 5 au total, ceux de Hare (cas I), d' Hillier (cas II) et de Newman (cas III), où l'Hydronéphrose double fut diagnostiquée sur le vivant¹.

Dans deux d'entre eux (Hare, Newman), la tumeur fut cliniquement *intermittente des deux côtés*; dans les 3 autres, la seconde poche passa inaperçue pendant la vie ou fut considérée comme une Hydronéphrose fixe; mais, selon toute probabilité, elle fut aussi intermittente à un moment donné dans les cas de Morris et de Für-

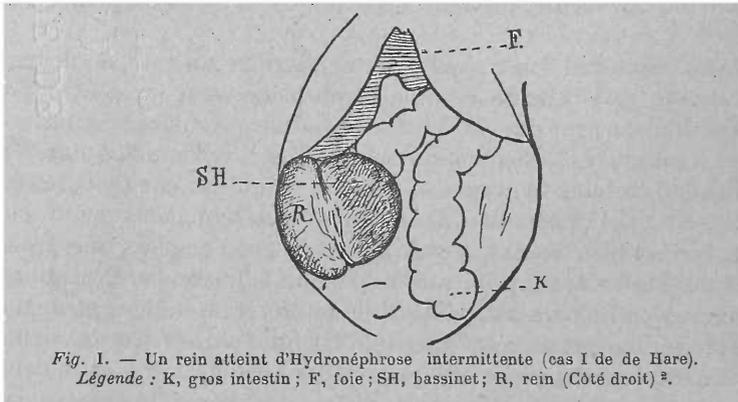


Fig. I. — Un rein atteint d'Hydronéphrose intermittente (cas I de de Hare).
Légende : K, gros intestin; F, foie; SH, bassin; R, rein (Côté droit)².

bringer, tout en ne se démasquant pas par des symptômes très accusés.

A cette occasion faisons remarquer, avec L. Landau, que lors d'hydronephroses doubles — en dehors bien entendu des cas de fœtus mort-nés — il doit forcément y avoir au moins une des hydronephroses qui soit intermittente. L'homme, en effet, ne saurait vivre avec une oblitération définitive des deux uretères³. Cette simple remarque justifie encore ce que nous disions au début, à savoir qu'il doit rester souvent une voie d'échappement plus ou moins ouverte dans un sac hydronephrotique que, cliniquement, on a pu considérer comme hermétiquement clos.

1. Comme il n'y a pas eu d'autopsie dans deux de ces cas, l'existence de l'Hydronephrose double pourrait être à la rigueur discutée; mais les observations de Hillier et de Newman semblent avoir été prises avec trop de soin pour qu'il puisse y avoir eu confusion.

2. Figure empruntée au mémoire de Hare.

3. Dans un cas d'Hydronephrose double considérée comme fermée, dû à Rayet et rappelé par Hillier, d'un côté au moins l'uretère n'était pas complètement oblitéré.

c. État des reins.

L'atrophie de la substance rénale parvient bien rarement, dans ces cas, au degré qu'elle peut présenter dans les Hydronéphroses ordinaires. Et, du seul fait qu'un rein est atteint d'une Hydronéphrose qui revêt les caractères de la variété dite intermittente, quel que soit le volume acquis par le bassinnet, on est en droit, cliniquement, de conclure que le rein n'est pas encore totalement détruit. En effet n'est-ce pas là un indice manifeste de la persistance du fonctionnement d'une partie au moins de la glande que ces alternatives de plénitude ou de vacuité partielle ou totale de la poche hydronéphrotique?

Jadis, alors que l'on n'osait pas trop sacrifier un rein, douloureux il est vrai, mais encore capable d'entr'aider celui du côté opposé resté sain, de peur que ce dernier ne puisse pas suffire à sa tâche et faire à lui seul la besogne des deux glandes ¹, cette notion aurait pu avoir une certaine importance, en ce sens qu'elle eût pu arrêter la main du chirurgien tenté d'extirper un tel rein. Mais aujourd'hui que l'on est bien fixé sur ce point, à savoir que l'on peut, sans grande crainte d'urémie, supprimer un rein tout à fait sain, la remarque que nous venons de faire n'a qu'un faible intérêt. Elle indique seulement que le traitement de cette variété d'Hydronéphrose par la création d'une fistule du bassinnet restera toujours très aléatoire, cette fistule menaçant de durer indéfiniment. Cela a, d'ailleurs, été observé dans quelques cas sur lesquels nous reviendrons en discutant les différents modes de traitement à proposer suivant les phases de la maladie.

d. État des vaisseaux du bassinnet.

Il y aurait certes bien d'autres petits points, concernant l'Hydronéphrose en général, à signaler ici ; mais nous ne saurions nous étendre davantage sans sortir des limites auxquelles nous astreint notre sujet. Toutefois il y a encore une remarque que nous avons faite et qui mérite une courte mention.

Lorsque l'on examine des pièces fraîches ayant trait à des hydronéphroses intermittentes, hydronéphroses à leur début ou peu marquées, on peut avoir l'occasion de faire certaines constatations qui échapperaient forcément si l'observation avait lieu à une période plus avancée de la maladie. C'est ainsi que, sur le rein enlevé par

1. Voir les réflexions qui accompagnent l'observation de Fell.

M. Terrier (Observation LXVI), on voyait très bien, par transparence, au-dessous de la muqueuse du bassin, un grand nombre de petits vaisseaux, convergeant vers le collet de ce réservoir et gorgés de sang. C'étaient là, très certainement, les rameaux les plus élevés et les plus ténus des veinules formant le *plexus veineux péri-urétéral*, qui a été signalé récemment par MM. Lejars et Tuffier¹. Ce plexus², qui ressemble tout à fait, on le sait, à un manchon creux constitué par une sorte de treillis vasculaire, au centre duquel passe l'urètre, a ses plus fines racines sur les parois du bassin. C'étaient ces veinules d'origine, remplies de sang au-dessus de l'extrémité pyélique de l'urètre, que l'on apercevait très nettement sur la face interne de la poche.

Le mécanisme de cette dilatation paraît très facile à saisir. L'urètre, étant coudé à sa partie supérieure, ces veinules subissaient aussi une légère flexion, c'est-à-dire une certaine diminution de calibre, et la circulation était gênée dans tout le département qui se trouvait en amont de l'obstacle. D'où stase sanguine et congestion marquée dans les parois du bassin.

Nous ne faisons que signaler ce fait, à première vue d'intérêt secondaire; mais nous aurons sous peu l'occasion de le rappeler pour expliquer comment il peut favoriser la transformation d'une hydronéphrose intermittente en hydronéphrose définitive, contribuer à l'épaississement de ses parois et au développement de brides conjonctives pouvant enserrer l'urètre, ou même aider à l'infection d'une simple hydronéphrose, restée aseptique jusque-là.

1. Tuffier et Lejars. *Les veines de la capsule adipeuse du rein*; in *Arch. de Physiol. norm. et patholog.*, n° 1, janvier 1891, p. 41 (voir p. 49).

2. L'un de nous a pu, au cours de recherches anatomiques récentes, étudier à loisir ce plexus. Il reviendra ultérieurement, dans un travail spécial, sur cet intéressant sujet.

§ II. — Des lésions appartenant en propre à l'Hydronéphrose intermittente.

Nous avons hâte d'arriver à la description des lésions qui vont nous expliquer l'intermittence des symptômes; mais, comme nous allons les rencontrer surtout au niveau de l'extrémité supérieure de l'uretère, il nous semble indispensable de rappeler en quelques mots la disposition normale des parties, c'est-à-dire le *mode d'abouchement de ce conduit dans le bassin*.

I. — Anatomie normale.

Abouchement de l'Uretère dans le Bassinet.

Contribution à l'anatomie du Bassinet ¹. — Il ne faudrait pas croire d'ailleurs qu'il s'agit là d'un point d'anatomie sur lequel on soit bien fixé, même chez l'Homme, *a fortiori* chez les autres Mammifères dont le bassin présente une constitution analogue. On ne sait rien non plus des différences qu'il peut y avoir à ce sujet chez l'embryon, l'enfant et l'adulte; cela présente cependant d'autant plus d'intérêt que les anomalies sont assez fréquentes dans ces organes et que l'hydronéphrose par altération d'origine congénitale de l'extrémité pyélique de l'uretère est loin d'être rare; malheureusement la plupart des auteurs — et Hyrtl lui-même, auteur d'un très beau mémoire sur ce sujet ² — sont presque muets sur ces différents points.

a. *Axe du bassin*.

A l'état normal, il semble que l'axe de l'uretère soit la prolongation directe du grand axe du bassin, c'est-à-dire de celui qui s'étend de l'abouchement de l'uretère à la partie moyenne du hile du rein. Il y a continuité absolue entre ces deux parties des voies urinaires supérieures. C'est à peu près, pour l'apparence extérieure tout au

1. Ce chapitre était rédigé et remis à l'impression quand a commencé à paraître un mémoire de M. Legueu sur ce sujet (F. Legueu. *L'anatomie chirurgicale du Bassinet et l'exploration intérieure du rein*; in *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, juin et juillet 1891, p. 365 et 459).

2. J. Hyrtl (Vienne). *Ueber das Nierenbecken des Menschen und der Säugethiere*; in *Denkschriften der Kais. Akad. der Wissenschaften*, T. XXXI, 1870, et tirage à part, 1870, librairie Gerold et fils, Vienne, 36 p. et 7 planches. (Comm. à la séance du 10 mars, section des sciences mathém. et naturelles.)

moins, la disposition qu'on rencontre au niveau de l'union du col de la vésicule biliaire avec le canal cystique. Les deux organes se succèdent sans transition, d'une façon presque insensible, comme l'extrémité effilée d'une pipette droite fait suite au cylindre de verre constituant le corps de cette pipette elle-même. On ne distingue pas, en général, *la moindre coudure, la moindre inflexion* du canal sur le réservoir auquel il fait suite. Les moulages d'uretères et de bassinets normaux que M. Hallé a reproduits dans sa remarquable thèse ¹ et ceux, bien plus nombreux, que M. le Dr Poirier, chef des travaux anatomiques de la Faculté, a obtenus à l'École pratique, la description récente et la figure de M. Charpy ², l'indiquent de la façon la plus démonstrative. Dans la collection de M. Poirier, 140 moulages environ sur 150 plaident dans ce sens.

* *b. Collet du bassinnet.*

Existe-t-il toujours, à l'intérieur du conduit, comme y a insisté Hallé ³, un *rétrécissement* véritable, une sorte de *collet* plus ou moins marqué au point d'union de l'uretère avec le bassinnet? Ce rétrécissement, qui n'est pas mentionné dans les auteurs classiques anciens, mais qui a été figuré par Henle, dont le dessin a été reproduit dans le traité de MM. Morel et M. Duval ⁴, représenté très nettement par Morris, mentionné par Charpy ⁵, existe réellement; il est même si accusé que les moules solidifiés de l'uretère ont toujours tendance à se briser à son niveau. Mais peut-on désigner ce point, avec MM. Hallé, Charpy, etc., sous le nom de *Collet du bassinnet*? Autrement dit ce *rétrécissement* siège-t-il toujours là où l'uretère se confond avec le bassinnet? C'est là une question plus délicate à trancher. Aujourd'hui que nous avons pu examiner un très grand nombre de moulages d'uretères normaux, grâce à l'obligeance de M. le Dr Poirier, qui a bien voulu nous confier au moins 150 pièces de ce genre, nous pensons qu'on doit être moins affirmatif que M. Hallé.

Il existe bien réellement une partie plus ou moins rétrécie à l'extrémité supérieure de ce conduit; mais il s'en faut de beaucoup que le point le plus rétréci corresponde toujours exactement à ce qu'il est accoutumé d'appeler la partie inférieure du bassinnet. On peut

1. Hallé. *Uretérites et Pyélites*. Thèse de Paris, 1887. (Voir planche III.)

2. A. Charpy (Toulouse). *Organes génito-urinaires* (Cours de splanchnologie). Toulouse, 1890, p. 42.

3. Hallé. *Loc. cit.*, p. 28 et pl. III.

4. Morel et Duval. *Manuel de l'anatomiste*, 1883, p. 1074.

5. Charpy remarque que ce collet, quand il existe, prédispose à la formation de valvules ou de rétrécissements.

même dire que, sur la très grande majorité des moulages de M. Poirier, il siège à 2 cent., 3 cent. ou même 3 cent. 1/2 plus bas. Inutile d'ajouter que, lorsqu'on dispose ainsi d'un grand nombre de moulages, on trouve toutes les transitions ¹.

En examinant cette collection de moules, nous avons été amenés à faire d'autres remarques qui ne sont pas sans intérêt pour l'étude de la pathogénie de l'Hydronephrose en général et de l'Hydronephrose intermittente en particulier. Aussi croyons-nous devoir les rapporter ici, de même que les résultats que nous a fournis l'examen d'une dizaine de bassinets disséqués à l'École pratique par l'un de nous.

c. Dimensions du bassinets.

Un premier fait nous a vivement frappé! Le voici dans toute sa brutalité et sous sa forme paradoxale : à l'état normal, sur le cadavre, il n'y a, pour ainsi dire, presque pas de bassinets ². Le plus souvent

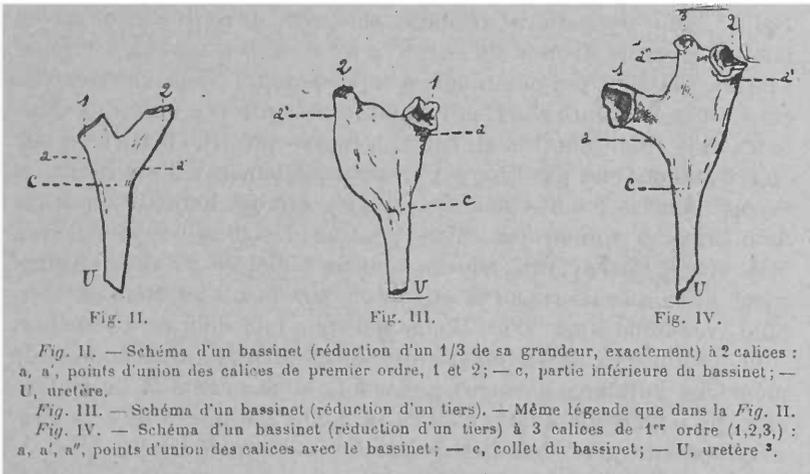


Fig. II. — Schéma d'un bassinets (réduction d'un 1/3 de sa grandeur, exactement) à 2 calices : a, a', points d'union des calices de premier ordre, 1 et 2; — c, partie inférieure du bassinets; — U, uretère.

Fig. III. — Schéma d'un bassinets (réduction d'un tiers). — Même légende que dans la Fig. II.

Fig. IV. — Schéma d'un bassinets (réduction d'un tiers) à 3 calices de 1^{er} ordre (1,2,3) : a, a', a'', points d'union des calices avec le bassinets; — c, collet du bassinets; — U, uretère ³.

l'uretère semble en effet faire directement suite aux calices de premier ordre; ou plus exactement le bassinets n'a l'air d'être que le résultat de la confluence, en un même point, de 2 ou 3 calices. Deux

1. De nouveaux moulages, faits récemment par l'un de nous par un procédé un peu différent, ne font que confirmer ces données.

2. Nous répétons que ce travail était rédigé quand a paru le mémoire de M. Legueu.

3. Toutes les figures inédites ont été dessinées en grandeur naturelle et photographées en réduisant d'un tiers.

chirurgiens, MM. Lloyd ¹ et Torrey ², ont récemment insisté sur ce point et montré que la description classique est absolument erronée. En réalité, comme l'avaient signalé déjà Hyrtl ³ et Gegenbauer ⁴, *il n'existe pas* à proprement parler de *bassinets* ⁵. D'ailleurs la *Fig. II* qui représente, réduite d'un 1/3 de sa grandeur, l'extrémité des voies d'excrétion supposées vides d'un rein normal, en est un exemple bien frappant. Entre le lieu de réunion (*a, a'*) des 2 calices (1 et 2), et le point qu'on peut considérer comme la partie la plus inférieure du bassinets (*C*), il y a à peine un centimètre; autrement dit, le bas-

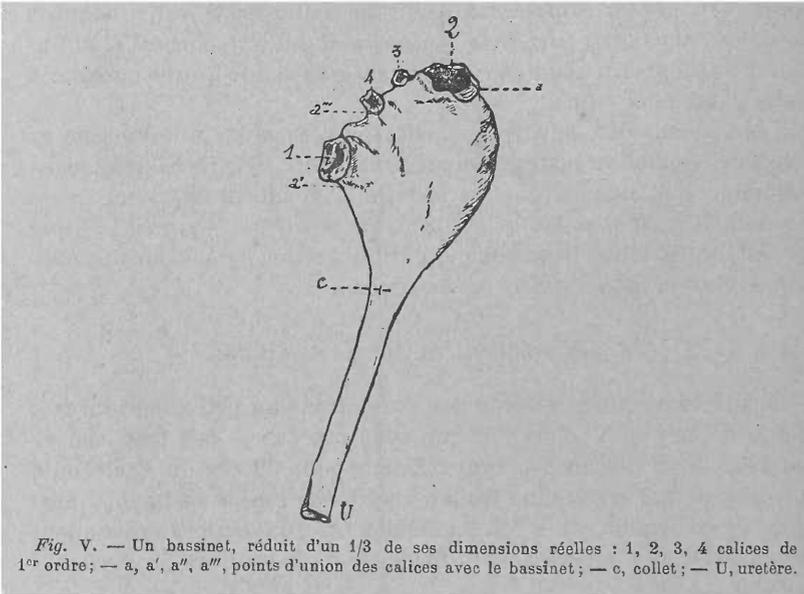


Fig. V. — Un bassinets, réduit d'un 1/3 de ses dimensions réelles : 1, 2, 3, 4 calices de 1^{er} ordre; — a, a', a'', a''', points d'union des calices avec le bassinets; — c, collet; — U, uretère.

sinet rempli avait dans ce cas, au maximum, une capacité de deux à trois centimètres cubes seulement.

Toutefois il n'en est pas toujours ainsi; parfois la poche a des dimensions un peu grandes, mais encore si restreintes qu'elle n'existe guère que d'une façon théorique. Les *Fig. III* et *IV* montrent deux

1. Lloyd. *Practical observations on kidney stone and kidney mobility*; in *The Practitioner*, vol. XXXIX, 1887, p. 171, 2^e p.

2. S. W. Torrey (Beverly). *A case of nephro-uretero-lithotomy with remarks upon the anatomy of the pelvis of the kidney*; in *American Journal of medical sciences*, p. 579, vol. XCVII, n. s., 1886. (Voir p. 582 et figures.)

3. Hyrtl. *Loc. cit.* — Voyez aussi : Hyrtl. *Lehrbuch der Anat. des Menschen*, 15^e édition, 1881, p. 741.

4. Gegenbauer. *Traité d'Anatomie humaine*. Traduction par Julin, T. III, p. 860, 1889.

5. Cruveilhier (*Traité d'Anat.*), au dire de Legueu, avait déjà fait remarquer que dans certains cas « il semblait ne pas exister de bassinets ».

états différents, ceux qu'on rencontre le plus fréquemment sur des pièces non injectées et qui sont des transitions très nettes entre les *Fig. II* et *V*. Cette dernière est presque l'exception pour les reins à uretères normaux, c'est-à-dire à extrémité supérieure non coudée. Dans ce cas, il y a réellement un véritable réservoir à l'extrémité supérieure du conduit vecteur de l'urine.

Sur les moulages de M. Poirier, les bassinets fortement distendus par l'injection à la cire présentent certainement une capacité un peu plus grande que ne semblent l'indiquer les *Fig. II, III* et *IV*; mais la différence est en somme faible. Et un fait capital reste acquis : *les dimensions fort restreintes du bassinnet à l'état normal* (140 fois sur 150 environ); elles varient du volume d'une petite noisette à celui d'une noix sèche.

D'un autre côté, la *forme* du bassinnet est aussi variable que sa capacité. Quand on peut examiner un nombre de pièces aussi considérable que nous avons pu le faire à l'École pratique, on reste convaincu qu'il y a toutes les transitions entre le bassinnet presque réduit à zéro, tétraédrique ou cylindrique, et une poche hydronéphrotique, plus ou moins sphérique ou ovoïde.

d. Cas particuliers. Bassinets dilatés.

Quand le bassinnet présente des dimensions un peu supérieures à celles de la *Fig. V*, dans presque tous ces cas — fait très remarquable, — au niveau du point normalement rétréci de l'extrémité supérieure de l'uretère, on trouve une *coudure* plus ou moins marquée de ce conduit, et le rétrécissement se trouve alors exactement à son extrémité supérieure, formant ainsi au bassinnet un véritable *collet* ¹.

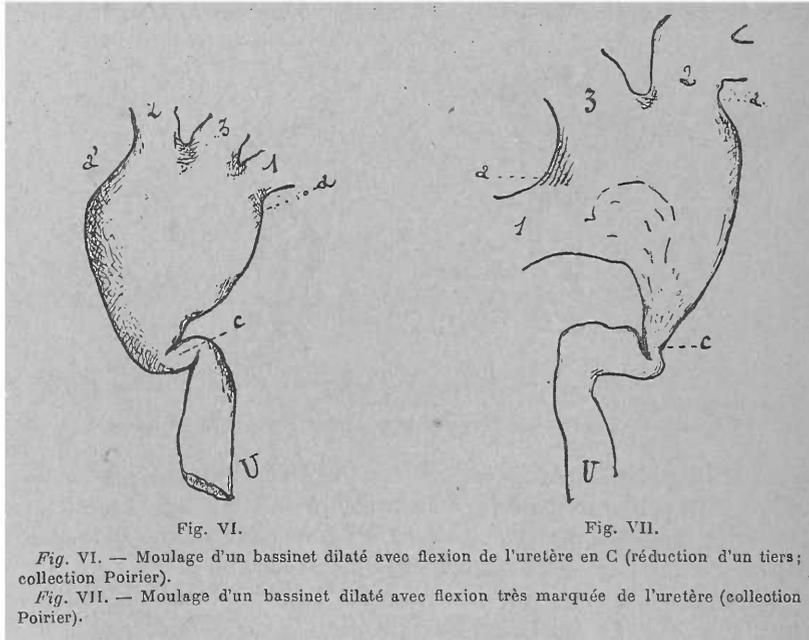
Sur les 150 moulages préparés par M. Poirier, 8 à 10 seulement présentaient une *dilatation* notable ². Or, sur les 2 bassinets les plus

1. Parfois le bassinnet allongé, plus ou moins cylindrique, forme avec l'extrémité pyélique de l'uretère, une sorte de *croisse*, assez comparable à celle de l'aorte, à longue courbure et à concavité inférieure et externe; mais ces faits n'ont rien à voir avec les flexions ou coudures du canal vecteur des urines.

2. M. Legueu a groupé ces bassinets pour en faire une classe spéciale : *Les Bassinets renflés ou ampullaires*, distincte de celle des *Bassinets* qu'il appelle *ramifiés*, les plus fréquents. La preuve qu'il ne faut pas voir là une classe spéciale, c'est que ces bassinets ampullaires ou en entonnoir se rencontrent *très rarement*, de l'aveu même de Legueu (p. 369). Nous préférons de beaucoup notre interprétation. Quant au *bassinnet ramifié*, le plus commun, il correspond au type que nous avons dénommé : « *Pas de bassinnet en réalité* », puisqu'en dehors des *ramifications*, qui ne sont que les *calices*, il n'y a pas à proprement parler de réservoir à la partie supérieure de l'uretère. D'ailleurs l'un de nous reviendra ultérieurement sur ce sujet dans un mémoire spécial.

dilatés, que nous avons dessinés et représentés ici, leurs dimensions réelles étant réduites d'un tiers exactement (*Fig. VI et VII*), cette flexion était très nette en *C*, au niveau du collet, ainsi qu'on peut le voir sur les figures.

Peut-être ces pièces se rapportent-elles à des reins un peu mobiles? (La *Fig. VII* provient d'un rein droit ¹.) Mais tout ce que l'on peut dire ici, c'est que très probablement cette légère coudure a été la cause de la rétrodilataion du bassinnet. Une constatation le démontre encore : sur les autres moulages à bassinets plus grands que normalement, le rétrécissement de la partie supérieure de l'uretère



siégeait aussi, dans ces cas, tout près du collet et était généralement très marqué.

Tous ces faits, qui de prime abord paraissaient constituer des exceptions à la loi générale formulée plus haut : *Presque pas de bassinnet, pas de coudure de l'uretère à l'état normal et rétrécissement supérieur de ce conduit placé à une certaine distance du bassinnet*, s'expliquent très bien désormais, si l'on tient compte de l'apparition d'un obstacle sur le point le plus rétréci de la partie la plus élevée de l'uretère. Celui-ci constitué, le bassinnet se dilate; son extrémité infé-

1. On sait que les reins mobiles siègent surtout à droite.

rière se déplace et descend le plus bas possible : ce qui fait disparaître toute la partie de l'uretère située au-dessus du rétrécissement normal.

e. Remarques diverses.

Une autre constatation anatomique — celle-là d'ordre négatif — mérite aussi d'être notée. Sur les 150 uretères moulés par M. Poirier, nous n'avons pas observé une seule fois ni la *torsion de l'uretère*, ni la *pénétration* à angle aigu de l'uretère dans le bassinnet, autrement dit l'entrée de ce canal par l'une des faces du réservoir rénal et non par son extrémité inférieure. Par contre, nous avons trouvé dans

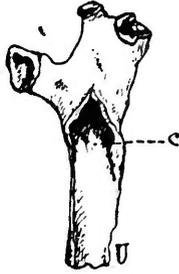


Fig. VIII.

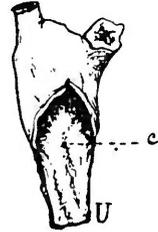


Fig. IX.

Fig. VIII. — Bassinet de la Figure IV ouvert (schéma) pour montrer la muqueuse uretérale et celle du collet en C.

Fig. IX. — Bassinet de la Figure III ouvert (schéma). Aucun repli en C (réduction d'un tiers).

plusieurs cas l'existence d'uretères doubles du même côté. Il résulte de là que la pénétration oblique de l'uretère doit être une anomalie fort exceptionnelle, puisqu'elle est bien plus rare qu'une anomalie déjà peu commune, le dédoublement d'un uretère ¹.

Mentionnons enfin, pour terminer ces considérations d'anatomie pure, que sur les bassinets normaux que nous avons examinés, nous n'avons jamais rencontré l'existence du moindre *repli*, de la plus petite valvule au niveau de l'extrémité supérieure, plus ou moins rétrécie, de l'uretère. La muqueuse en ce point (voir *Fig. VIII* et *IX*) était toujours absolument lisse, sans dépression ni saillie appréciable. Aussi considérons-nous comme pathologiques tous les plis valvulaires analogues à ceux que M. Hallé a figurés pour les uretérites. Les *Fig. VIII* et *IX*, qui représentent ouverts, après rédu-

1. Le dédoublement de l'uretère est une anomalie qui semble bien plus fréquente qu'on ne l'a dit, remarque faite déjà par M. Poirier à la *Société de Biologie*, 1891. L'observation de Braun, que nous citons dans ce travail (Obs. LIX), en est un exemple.

tion d'un tiers de leurs dimensions normales, les uretères des *Fig. IV* et *III*, montrent bien que le bassin et l'uretère, dans l'état habituel des choses, se continuent en ligne directe et à plein canal, sans qu'il y ait le moindre obstacle au cours de l'urine, à la manière d'un entonnoir ou plutôt du pavillon d'une trompette antique ¹.

Nous avons tenu à insister sur ces différents points, d'abord parce qu'ils nous serviraient bientôt à comprendre la pathogénie de l'hydronéphrose et surtout le phénomène de l'intermittence, puis parce qu'ils réduisent, croyons-nous, à leur juste valeur, les considérations vraiment trop théoriques développées par Hansemann au début d'un mémoire récent ². Nous devons reconnaître toutefois que les quelques constatations anatomiques faites par cet auteur sont assez analogues aux nôtres; le différend ne peut donc porter que sur leur interprétation.

II. Anatomie pathologique.

Lésions de l'Uretère dans l'Hydronéphrose intermittente.

Sur les 70 observations d'hydronéphrose intermittente que nous avons pu recueillir, il y a eu 7 autopsies et 10 examens de reins enlevés par la néphrectomie; malheureusement de ces 17 pièces documentaires, 8 seulement, dont 4 autopsies ³ (Hare, cas I; Thompson; Wilse; Morris, cas I) et 4 reins provenant d'opérations (Lloyd, cas II; Braun; Terrier, cas II; Quénu), peuvent nous être utiles. Deux autopsies, en effet, ne nous apprennent rien sur le sujet qui nous occupe (Tulpius, Johnson), car elles sont trop concises, et 4 reins enlevés n'ont pas été décrits avec détails (Koehler; Socin; Fowler, 2 cas). Enfin, 2 autres reins (Lloyd, cas I; Well) et une autopsie (Fürbringer, cas III) ont donné des résultats absolument négatifs. A ces 70 observations il faut ajouter encore, croyons-nous, la description purement anatomo-pathologique des cas d'hydronéphroses publiés par Hansemann ⁴ et de Rechter ⁵. Si nous n'avons

1. Nous croyons devoir ajouter un mot sur l'épaisseur des parois d'un bassin sain. A la moindre comparaison, on sera frappé de la différence qui existe entre ces dernières, si minces qu'elles en sont presque transparentes malgré leur grande résistance, et une poche hydronéphrotique, en revanche bien plus friable.

2. Hansemann. *Beitrag zur Mechanik der Hydronephrosen, nebst einigen casuistischen Mittheilungen*; in *Arch. f. path. Anat. und Phys.*, B^d CXII, H. 3, 2 juin 1888, p. 539. (An. in *Ann. Génito-urin.*, p. 363, 1889.)

3. L'une d'elles, celle de Hare, devrait en réalité compter pour deux, puisque la lésion était double.

4. Hansemann. *Loc. cit.*, p. 543 et 546.

5. De Rechter. *Contribution à l'anatomo-pathologie des Reins* (Hydronéphrose, etc.); in *La Presse médicale belge*, 12 avril 1891, n^o 55, p. 225 et 226.

pas voulu réunir ces examens aux observations précédentes, c'est parce que nous ne savons pas si réellement il s'agissait cliniquement d'hydronéphrose intermittente; mais la lésion nous semble tellement nette et concorde si bien avec cette hypothèse que nous avons cru devoir au moins rapprocher ces cas, bien étudiés, des faits tout à fait démonstratifs que nous énumérons à l'instant.

C'est donc avec ces descriptions de pièces que nous devons essayer d'ébaucher le point spécial d'anatomie pathologique qui est le *Deus ex machinâ* de toute la symptomatologie de l'hydronéphrose intermittente. Et, quoique nous n'ayons à notre disposition qu'un nombre aussi restreint de documents, ceux que nous possédons nous paraissent assez précis pour que dès maintenant il nous soit permis d'avoir une opinion sur ce petit chapitre de l'histoire de cette hydronéphrose. Qu'un jour on puisse trouver d'autres lésions de l'uretère, capables d'expliquer aussi cette forme clinique, cela n'est point impossible. Mais tout porte à croire que nous pouvons tracer d'ores et déjà, dans ses grandes lignes, le tableau des lésions qui lui donnent habituellement une allure si spéciale.

A priori, on pourrait, comme on l'a déjà tenté pour l'hydronéphrose en général, grouper de la sorte les lésions susceptibles de provoquer une hydronéphrose à forme intermittente.

I. Lésions de l'uretère.

A. Siégeant sur les parois de l'uretère lui-même.

- 1° A l'extrémité supérieure (pyélique ou rénale) de l'uretère :
 - a. — Flexion ou coudure de ce conduit;
 - b. — Pénétration à angle aigu sur l'une des faces du bassin;
 - c. — Développement d'une valvule au collet du bassin, sans coudure;
 - d. — Torsion de cette extrémité de l'uretère.
- 2° Sur la partie moyenne ou abdomino-pelvienne de l'uretère :
 - a. — Compression et torsion (tumeur de l'abdomen ou du petit bassin, brides, etc.);
 - b. — Tumeurs de l'uretère;
 - c. — Rétrécissement de l'uretère :
- 3° A l'extrémité inférieure ou vésicale de l'uretère :
 - a. — Oblitération par lésions des parois vésicales au niveau de cette extrémité de l'uretère (lésions de la vessie);
 - b. — Oblitération par tumeur ou déplacement des organes voisins.

B. Corps étrangers situés dans la lumière de l'uretère.

(Calculs, caillots, parasites, bouchons de pus, etc.)

II. Lésions de l'urèthre.

- a. — Oblitération par hypertrophie de la prostate;
- b. — — par rétrécissement de l'urèthre.

Malheureusement une telle classification n'est, jusqu'à présent, que théorique, au moins pour l'hydronéphrose intermittente. Certes, elle est trop rationnelle et trop compréhensive pour ne pas renfermer la vérité tout entière; mais son principal défaut est précisément son excès d'amplitude. Revenons donc, ces jalons posés, à l'étude des faits, dont la valeur est autrement grande. Voici d'ailleurs les seules altérations anatomiques qui aient réellement été observées jusqu'ici.

1° *Lésions de l'extrémité supérieure de l'uretère.*

a). — *Flexion* ou *coudure* de ce canal à son entrée dans le bassin, avec *adhérence* plus ou moins intime du point de flexion à la paroi de la poche hydronéphrotique.

b). — *Pénétration oblique* à angle aigu de l'uretère à travers la paroi du bassin (Insertion à angle aigu).

2° *Lésions de l'extrémité inférieure de l'uretère.*

Oblitération passagère par une *production néoplasique de la vessie.*

Nous pouvons maintenant étudier avec précision les caractères de chacune de ces lésions. Nous y trouverons la clé du mécanisme de l'hydronéphrose intermittente.

1° — *Lésions de l'extrémité supérieure de l'uretère.*

a). *Coudure de l'uretère avec accollement au bassin.* — Cette lésion a été rencontrée, toutes choses égales d'ailleurs, avec une fréquence qui montre bien quel rôle capital elle doit jouer dans l'affection qui nous occupe. L. Landau en avait d'ailleurs bien soupçonné toute l'importance, mais il n'avait pas tenté de montrer, pièces en mains, sa réelle prépondérance.

C'est, de plus, une de celles qui ont été le mieux observées, le mieux décrites. Elle a été signalée, dès 1857, pour la première fois par Hare dans sa belle observation d'hydronéphrose intermittente double (Obs. III). Laissant à dessein de côté tout ce qui concerne le volume, la forme, les rapports des sacs hydronéphrotiques (on se rappelle que, dans ce cas, il y avait eu successivement hydronéphrose intermittente des deux côtés, d'abord à gauche, puis à droite), nous ne voulons retenir ici l'attention que sur ce qui se rapporte à l'uretère du côté droit. La lésion, à gauche, était de même nature : mais elle était parvenue à une phase plus avancée, puisque de ce côté, bien avant la mort, l'hydronéphrose était devenue définitive ¹.

1. Aussi, au-dessus du point de flexion, l'uretère gauche, complètement obli-téré, s'était-il notablement *dilaté*, comme cela doit forcément se produire quand l'obstacle qui s'oppose à la descente de l'urine devient absolument infranchis-sable. Nous reviendrons sur ce point à propos de la transformation de l'hydro-néphrose intermittente en hydronéphrose fermée ou définitive.

A l'autopsie, rédigée avec un soin et une clarté bien rares dans les observations de ce genre, on trouva l'uretère *droit*, à peu de distance de son origine, fortement replié sur lui-même par rapport à son grand axe. Au niveau de ce repli, il était très intimement accolé à la face superficielle de la partie inférieure du bassin dilaté par des adhérences fibreuses, assez solides, embrassant l'uretère comme dans une sangle. Cette sangle était devenue, dans les derniers jours de la maladie, si serrée que la perméabilité du canal avait disparu complètement. En effet, lorsque après avoir énucléé le sac hydronéphrotique, on voulut essayer de le vider en le prenant entre les mains et en le pressant fortement, on ne put faire sortir aucun liquide du bassin par l'uretère. L'hydronéphrose, restée intermittente pendant longtemps, s'était, au moment des accidents mortels, transformée en hydronéphrose définitive : la sangle fibreuse, agissant à l'extérieur du canal, l'aplatissait sur le bassin et l'obstruait complètement. A remarquer aussi ce fait très intéressant : au-dessus et au-dessous de cette barrière, l'uretère était tout à fait normal. Ce qui montrait bien que l'oblitération, au niveau de la flexion, ne datait que de fort peu de temps : ce qui d'ailleurs était facile à prévoir en tenant compte des symptômes observés pendant la vie.

Il fut facile de prouver que cette bride fibreuse était la cause de tout le mal, c'est-à-dire de la flexion de ce point de l'uretère et de sa fermeture complète tardive. En effet, à peine eut-on, avec un scalpel, détruit les tissus fibreux qui bridait ainsi l'uretère et unissaient le point de flexion au bassin, qu'immédiatement ce canal reprit sa forme habituelle; et que le liquide, accumulé dans le bassin, jaillit par l'extrémité sectionnée au-dessus de la vessie.

Dans le cas de Wilse (Obs. VIII), qui date de 1873, le Pr Heiberg constata de même à la nécropsie que l'uretère ne se réunissait pas suivant une ligne droite avec le bassin. Il décrivait d'abord une ligne courbe, à convexité supérieure (flexion); et il s'était formé là une sorte de repli, qui, à son dire, devait obstruer le canal quand il y avait une certaine accumulation d'urine dans le bassin.

Sur un rein extirpé par la voie lombaire, Lloyd (Obs. XXIV) note aussi expressément que l'oblitération était due à la flexion de l'uretère.

Le rein, enlevé par Braun (Obs. LIX), présentait une disposition qui rentre certainement dans cette catégorie de faits, mais qui est un peu plus complexe que celles que nous avons signalées jusqu'ici. Sur cette pièce, fait digne de remarque, il y avait 2 uretères : l'un, *b*, absolument oblitéré, mais parfaitement reconnaissable à sa musculature et à sa structure; l'autre, *a*, qui seul devait fonctionner à la fin

de la vie du malade, et qui seul, par conséquent, nous intéresse au point de vue du mécanisme de l'hydronéphrose intermittente, était nettement perméable.

Cet uretère s'ouvrait cette fois vers la partie supérieure du bassin¹. Il était *coudé* en ce point et intimement adhérent à la surface de la poche hydronéphrotique. De plus, comme le montre bien la figure de Braun que nous reproduisons ici, il était appliqué sur le bassin² par le second uretère, complètement imperméable et adhérent lui aussi à la face externe du sac. Ici donc cet entrecroisement des uretères venait compliquer les choses et agissait certainement dans

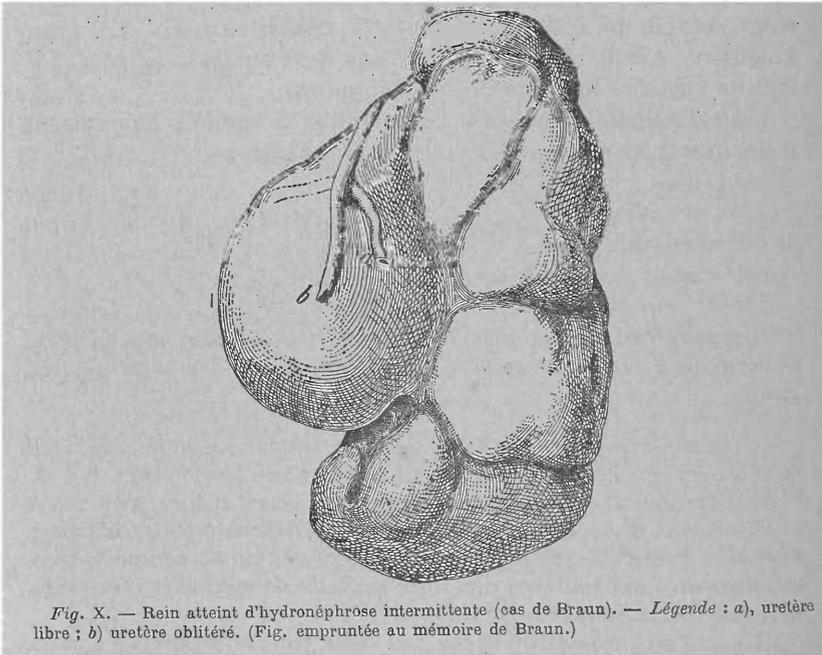


Fig. X. — Rein atteint d'hydronéphrose intermittente (cas de Braun). — *Légende* : a), uretère libre ; b) uretère oblitéré. (Fig. empruntée au mémoire de Braun.)

le même sens que la flexion et l'adhérence de l'uretère susceptible encore de fonctionner comme voie de dégagement pour l'urine.

De plus, comme on pourra s'en convaincre en parcourant la description de la pièce anatomique que nous avons pris soin nous-mêmes de rédiger avec les détails les plus circonstanciés et en jetant les yeux sur la *Fig. XI* ci-jointe qui représente exactement ce que nous avons trouvé (Obs. Terrier, cas II), la lésion de l'uretère était de même ordre. Ici, toutefois, le point de flexion était plus rapproché

1. Cet uretère correspondait à la partie la moins élevée du rein.

de l'ouverture du canal dans le bassinnet que dans le cas de Hare. D'autre part, les tissus fibreux qui l'unissaient à la poche hydronéphrotique étaient très lâches, la maladie étant toujours moins avancée, encore à l'état d'ébauche, pourrait-on dire, si bien que sur la pièce conservée on ne les retrouve qu'avec peine : ils ont été presque complètement détruits pendant les manipulations qu'a demandées la préparation du bassinnet. Sur ce rein on constate en outre qu'il y a un léger déplacement de l'insertion de l'uretère sur le bassinnet. (On en trouvera la description complète dans l'observation ci-dessous.)

Mais cette insertion vicieuse nous semble être précisément une conséquence, comme la flexion d'ailleurs, des fréquents déplacements du rein qui était nettement mobile. A noter aussi — fait moins important et évidemment surajouté aux deux autres — la légère torsion de l'uretère lui-même sur son grand axe.

Voici d'ailleurs *in extenso* l'observation à laquelle nous venons d'emprunter les éléments de cette description trop abrégée.

Observation LXVI.

TERRIER, cas II (inédit).

Hydronéphrose intermittente à droite par coudure de l'uretère. Rein déplacé. Infection légère. — Néphrectomie lombaire. — Guérison.

1. *Histoire clinique.* — Mlle A... Louise, trente ans, couturière, entre dans le service de chirurgie de l'hôpital Bichat le 6 février 1890.

a. *Antécédents.* — Cette jeune femme, grande et maigre, a été réglée à treize ans et demi; depuis cette date, les menstrues ont été parfaitement normales. Pas d'enfants, ni de fausses couches. Son père se porte bien; sa mère serait asthmatique; une sœur se plaint de migraines; les autres, frères ou sœurs, sont bien portants.

Mlle A... est déjà entrée, il y a huit mois, dans le service du docteur G. Lacombe, toujours à l'hôpital Bichat, et y a été traitée d'une *fièvre typhoïde* assez grave. Lors de sa convalescence, Mlle A..., qui présentait des troubles du côté de la sécrétion rénale, fut placée dans mon service et séjourna une première fois (24 août 1889 au 25 décembre 1889).

b. *Début.* — C'est vers l'âge de quatorze ans que la malade ressentit les premières atteintes de son affection rénale : à des époques assez irrégulières, une ou deux fois par mois, par exemple, elle ressentait dans la région lombaire droite, des douleurs sourdes, continues, s'irradiant vers le membre inférieur correspondant. Ces crises avaient une durée moyenne de un jour à un jour et demi. Il n'y avait pas d'autres phénomènes à noter que cette douleur abdominale profonde; les urines

restaient normales, sans expulsion de graviers; il n'y avait pas d'accidents généraux.

Dans l'intervalle des accès, la santé restait parfaite; aussi pendant assez longtemps, la malade s'inquiéta assez peu de cet état passagèrement douloureux.

Depuis trois ou quatre ans, aux phénomènes décrits plus haut est venu s'ajouter un nouveau symptôme: Mlle A... a remarqué qu'au moment des crises de douleur, il se formait une tuméfaction du côté de la région rénale droite, tuméfaction qui atteignait les dimensions d'une tête de fœtus de 6 mois, et qui disparaissait au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, en même temps que cessaient tous les accidents douloureux.

Pendant son premier séjour dans mon service, les phénomènes notés ci-dessus furent parfaitement constatés; de plus, indépendamment de l'augmentation de volume du rein, on nota des phénomènes fébriles très accusés ¹, la température montant à près de 39° et s'abaissant ensuite, dès que la crise douloureuse passée, les urines reprenaient leur cours normal. Enfin, lors de la cessation des crises, les urines, rendues *en plus grande quantité*, étaient fort troubles et semblaient contenir un peu de pus.

Dans ces derniers mois, les accidents douloureux avec tuméfaction du rein, se sont reproduits assez fréquemment, et, depuis quinze jours, Mlle A... a eu trois crises, ayant duré chacune vingt-quatre heures.

c. État actuel. — Lors de son entrée à l'hôpital, Mlle A... ne souffre pas; l'état général est excellent et l'appétit conservé; un examen de la région du rein droit est tout à fait négatif; les urines sont rendues en quantité normale et n'offrent *aucun trouble appréciable*. Cet état persiste du 6 au 20 février. A cette date, la malade a ressenti la nuit des douleurs lombaires; toutefois les urines sont normales et la région rénale ne paraît que peu douloureuse à l'exploration. Température du matin, 37°,6; du soir, 37°,8.

Description d'un accès. — 22 février 1890. Les douleurs apparaissent pendant la nuit du 21 au 22 et avec leur maximum d'intensité. Pendant plus d'une heure, Mlle A... est en proie à de violentes douleurs qui lui font pousser des cris et se rouler dans son lit; puis les souffrances deviennent supportables; mais le facies est profondément altéré et d'aspect péritonitique; et le matin la malade est dans un état de semi-prostration. Il y a un peu de fièvre: 38°,6, des nausées, mais pas de vomissements.

L'examen de la région lombaire est rendu difficile par suite de sa sensibilité exagérée. Elle n'est pas déformée, au moins d'une façon appréciable à la simple inspection. Mais, en déprimant avec douceur la paroi abdominale, on arrive sur une masse, ovoïde plutôt qu'arrondie, à grosse extrémité supérieure, répondant à la région lombaire et à petite extrémité paraissant être sur le trajet de l'uretère. En fait, la tumeur paraît

1. *L'infection du rein mobile*, déjà *hydronephrotique*, semble être la conséquence de la fièvre typhoïde mentionnée plus haut.

située *un peu plus bas* que le rein normal. La main, appliquée sur la face postérieure de la région rénale, renvoie l'impulsion à la main placée en avant d'elle; et on y perçoit une sorte de fluctuation profonde assez obscure. Les dimensions de la tumeur peuvent être comparées à celles d'une tête de fœtus à terme. Les urines, qui les jours précédents atteignaient 1900 grammes en vingt-quatre heures, sont réduites à 1200 grammes; mais elles ont un aspect et une composition normale. La température du soir est de 38°,2.

23 février. — Température, 37°. Les accidents douloureux ont disparu et le volume de la tumeur rénale est réduit de moitié. Dans l'après-midi, les urines sont *purulentes*, mais plus rares, à peine 1000 grammes en vingt-quatre heures. La température du soir est de 37°.

24 février. — Tous les accidents locaux et généraux ont disparu. C'est à peine si par une pression vigoureuse, exercée dans la région du rein droit, on réveille un peu de sensibilité; la tumeur est à peine perceptible. Les urines contiennent encore beaucoup de pus; il y en a 1000 grammes en vingt-quatre heures.

25 février. — Le pus a disparu des urines; il y en a 1200 grammes en vingt-quatre heures.

Les 2 et 3 mars, l'état général est redevenu excellent, et la quantité d'urine éliminée en vingt-quatre heures est remontée au taux de 17 à 1800 grammes. Notons que la malade est soumise au régime du lait mixte et qu'elle prend par jour 4 à 6 grammes de borate de soude depuis son entrée à l'hôpital.

2. *Opération.* — L'opération est faite le 4 mars 1890, en dehors d'un accès, avec l'aide de mon ami et collègue, M. le Dr Quénu; M. le Dr Péraire anesthésie la malade; M. Baudouin y assiste.

Incision sur le bord externe de la masse sacro-lombaire droite; cette incision commence en haut au niveau de la dernière côte et s'arrête en bas à la crête iliaque. On arrive au carré lombaire et à l'aponévrose du transverse. Le carré est désinséré en bas sur la crête iliaque et repoussé latéralement en dedans; l'aponévrose du transverse est sectionnée. Ceci fait, le tissu cellulo-graisseux du rein est peu à peu incisé et dissocié; il est très abondant et, en l'incisant, j'ouvre le péritoine, en haut de la plaie lombaire. Un instant on peut penser que le rein était entouré d'un méso; mais il fut vite reconnu qu'on se trouvait au niveau de la face inférieure du foie, *au-dessous duquel le rein n'était pas placé.*

L'exploration, faite toujours par la plaie péritonéale agrandie, permet de constater que *le rein était situé vers la partie supérieure de la fosse iliaque*, en bas de l'incision lombaire que nous avons faite. Il était *déplacé, immobilisé* et augmenté de volume avec des bosselures multiples, appréciables au toucher.

La plaie, faite au péritoine, fut alors suturée à l'aide de fils de soie fins et on plaça 4 sutures avec l'aiguille de Reverdin, chacune de ces sutures comprenant une double anse si bien que serrée la plaie était d'autant plus rétrécie.

Pénétrant alors dans le tissu cellulo-graisseux de la partie inférieure de notre incision lombaire, et faisant immobiliser et repousser le rein malade par un aide exerçant une forte compression sur l'abdomen au niveau de l'organe altéré, on put arriver à la surface de la capsule rénale et commencer à l'isoler des parties voisines. De nombreuses *adhérences* celluluses sont déchirées avec les doigts; quelques-unes plus résistantes doivent être sectionnées avec des ciseaux; aussi est-il nécessaire de placer quelques pinces hémostatiques sur les vaisseaux intéressés.

En énucléant le rein, on aperçoit une poche offrant les dimensions d'une mandarine, poche qui n'est autre d'ailleurs que le bassinnet distendu et rempli de liquide. A mesure que se présentent les vaisseaux, ils sont saisis entre deux pinces courbes, ou deux pinces à pression (modèle américain) et liés ultérieurement. Ces vaisseaux semblent d'ailleurs ne pas former un paquet compact, mais ils semblent dissociés et former deux faisceaux principaux, l'un en haut, l'autre en bas de l'uretère. Ce canal est isolé, disséqué sur une certaine étendue et sectionné en prenant soin de l'obturer avec une pince à pression américaine; puis on le touche avec une petite éponge, imprégnée de solution phéniquée forte (au 20^e).

Le rein est enfin enlevé et les vaisseaux sont liés isolément; des débris cellulo-graisseux sont aussi excisés, après avoir été liés à la soie. Restent deux canaux, dont l'un est certainement l'uretère, qui sont liés et dont les chefs des ligatures sont conservés pour être placés en dehors des téguments et ne pas infecter la plaie lombaire. Un tube à drainage, du volume du petit doigt, est placé dans la profondeur de la plaie et parallèlement à elle; un autre tube plonge presque perpendiculairement, en bas de la plaie; il est bien plus court que le précédent, mais de même calibre.

La plaie est alors suturée avec 8 crins de Florence; de plus les anses des fils à ligature placés sur l'uretère, et peut-être sur une grosse veine, sont passés à l'aide de l'aiguille de Reverdin dans les deux lèvres de la plaie et servent à l'unir à ce niveau, car ces anses sont liées ensemble. L'extrémité des deux canaux liés fait saillie au dehors, et est encore soigneusement désinfectée avec la solution forte. Pansement avec de la poudre de salol et de la gaze iodoformée entourant une large et épaisse éponge préparée antiseptiquement. L'opération a duré environ une heure.

3. *Suites opératoires.* — Le soir l'opérée va assez bien; elle a: T = 37°,1; R = 32; Pouls, 84. Elle a vomi les liquides ingérés, c'est-à-dire du champagne et de l'eau de Vichy glacés.

5 *mars.* — Il y a eu dix vomissements depuis l'opération; aussi la malade est-elle fatiguée, ayant peu dormi. 700 grammes d'urine en vingt-quatre heures. Température du matin, 37°,7; du soir, 38°. Pouls, 94 et 100; R = 35. Champagne, glace, eau de Vichy.

6 *mars.* — Les vomissements ont cessé; la malade se sent mieux et a dormi; 500 grammes d'urine. Température du matin, 37°,7; soir, 37°,8. Pouls, 88 matin et soir. Grog au rhum, glace.

7 mars. — L'amélioration continue; 500 grammes d'urine. Température du matin, 37°,2; soir, 37°,5. Pouls, 92 et 88; grog de glace, un peu de lait coupé d'eau de Vichy.

8 mars. — Apparition des règles. L'amélioration s'accroît; 500 grammes d'urine. T. matin, 37°; soir, 37°,4; même régime. Pouls, 88 et 92.

9 mars. — Très bon état; 900 grammes d'urine. Pouls, 80 et 88. T. matin, 37°; soir, 37°,3.

10 mars. — L'opérée urine 1000 grammes d'urine en vingt-quatre heures; elle se sent très bien et s'alimente. T. matin, 37°,2; soir, 37°,5. Pouls, 88.

Depuis cette date, la température a oscillé entre 36°,8 et 37°,2; quant aux urines, elles ont varié de 1000 à 1800 grammes pour vingt-quatre heures. Le 28 mars, la malade est considérée comme définitivement guérie.

4. *Résultats éloignés.* — Cette malade a été revue le 23 juillet 1890. Elle se portait à merveille. Elle n'accusait aucune douleur au niveau de la cicatrice, sauf lorsqu'elle se fatiguait outre mesure. Aucun trouble du côté des voies urinaires. En somme, guérison absolue.

Le 1^{er} mai 1891, la sœur de cette malade nous apprend qu'elle continue à se très bien porter; elle accuse simplement une légère fatigue au moment des règles.

5. *Examen anatomo-pathologique.* — La pièce anatomique comprend le rein *droit* et son bassinet dilaté; l'uretère a été sectionné à 1 cent. et demi de son point d'insertion sur le bassinet. Examiné par sa surface externe et sur une coupe, ce rein présente les particularités suivantes.

1° *Configuration extérieure.* (Voir *Fig. XI, a*). *Rein.* — Le volume de l'organe ne s'écarte pas beaucoup de la normale; toutefois son diamètre vertical paraît un peu augmenté de longueur, tandis que la largeur de la substance rénale a peut-être diminué légèrement. Voici en effet les dimensions présentées par la pièce, après un séjour de plusieurs mois dans l'alcool. Longueur : 12 centimètres; largeur, 4 cent. et demi. Comme celles d'un rein normal chez une femme sont de 11 centimètres et 6 centimètres, on comprend qu'il y a une certaine différence entre ce rein et un rein normal, car un rein diminue notablement de volume quand il demeure quelque temps dans l'alcool. Rien à noter de particulier au point de vue de la couleur, de la consistance, de la forme de l'organe.

Quelques bosselures à la surface, surtout sur la face antérieure. Poids du rein et du bassinet (Pièce conservée dans l'alcool) = 115 grammes ¹.

b). *Bassinets.* — Au niveau du hile, le bassinet constitue une poche ovoïde, à parois épaisses, résistantes sous le doigt, doublées d'une couche de graisse notable. Cette poche fait une saillie marquée hors de la concavité du bord interne du rein. Sur la pièce raccornie, elle présente les dimensions suivantes, mesurées à l'extérieur : largeur, 4 cent.

1. Bien entendu, sans les vaisseaux et sans la capsule adipeuse.

et demi; longueur, 7 centimètres. La *partie extra-rénale* du bassinet est donc dilatée d'une façon fort appréciable.

c). L'*uretère* ne naît pas tout à fait à la pointe de l'extrémité inférieure, arrondie, de cette poche, mais bien à 1 centimètre environ en arrière de cette pointe, du côté du rein, en un point qui correspond exactement, sur la *face postérieure* du bassinet, au niveau de son *bord inférieur*, et à 2 centimètres de la substance rénale.

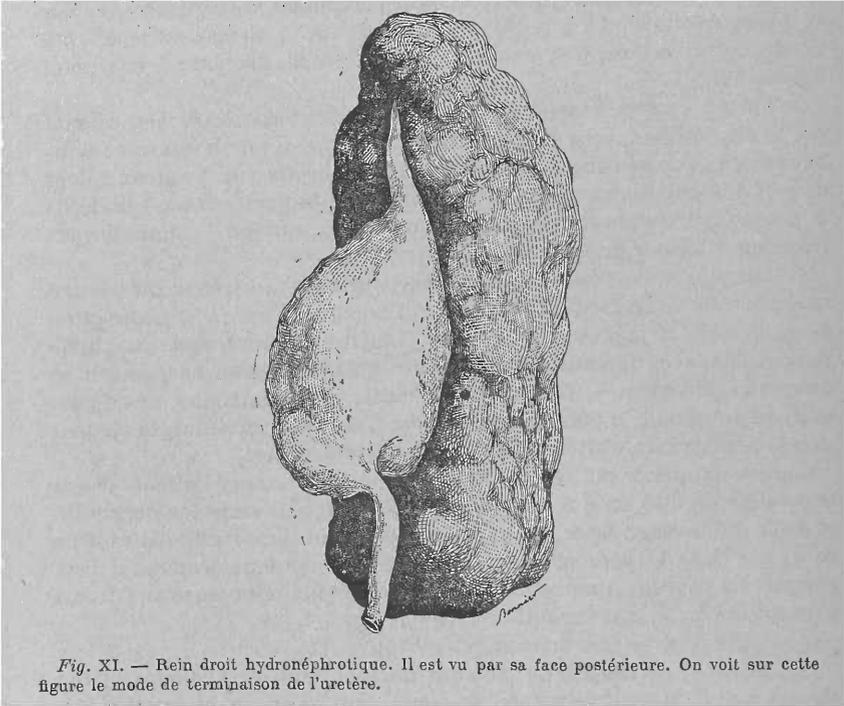


Fig. XI. — Rein droit hydronéphrotique. Il est vu par sa face postérieure. On voit sur cette figure le mode de terminaison de l'uretère.

Le point d'insertion n'est donc pas celui qu'on pourrait croire, si l'on s'en rapporte aux descriptions classiques, d'après lesquelles l'uretère naîtrait exactement à l'extrémité inférieure du bassinet, sur le prolongement de son plus grand diamètre.

Il s'implante, en réalité, ici, presque *perpendiculairement* à la surface extérieure de la face postérieure de la poche, de telle sorte que l'axe de son extrémité supérieure *coudée* fait avec le plan tangent à la convexité du bassinet en ce point un angle de presque 90°.

De plus, il est *tordu* sur son axe propre, mais dans une faible proportion, 25° peut-être. Enfin, à 1/3 de centimètre de son point d'origine, l'uretère se *courbe* à nouveau, presque à angle droit, pour se diriger vers le petit bassin.

En résumé, l'insertion de l'uretère se fait *près de l'extrémité infé-*

rière du bassin, sur sa face postérieure; on peut donc dire qu'elle est normale à cette poche et non située sur le prolongement du grand axe du bassin.

De plus, l'extrémité supérieure de l'uretère est coudée à angle droit et légèrement tordue sur son axe. Il y a donc réellement torsion, courbure, et insertion vicieuse à la fois.

La Figure XI donne une bonne idée de cette disposition intéressante.

Avant de se confondre avec le bassin, l'uretère s'élargit un peu. Sur la pièce ratatinée, l'uretère a un diamètre de 1 demi-centimètre, au niveau de sa section; il a presque 1 centimètre de diamètre à son point d'insertion.

2° Coupe verticale médiane. — Après une coupe verticale, passant par le plan médian, commençant par le bord convexe de l'organe et n'intéressant pas le bassin, voici ce que l'on constate sur les deux valves de section dont la charnière est constituée par la partie intra-rénale de la poche hydronéphrotique, plus vaste qu'on aurait pu le supposer par l'examen extérieur du bassin.

a). La substance rénale est atrophiée, surtout à la partie inférieure et au niveau de la face antérieure de l'organe. Il paraît y avoir plus de tissu sain à la face postérieure. (L'hydronéphrose, dans sa partie intra-rénale, s'est donc développée plutôt en avant et en bas, ce qui se comprend facilement 1.) La substance rénale a, sur la coupe, une épaisseur, en son point le plus large, de 2 cent. et demi; en avant, la dimension la plus grande n'atteint qu'un centimètre à peine.

Comme la pièce est restée longtemps plongée dans l'alcool, il est impossible de dire ce qui constitue, sur la coupe, la substance corticale et de la différencier de ce qui appartient à la substance médullaire. Pas de kystes dans le parenchyme, qui, en dehors de son atrophie, a l'air normal. La capsule fibreuse du rein n'est pas plus adhérente aux tissus sous-jacents qu'à l'état normal.

b). Poche hydronéphrotique. (Voir Figure XII.)

1° Calices. Les calices, au nombre de sept, sont très dilatés. Dans chacun d'eux, on peut introduire le pouce. Sur la coupe, on en voit 4 à droite (c'est-à-dire à la partie antérieure du rein), 3 à gauche (partie postérieure); ils s'enfoncent dans la substance rénale sous forme de larges galeries, terminés par un, deux ou trois culs-de-sacs assez vastes, au fond desquels on ne distingue pas les saillies bien nettes formées par des papilles.

2° Le bassin forme une poche qui, ouverte et étalée, comprend deux parties: l'une intra-rénale, dans laquelle débouchent les diverticules des calices; l'autre extra-rénale. La partie intra-rénale, sur la pièce conservée, mesure 8 centimètres de haut. La circonférence totale du sac hydronéphrotique n'a que 10 centimètres étalée, mais les parois sont notablement raccornies.

1. Influence de la pesanteur et de la stagnation de l'urine.

Au moment de l'opération (et cela se voit encore assez bien maintenant), la surface interne était lisse, polie, sans la moindre lésion. La muqueuse repose sur une paroi fibreuse, résistante, bien plus épaisse que dans un bassin normal. Mais si cette membrane fibreuse semble hypertrophiée dans presque toute son étendue, il y a des points (au moins un) où elle est légèrement amincie. (On voit des points sur la *Figure XII*.)

Au-dessous de l'épithélium courent, en se dirigeant vers l'orifice urétéral, une très grande quantité de très petits vaisseaux sanguins gorgés de sang foncé. Ils convergent tous comme les branches d'un éven-

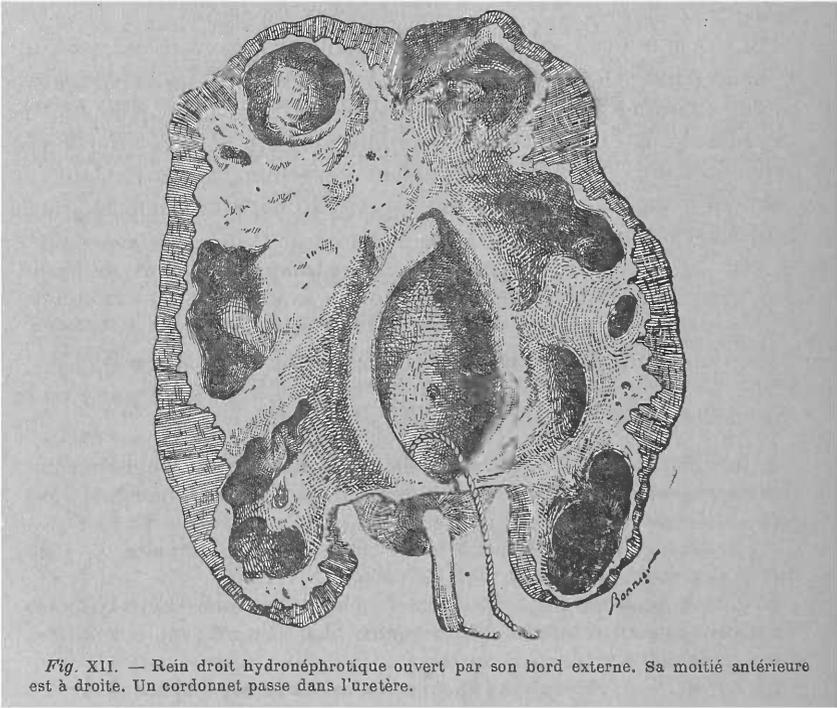


Fig. XII. — Rein droit hydronephrotique ouvert par son bord externe. Sa moitié antérieure est à droite. Un cordonnet passe dans l'uretère.

tail vers l'uretère et l'on dirait qu'au point où ce dernier était coudé, le sang éprouvait une certaine gêne à passer pour gagner les parois de l'uretère. La muqueuse du bassin forme au niveau de l'orifice urétéral une série de plis en éventails, fins, mais très nets et marqués surtout au point d'insertion de l'uretère. L'orifice de ce conduit dans le bassin, vu par sa face interne, ne présente rien de particulier. *Il n'y a pas de valvule* formée par la muqueuse. Le canal est facilement perméable et on y introduit sans peine une petite tige flexible, ou mieux une ficelle qui suit les coutures du conduit. La torsion et la coudure de l'extrémité supérieure de l'uretère étaient bien plus marquées au moment de l'opéra-

tion que sur la pièce anatomique déformée par le durcissement dans l'alcool. La poche, dans sa totalité, peut encore contenir au moins 50 grammes d'eau, c'est-à-dire 50 centimètres de liquide (vérification expérimentale approximative); par contre, au moment de l'opération, elle contenait au moins 100 grammes d'une urine de couleur jaunâtre, un peu trouble, mais non purulente.

Nous tenons à insister encore sur ce fait que *l'uretère ne rampe pas du tout sur la paroi* du bassin avant de s'ouvrir sur la muqueuse; il n'y a pas eu glissement, semble-t-il, des parties les unes sur les autres, mais déformation de la région où s'insère l'uretère par déplacement du rein.

Enfin dans le cas de M. Quénu (Obs. LXX), la coudure était encore moins marquée que dans le fait précédent, si bien que pour la dépister il a fallu examiner très minutieusement la pièce. Mais on se rappellera que les accidents étaient en somme assez récents (ils dataient d'un an à peine) et que cette hydronéphrose, infectée, était tout à fait à son début ¹.

Observation LXX.

QUÉNU (inédite ²).

Rein mobile droit. Crises douloureuses et hydronéphrose intermittente. — Néphropexie. Infection légère de l'uretère : Pyonéphrose intermittente. — Néphrectomie lombaire. — Guérison.

I. HISTOIRE CLINIQUE. — Mme Louise Ch....l, âgée de vingt-cinq ans, infirmière, entre à l'hôpital Cochin, service de M. le Dr Quénu, le 9 janvier 1891, salle Boyer, n° 11.

a). *Antécédents.* — Mère, morte de tuberculose pulmonaire. — Père, décédé des suites d'une affection du cœur.

Réglée à quatorze ans, elle a eu, à vingt-deux, une fièvre typhoïde. Un accouchement à terme à vingt-quatre ans. Elle n'a jamais rendu de gravier dans ses urines.

b). *Début.* — C'est de suite après son accouchement que cette malade a commencé à ressentir des douleurs dans la région lombaire droite. Ces douleurs avaient à leur début les caractères des névralgies; elles présentaient des irradiations mal définies.

1. On remarquera qu'aucun des cas que nous venons de citer n'est superposable à l'un quelconque des autres. Ils constituent tous des degrés divers de la même lésion, depuis celui de M. Quénu jusqu'à celui de Hare, ce qui nous permet de mieux saisir le développement de l'affection. On notera aussi que les pièces anatomiques modernes, fournies par la néphrectomie, correspondent à des stades peu avancés : ce qui montre que les chirurgiens opèrent en général au bon moment et ne laissent pas la maladie arriver à une phase très éloignée du début des accidents.

2. Observation rédigée par M. Lamotte, interne du service, et par l'un de nous.

Au mois de mars 1890, cette femme fut prise pour la première fois d'une *crise douloureuse* fort intense. De mars en juin, il y a eu trois crises analogues. Pas de crise de juin en septembre. Elle a eu depuis cette époque des crises le 6 octobre, le 13 octobre, le 1^{er} novembre, le 9 décembre, le 9 janvier 1891.

Ces crises n'ont jamais eu le moindre rapport avec les règles et sont survenues dans des circonstances diverses.

En moyenne chaque crise dure de 1 à 2 jours et s'accompagne d'une élévation de température. Il y a des symptômes importants : altération des traits, vomissements verts, répétés pendant l'accès; *besoin constant d'uriner*. Malgré cette sensation, pendant la crise, elle *urine extrêmement peu*. Elle n'a pas remarqué si, à la fin de l'attaque, elle rend plus d'urine que d'habitude.

c). *Etat actuel* le 9 janvier 1891. — Cette malade rentre dans le service en pleine crise (39° le soir); et l'accès présente son maximum d'intensité le lendemain 10 janvier.

Ce jour-là, on constate en outre l'existence d'une *tumeur* dans la région rénale droite et l'on reconnaît qu'il s'agit d'un *rein mobile*, dont le déplacement est peu considérable.

La température est de 39° le matin, le soir de 40°,2. Cette tumeur est extrêmement douloureuse; la région voisine est hyperesthésiée.

Le 11, au matin, la température est retombée à 37°,8; le soir, il y a encore 38°,6. Mais les jours suivants, le thermomètre revient à la normale. — Les urines examinées à ce moment ne contiennent ni pus, ni albumine et paraissent normales : la crise est terminée.

Le 14 février, il se produit une nouvelle crise : il y a 39° le soir. Le 15, T. 38°, 3, le matin; le soir, 37°,8. Cet accès semble n'avoir été qu'ébauché. Et, en fait, un plus intense survient le 21 au soir (T., 39°,2). Le 22, T. m., 38°,8; T. s., 39°,6. — Le 23, 39° encore le soir; le 24, 38°,4 le soir; les jours suivants, 37° environ, dès que l'accès est passé.

Malade de constitution chétive, petite, pâle, anémiée et amaigrie. Parois abdominales flasques; ventre souple dans l'intervalle des crises, ce qui n'a pas empêché de faire porter au moment d'une crise le diagnostic de *péritonite localisée*. L'état général est si peu brillant que l'on a cru à de la tuberculose pulmonaire. Dans l'intervalle des accès, il persiste une douleur lombaire vague, paraissant siéger surtout vers le hile du rein; cette douleur est très exagérée par la palpation abdominale; à la région postérieure, elle est moins marquée.

Cette femme est réellement névropathe, pleure à chaque instant sans cause et se désole. Elle réclame à tout prix une intervention. On lui propose la Néphropexie.

II. 1^{re} OPÉRATION. — *Néphropexie* le 7 avril 1891¹. — Incision verticale de 12 centimètres, à 5 centimètres de la colonne vertébrale. Le rein est amené au niveau de l'incision lombaire par la main d'un aide qui le refoule

1. M. Baudouin assiste à l'opération.

en pressant sur l'abdomen. Son *bord externe* se présente dans la profondeur de la plaie. (On ne voit pas la face postérieure.) Les parties conjonctives qui l'entourent semblent légèrement enflammées; des adhérences fibreuses assez solides le rattachent aux parties voisines qui saignent facilement. La *périnéphrite* est manifeste, mais peu intense. Le bord postérieur du rein, seul vu au cours de l'opération, paraît normal : on n'y remarque aucune bosselure notable. On résèque sur une étendue de 3 centimètres carrés la capsule propre du rein au niveau de la partie moyenne de ce bord et suture cette capsule à l'aponévrose du carré des lombes. Les fils passent à travers la capsule au niveau des limites de la partie réséquée.

Réunion sans drainage.

Suites opératoires très bonnes. La malade urine de 700 à 800 grammes, le 7, le 8, le 9 et le 10. Le 11, 900 grammes; le 12, 1200 grammes; le 13, 1100. Le 14, 1400 grammes. Pas de douleurs. La malade se croit complètement guérie.

Suites. — Le 10 mai, *nouvelle crise douloureuse*; 38°,4 le soir. Le 11, T. m., 39°,2; le soir, 40°,2. Le 12, 38°,5.

Le 13, tout revient à la normale; mais les urines restent purulentes, à partir de cette crise. C'est la première fois qu'on constate du pus dans les urines dans l'intervalle des accès. Biborate de soude.

En mai, analyse des urines : 1500 grammes en vingt-quatre heures. Coloration jaune pâle, mais trouble. Réaction acide; 12 grammes d'urée. Pas de sucre; 0,40 centigrammes d'albumine. Quantité notable de pus.

10 juin 1891. — L'un de nous examine cette malade avec soin. Elle est à nouveau désolée, persuadée que son rein s'est décroché complètement et qu'une autre opération sera nécessaire. Malgré cela, elle souffre beaucoup moins qu'avant la néphropexie.

Le rein est parfaitement fixé dans sa loge et n'est pas mobile. Il est logé sous le foie et on ne sent que sa partie inférieure. Il n'y a pas trace de tumeur dans la région de l'hypocondre droit, comme auparavant. Douleur à la pression au niveau de la partie inférieure et interne du rein, surtout près du hile; mais la malade prétend que la douleur qu'elle ressent spontanément siège plutôt en arrière, dans la région lombaire, vers le milieu de la cicatrice de la néphropexie. Cette douleur est profonde et n'a rien à voir avec cette cicatrice. Quand on appuie en ce point, on l'exagère notablement.

Il y a en outre un autre point douloureux spontanément; il siège dans la fosse iliaque à trois travers de doigt au-dessous du rein. Il semble placé sur le trajet de l'uretère droit. Le malade accuse une douleur assez vive quand on palpe cette région et déprime la paroi abdominale, qui est souple d'ailleurs. Pas de tympanisme et exploration facile à cause du peu d'embonpoint de cette paroi.

Les urines sont toujours troubles, mais contiennent moins de pus qu'il y a quinze jours.

Depuis cette époque jusqu'au 27 juin (la malade est sortie de l'hôpital

depuis quelques jours), il n'y a pas eu de nouvelle crise. Les urines sont de moins en moins troubles. Elles l'étaient à peine quand elle a quitté le service : l'uretéro-pyéélite semble avoir presque disparu. Les règles n'ont eu aucune influence depuis l'opération.

Nouvelle entrée à Cochin le 20 juillet 1891.

Cette malade, depuis sa sortie de l'hôpital, a eu une crise il y a quelques semaines.

Mais les douleurs persistent et, une ébauche de crise ayant eu lieu encore ces jours derniers, elle vient demander à nouveau une intervention chirurgicale.

En présence de la persistance des crises, de l'uretéro-pyéélite installée à demeure malgré son peu d'intensité, en raison de l'état général de cette malade qui ne se remonte pas et de son état nerveux, aggravé par la crainte continuelle des accès, M. Quénu se décide à faire une néphrectomie lombaire.

III. 2^e OPÉRATION. — *Néphrectomie lombaire*, le 22 juillet 1891, par M. Quénu. M. Baudouin assiste à l'opération. — Anesthésie chloroformique mouvementée. Cette malade, très nerveuse, s'endort très lentement. L'insensibilité totale n'est obtenue que difficilement; arrêts de la respiration à chaque instant.

Incision verticale, parallèle au bord externe du carré des lombes, étendue de la 12^e côte vers la crête iliaque, oblique en avant vers le bas. Au cours de la section des tissus sous-cutanés et des muscles de la région lombaire, on retrouve intacts les fils de soie qui avaient servi à faire la néphropexie; mais quelques-uns semblent résorbés, car on ne les retrouve pas à leur place.

Le rein est très bien fixé: sa surface extrême adhère sur une étendue de plusieurs centimètres aux parties musculaires sus-jacentes; ces adhérences doivent être détachées au préalable avant de chercher à isoler le rein. Comme la néphropexie a été faite après ablation d'un morceau quadrilatère de la capsule fibreuse, cette brèche est restée grande ouverte et pendant les manœuvres de décortication au niveau du point fixé les doigts s'y égarent, de telle sorte qu'on parvient à séparer le rein des parties voisines, mais on opère entre l'organe et sa capsule propre ¹. On ne s'en aperçoit que lorsque la décortication est complète. On se trouve de la sorte avoir fait une néphrectomie sous-capsulaire. Le rein ne tient plus que par les organes qui pénètrent dans son sinus. Au fond de la plaie, l'uretère est recherché, détaché, isolé des vaisseaux et dénudé sur une étendue aussi considérable que possible: 6 à 8 centimètres. Deux pinces à ligament large sont placées très loin sur ce conduit qui est sectionné entre ces deux pinces. La surface des deux sections est cautérisée au thermocautère. Les vaisseaux sont isolés et l'on place sur eux une ligature en chaîne, à la soie; puis ils sont sectionnés et le rein

1. La capsule n'adhérait pas au rein, ce qui explique pourquoi la décortication sous-capsulaire a été rapidement faite.

enlevé. L'uretère est lié à son tour, et le fil de soie de la ligature sert à le fixer au fond de l'angle inférieur de la plaie lombaire. Il reste une cavité profonde, au fond de laquelle apparaissent les ligatures posées sur les vaisseaux du hile du rein; c'est une poche hermétiquement close de tous les côtés et dont la coque est constituée par la capsule propre de l'organe. Drainage; suture des bords de la capsule aux bords de la plaie lombaire; suture des muscles et de la peau. Pansement à la gaze iodoformée.

Suites opératoires. — Très bonnes.

IV. EXAMEN DE LA PIÈCE. — Une dissection minutieuse de la pièce ¹ est faite sous l'eau par M. Baudouin. Après avoir isolé l'uretère des vaisseaux sanguins qui se trouvent dans le sinus du rein, en respectant avec grand soin la tunique celluleuse lâche qui enveloppe ce conduit, on constate sur l'uretère, flottant librement dans l'eau, l'existence de deux coudes. Le premier siège au niveau de son union avec le bassinnet : il est très net. Le second est à 2 centimètres et demi plus bas : ce dernier est bien moins marqué. Le premier coude forme un angle dont l'ouverture correspond à l'extrémité du rein qu'il encadre. Le second est situé dans un plan incliné à 45° sur celui du premier; ce deuxième angle a son sinus dirigé en arrière. Ici la coudure est très légère : il n'y a en somme qu'une sorte d'inflexion ², tandis qu'au niveau de l'extrémité inférieure du bassinnet la flexion de l'uretère est très visible. Il résulte de cette disposition que le bassinnet et l'uretère réunis forment un S majuscule tordu sur lui-même, la boucle supérieure de S représentant le bassinnet dilaté.

a. *Examen extérieur* : 1° *Voies d'excrétion de l'urine.* — Étudions successivement : le bassinnet; le coude de l'extrémité supérieure de l'uretère, l'uretère lui-même.

Le bassinnet a la forme d'une ampoule dont le grand axe (fond du sinus rénal au coude de l'uretère) mesure 5 centimètres et demi. L'axe vertical, parallèle au hile, mesure 6 centimètres et demi; au niveau de la partie moyenne de l'ampoule une ligne unissant les confluent des calices supérieur et inférieur n'a que 4 centimètres. En prenant le bassinnet entre les doigts, on reconnaît que ses parois sont très notablement épaissies : leur épaisseur est certainement 2 à 3 fois plus grande qu'à l'état normal ³.

1. Le soir même de l'opération, M. Quénu présentait le rein extirpé à la Société de Chirurgie. M. Bazy fit remarquer qu'on aurait peut-être dû enlever ce rein lors de la première intervention, puisqu'il était malade. M. Quénu et M. Terrier répondirent qu'au cours d'une néphropexie il est difficile de savoir si le rein, qu'on a à fixer, est malade; alors même qu'il est bosselé, cela n'est pas une preuve suffisante. Il vaut mieux, quand la maladie est douteuse et le rein mobile, fixer d'abord l'organe. S'il y a échec, il sera toujours temps de songer à la néphrectomie. (Voir *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, n° 8, septembre 1891, p. 533.)

2. Sur la pièce complètement disséquée et conservée dans l'alcool cette disposition a disparu, elle avait pour cause une légère rétraction localisée du tissu conjonctif péri-uretérin.

3. Il faut se rappeler que la paroi d'un calice normal semble à la palpation extrêmement mince, mince comme une feuille de papier.

Au niveau du *coude de l'extrémité supérieure de l'uretère*, on trouve comme on le voit en A sur la Figure ci-jointe (voir *Fig. XIII*) des brides celluluses insérées d'un part à la partie la plus inférieure du bord inférieur du bassinnet, d'autre part à l'uretère, à $\frac{3}{4}$ de centimètre du sommet de l'angle formant le coude.

Ces tractus conjonctifs semblent la raison d'être de ce coude; en effet ils empêchent d'amener l'axe de l'uretère sur le prolongement direct du

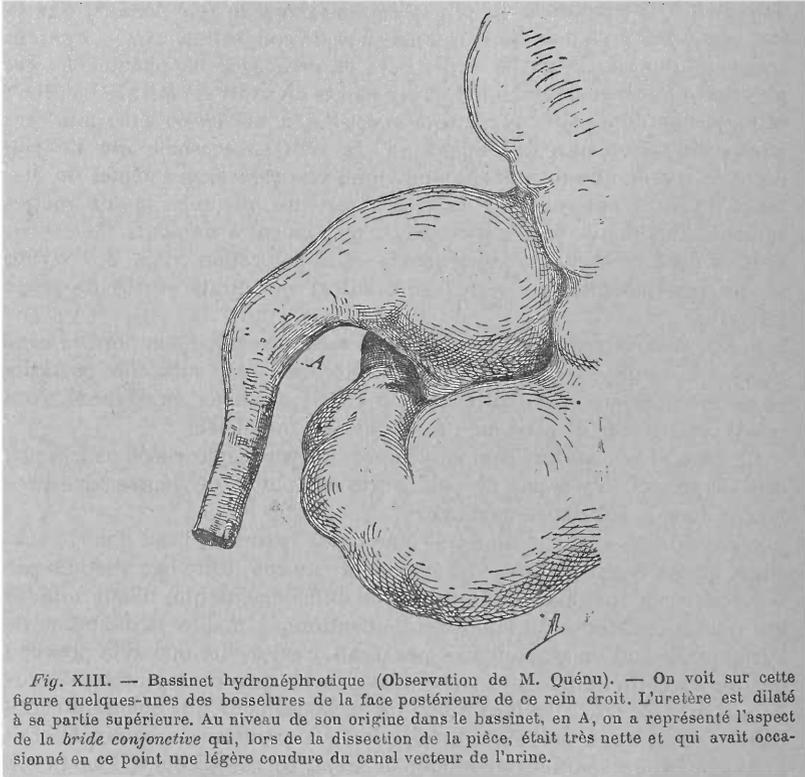


Fig. XIII. — Bassinet hydronephrotique (Observation de M. Quénu). — On voit sur cette figure quelques-unes des bosselures de la face postérieure de ce rein droit. L'uretère est dilaté à sa partie supérieure. Au niveau de son origine dans le bassinnet, en A, on a représenté l'aspect de la *bride conjonctive* qui, lors de la dissection de la pièce, était très nette et qui avait occasionné en ce point une légère coudure du canal vecteur de l'urine.

grand axe horizontal du bassinnet. Ils sont très friables; on les déchirerait certainement si l'on voulait exercer une traction assez forte sur l'uretère pour redresser sa partie supérieure. Certainement aussi, si la dissection de cette partie du rein enlevé n'avait pas été faite avec précaution, on aurait détruit ces tractus fibro-celluleux en cherchant à libérer l'uretère et l'on en aurait conclu que ce conduit ne présentait pas de coudure à son extrémité pyélique. Cette bandelette conjonctive semble être le résultat d'une irritation, localisée au niveau du collet du bassinnet, de l'espèce de gaine celluleuse très lâche qui entoure normalement l'uretère et enveloppe le bassinnet.

La partie de l'uretère enlevée avec le rein est dilatée et tortueuse, infléchie comme nous l'avons déjà signalé. Les parois sont épaissies comme celles du bassinnet, conséquence évidente de l'uretéro-pyérite diagnostiquée pendant la vie.

2° Le *Rein* droit a 11 centimètres de long sur 6 centimètres de large, dans sa partie la plus grande, et 3 centimètres d'épaisseur. Son poids, avec le bassinnet, est de 130 grammes. La surface est très bosselée, comme dans une hydronéphrose ou plutôt comme dans un rein fœtal¹. Sur la face postérieure on note quelques plaques de congestion avec coloration ecchymotique; à la partie supérieure de cette face ce phénomène est plus marqué. Au-dessous, on voit les points où avait été faite la fixation; cette partie, adhérente aux muscles voisins, a été isolée avec une certaine peine au cours de l'opération; la substance rénale est un peu déchirée à son niveau suivant une ligne verticale située à peu de distance du bord externe. Sur la face antérieure quelques points rouges saillants. Ces points sur une coupe correspondent à de petits cônes rougeâtres dont la base est superficielle et la coloration vive. A l'œil nu ils ne ressemblent pas à des tubercules; on dirait plutôt de petits infarctus.

b. Examen intérieur : 1° Rein. — Le rein ouvert par son bord externe suivant la coupe classique montre une altération de la substance corticale et de la substance médullaire. Sur la coupe ces deux substances n'ont que 3 centimètres d'épaisseur : l'atrophie est manifeste.

Le tissu rénal est dur, comme sclérosé. L'hydronéphrose étant très peu considérable, il n'y a pas de points très atrophiés, de dépressions profondes dans la substance médullaire.

2° *Bassinnet.* — Quand on verse une petite quantité d'eau dans le bassinnet, qui en reçoit peut-être 50 grammes environ, cette eau s'écoule par l'uretère sectionné, mais beaucoup plus difficilement que d'habitude (ce qui tient à l'existence du léger coude mentionné), malgré la dilatation de l'uretère. Quand on emploie très peu d'eau, c'est-à-dire quand la pression due au poids du liquide au niveau du coude est peu considérable, l'écoulement est très lent et il faut quelques secondes pour que quelques centimètres cubes d'eau puissent s'échapper. La muqueuse du bassinnet paraît normale; aucune saillie, aucun repli, aucun corps étranger. Pas de veinosités sur la muqueuse au niveau du collet, ce qui indique que la coudure n'a pas entravé la circulation veineuse; on note seulement de fins plis radiés au niveau du coude et en un point, au collet même, une petite tache ecchymotique, de la largeur d'une lentille. Au-dessous, à quelques millimètres, autre tache semblable, sous-muqueuse également, plus petite encore. Pas la moindre valvule au niveau de la coudure; on remarque seulement la présence de ces deux ecchymoses dans cette partie de l'uretère.

1. Les lobules, par leur groupement, semblent former trois lobes : un supérieur, un moyen et un inférieur.

Les calices sont dilatés, mais légèrement. En somme il y a dilatation des voies d'excrétion de l'urine, mais elle est tout à fait au début.

Au niveau du point de confluence des calices, il y a sur la face interne du bassinnet un cercle qui indique le point d'union. Sur la face interne de la muqueuse des calices on note l'existence de petites saillies grosses comme une tête d'épingle, comparables à de fins grains de semoule, de la même couleur que la muqueuse qui est pâle.

La muqueuse de la partie supérieure de l'uretère est normale aussi; aucune valvule; sa surface interne est simplement plissée (plis longitudinaux fins, anastomosés), ce qui lui donne un peu l'aspect d'un intestin de poulet.

En somme l'uretéro-pyérite constatée pendant la vie était très superficielle et fort peu intense.

Les autopsies de MM. Hansemann et de Rechter se rapportent à des faits de même genre au point de vue anatomo-pathologique. Au risque de nous répéter et de sortir de notre sujet, puisqu'on pourra nous objecter qu'il ne s'agit pas là d'hydronephroses intermittentes absolument démontrées, nous croyons devoir relever pourtant les passages suivants de leurs observations.

Dans un des cas d'Hansemann, le bassinnet du rein gauche avait la grosseur du poing. L'uretère l'abandonnait au niveau du centre même de son angle inférieur, puis se dirigeait horizontalement, pour se courber 1 centimètre plus loin, de façon à se diriger en arrière et en bas; *il n'était pas dilaté*. On pouvait remplir le bassinnet par la vessie, et, en le pressant avec force, on pouvait faire sourdre quelques gouttes de liquide : l'uretère était donc encore perméable. Au niveau du point de flexion, il y avait un repli valvulaire.

La constatation, faite par de Rechter, est tout à fait analogue : L'uretère, *non dilaté* et perméable, était *accolé* au bassinnet et présentait une flexion à angle aigu à son point d'origine; cette flexion avait aussi déterminé une véritable valvule oblitérant la lumière du canal.

Voici d'ailleurs la relation détaillée de ces autopsies.

Observations anatomo-pathologiques.

OBS, I. HANSEMANN (Résumé ¹).

Hydronephrose gauche (par flexion de l'uretère) *passée inaperçue. Atrophie du rein droit.* — *Autopsie.*

Guillaume J..., cinquante-neuf ans, mort d'attaque d'apoplexie. Pas de douleurs dans les reins. Albumine dans les urines.

1. Hansemann. *Loc. cit.*

Autopsie. — Le rein gauche, bosselé, à surface granuleuse, est plus volumineux que normalement (11 centim. \times 6 centim.). Le bassinnet a la grosseur du poing; il est surtout dilaté en avant, au-dessus de l'extrémité de l'uretère. Celui-ci sort du bassinnet à son angle inférieur, puis se dirige horizontalement pour se courber bientôt à 1 centim. environ et redescendre verticalement. Son volume est à peu près normal. Par la vessie, on peut remplir le bassinnet et le distendre; mais il faut exercer une certaine pression pour que quelques gouttes du liquide puissent ressortir. Après l'ouverture de la poche hydronéphrotique par le bord externe du rein, on constate à l'orifice urétéral une valvule dirigée de bas en haut et d'arrière en avant. La substance rénale présente toutes les lésions de l'hydronéphrose classique.

Le rein droit est tout différent. Il a la forme d'une masse petite, aplatie, ayant 4 centim. $\frac{1}{2}$ sur 1 centim. 8. L'uretère était perméable à partir de la vessie, jusqu'à 3 centimètres du rein; au-dessus de ce point, il était totalement oblitéré. En somme *atrophie remarquable* du rein droit, probablement congénitale, due sûrement à une *oblitération absolue*, très ancienne, de l'uretère ¹.

Obs. II. DE RECHTER (Résumé ²).

Hydronéphrose gauche, découverte à l'autopsie. — Rein déplacé.

Une femme, rentrée à l'hôpital de Molenbeck-Saint-Jean, pour un rhumatisme articulaire aigu, y succombe dans le service de M. le P^r Crocq, après quelques jours.

La malade étant très difficile à examiner, on n'avait pas soupçonné de lésions rénales.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on constate l'existence d'une tumeur fluctuante, occupant tout l'hypocondre gauche et ayant le volume d'un petit melon. Cette tumeur n'est autre que le rein gauche atteint d'hydronéphrose. La tumeur extirpée présentait un certain nombre de saillies secondaires qui auraient pu faire croire à l'existence d'un kyste.

En manipulant la tumeur, on constate que le liquide s'écoule *petit à petit* par l'uretère non dilaté et absolument perméable. Cet uretère était accolé au bassinnet et présentait une flexion à angle aigu à son point d'origine. A l'ouverture de la poche, on peut voir que de cette flexion résultait une véritable valvule ayant oblitéré la lumière de l'uretère et empêchant le liquide de couler. Les manipulations, en défléchissant le conduit, avaient rétabli la perméabilité.

Dans ce cas, la cause de l'hydronéphrose semble avoir été un *déplacement du rein*, une véritable flexion de cet organe sur l'uretère, laquelle

1. On sait que l'oblitération totale et brusque d'un uretère, si elle est aseptique, amène en général l'atrophie du rein et non la dilatation du bassinnet.

2. De Rechter. *Loc. cit.* — Il dit que c'est là un mode de production de l'hydronéphrose qui doit être très rare.

a entraîné, par le mécanisme sus-indiqué, la rétention d'urine dans le bassinnet ¹.

Le liquide renfermé dans le kyste était bien de l'urine (4 p. 100 d'urée); il y en avait 480 grammes.

L'examen histologique a été fait.

En résumé, dans ces 6 cas (Hare, Wilse, Lloyd, Braun, Terrier, Quénu) et dans les deux autopsies de Hansemann et de de Rechter, la lésion dominante était très nettement une *coudure marquée* de l'extrémité supérieure de l'uretère, coudure dont la permanence était certainement assurée par l'existence de tractus fibreux unissant le point de flexion à la surface du bassinnet. Tant que l'hydronéphrose resta intermittente, la lumière du canal ne fut jamais, bien entendu, complètement obstruée. Sa perméabilité varia seulement suivant des circonstances sur lesquelles nous aurons bientôt à nous appesantir.

Dans trois cas seulement, on a noté l'existence d'un *repli valvulaire au point de flexion*. C'est là, certainement, une lésion surajoutée, conséquence de la coudure et non pas, comme a pu le prétendre Hansemann ², une lésion primitive. Une preuve que ce pli n'est que de formation secondaire, c'est qu'il *manque dans certains cas* où il y a flexion (5 fois sur 8); c'est qu'il n'existe que dans des faits où il s'agit de lésions assez anciennes; *c'est qu'on ne l'a pas encore rencontré dans des autopsies à l'état isolé*. A remarquer aussi — Wilse ou plutôt Heiberg et de Rechter sont très affirmatifs sur cette particularité — que ce repli existe surtout dans le cas où la *coudure* la plus marquée siège *au niveau même du point d'union de l'uretère et du bassinnet*.

b). *Pénétration à angle aigu et oblique de l'uretère à travers la paroi du bassinnet*. — Une autre disposition a été encore observée; mais elle doit être extrêmement rare, car elle n'a été constatée que dans un seul cas. C'est la pénétration oblique de l'extrémité supérieure de l'uretère dans la paroi du bassinnet, d'une façon absolument analogue à ce qui a lieu normalement pour l'extrémité inférieure de ce conduit, au moment de son entrée dans la vessie.

L'observation de Thompson note expressément que l'uretère *s'engageait dans la paroi du sac hydronéphrotique à sa partie antérieure et inférieure et la traversait très obliquement*. Il devait cheminer, pendant une certaine étendue, dans l'intérieur même de la

1. C'est ce fait surtout qui nous a fait admettre que cette hydronéphrose avait dû pendant la vie être intermittente.

2. Hansemann. *Loc. cit.*, p. 547.

paroi, avant de venir s'ouvrir sur la muqueuse du bassinnet, à une notable distance de son point de pénétration à la surface externe de la poche. Il y avait donc là une sorte de tunnel creusé entre la muqueuse et la couche fibreuse constituant le bassinnet. Thompson ne trouva pas d'autres lésions capables d'expliquer l'intermittence des symptômes : pas le moindre calcul des voies urinaires, comme il l'avait cru avant la mort de son malade, etc. Aussi ajoute-t-il à la relation de l'autopsie la remarque suivante : « La disposition de l'uretère, pénétrant obliquement à travers la paroi de la poche hydro-néphrotique, explique suffisamment l'oblitération passagère de ce conduit; il suffisait que la poche fût distendue outre mesure pour que l'urine, pressant violemment sur les parois et comprimant l'extrémité intra-pariétale de l'uretère, ne puisse plus s'écouler au dehors. »

c). *Remarques sur les lésions de l'extrémité supérieure de l'uretère.* — Ici encore, on le voit, la lésion ne porte qu'à l'extrémité pyélique de l'uretère; le reste du canal vecteur des urines est tout à fait normal, comme dans les cas où il y a flexion. Sa partie supérieure n'est pas notablement dilatée; souvent même elle ne l'est pas du tout : ce qui prouve bien que la cause de l'hydronéphrose se trouve exactement à la jonction du bassinnet et de l'uretère. Nous insistons à dessein sur ce point, car nous allons voir qu'il n'en est plus ainsi quand le véritable obstacle uretéral siège beaucoup plus bas.

Remarquons-le aussi, pas plus dans ce cas que dans ceux où la flexion de l'uretère a été formellement notée, on n'a constaté, à l'autopsie ou à l'examen de reins enlevés par la néphrectomie, que la lésion primitive de l'extrémité supérieure de l'uretère consistait exclusivement en un *repli formé par la muqueuse* du bassinnet. Si, dans quelques cas, où il y avait d'ailleurs flexion manifeste de l'uretère, on a noté l'existence d'un tel repli, il ne s'agissait que d'un phénomène secondaire, nous le répétons, exclusivement dû à ce que la coudure de l'uretère avait lieu à son origine même : d'où l'apparition en ce point d'une légère saillie, en dedans, de la paroi du sac hydronéphrotique. Certes, nous ne prétendons pas qu'un jour pareille constatation, l'existence d'une *valvule véritable sans coudure urétérale primitive*, ne puisse être faite : une telle disposition n'est pas, *a priori*, impossible à admettre ¹; mais nous tenons à noter qu'elle

1. On sait combien elle est fréquente dans les uretéro-pyérites. (Voir les planches de la thèse de Hallé, surtout la planche pour les plis valvulaires du collet du bassinnet.)

n'a jamais été signalée seule dans les relations d'autopsies d'hydronéphrose intermittente publiées jusqu'à ce jour ¹.

Cette remarque, d'ordre négatif, a pour nous une réelle importance. Elle montre d'abord que l'hypothèse de Küster, déjà critiquée par Hansemann, ne repose jusqu'ici sur aucune constatation anatomique, pour l'hydronéphrose intermittente pure du moins. On sait en effet que cet auteur, s'appuyant sur certaines affirmations de Virchow et surtout de G. Simon, a prétendu que l'hydronéphrose acquise, en général, pouvait être due à l'oblitération de l'extrémité supérieure de l'uretère par un *pli valvulaire*, qu'il y ait ou non un autre obstacle à l'uriné, et que cette *valvule* devait avoir pour cause immédiate une *tuméfaction inflammatoire de la muqueuse du bassinnet* (Pyélite), susceptible de déterminer une invagination appréciable de cette muqueuse.

On pourra certes dire que cette tuméfaction peut diminuer après la mort ²; malheureusement l'examen des reins enlevés par la néphrectomie réduit à néant cette objection. On devrait sur ces pièces, immédiatement après l'opération, pouvoir retrouver cette tuméfaction — à supposer qu'elle existât — et le repli valvulaire qu'elle doit déterminer. Or, jusqu'ici, on n'a jamais rien constaté de semblable. Il suffit d'ailleurs de lire les descriptions si minutieuses de Hallé sur les plis valvulaires des uretéro-pyérites pour voir qu'il s'agit là, quoi qu'en pense Küster, de lésions toutes différentes de celles de l'hydronéphrose non infectée.

De plus, cette même remarque, à savoir la possibilité de l'*existence d'une soudure de l'uretère, sans valvule* à son orifice dans le bassinnet, démontre que l'hypothèse, proposée par Hansemann lui-même pour remplacer ou préciser celle de Küster, ne saurait être considérée jusqu'ici comme une véritable théorie, au sens propre du mot, puisqu'elle ne répond pas à la réalité des faits.

On sait que, pour cet auteur, c'est l'hydronéphrose une fois constituée qui amène d'abord le développement de la valvule : la flexion de l'uretère ne serait que la conséquence de l'apparition de ce repli à son embouchure. Pour lui, en effet, il y aurait formation d'une valvule toutes les fois que l'orifice de l'uretère correspondrait au point diamétralement opposé à la partie du bassinnet qui supporte le

1. Nous laissons, à dessein, de côté ici l'hydronéphrose congénitale.

2. Hare note expressément, dans son observation I, si précise et rédigée avec tant de soin, qu'il n'y avait pas la moindre lésion de la muqueuse du bassinnet du côté atteint d'hydronéphrose intermittente, au moment de la mort. De même Johnson (cas II), quoique les urines aient eu l'apparence laiteuse; mais il nous semble qu'il faut être plus réservé pour cette observation, moins probante.

maximum de pression de l'urine, c'est-à-dire au point où la tumeur a son maximum de développement. Et cela aurait lieu par conséquent quand ce maximum siègerait à la partie supérieure du rein. La valvule se développerait par refoulement excentrique ou plutôt par glissement d'un des bords de l'orifice au-devant de cet orifice lui-même.

Mais cette théorie, qui a le grand défaut d'être obscure et de s'appuyer sur des considérations d'ordre mécanique fort discutables, est, comme on l'a vu, contredite par plusieurs observations anatomo-pathologiques, celle de M. Terrier entre autres (Obs. LXVI). Nous n'insistons donc pas davantage.

Dans le chapitre suivant, en développant notre manière de voir sur la pathogénie de l'hydronéphrose intermittente, nous expliquerons avec des détails circonstanciés pourquoi nous avons dû considérer les *lésions de l'extrémité supérieure de l'uretère*, la *flexion* surtout, et non pas la valvule de l'orifice du bassinot, comme étant la *cause principale* de cette variété d'hydronéphrose. Et, comme nous montrerons en même temps que la grande majorité des hydronéphroses fermées ou définitives doivent être au début des hydronéphroses ouvertes ou plus ou moins intermittentes, au point de vue anatomo-physiologique au moins, sinon clinique, on voit tout de suite que ces simples constatations nécropsiques viennent détruire les théories proposées, pour les hydronéphroses acquises, par Simon, Küster, Hansemann et bien d'autres, théories qui s'appuient certainement sur des faits réels, mais, croyons-nous, mal interprétés.

Avant de clore ces remarques sur les lésions de l'extrémité supérieure de l'uretère, nous tenons encore à mettre en relief le point suivant, qui a un réel intérêt, comme on le verra dans un instant; dans aucune des autopsies faites jusqu'à présent, il n'a pas été possible de constater *de visu*, les organes étant en place, les rapports qu'il pourrait y avoir entre l'hydronéphrose intermittente et les reins mobiles ¹. C'est là une lacune fort regrettable à la vérité. En tous cas, de ce que l'anatomie pathologique reste muette sur ce point, il faut bien se garder d'en inférer que ces relations n'existent pas. La clinique va suppléer ici largement aux constatations cadavériques; nous en donnerons bientôt la preuve.

1. Nous ne considérons pas comme absolument probante l'affirmation de M. de Rechter, quoiqu'elle soit basée sur une constatation anatomique, puisque nous ne savons pas quelle fut la symptomatologie de l'hydronéphrose qu'il découvrit à l'autopsie; mais remarquons que, dans ce cas, M. de Rechter admet formellement l'existence d'un *déplacement du rein*. De plus, dans le cas de Wilse, on diagnostiqua bien cliniquement un rein mobile; mais, au cours de l'autopsie, on ne décrivit pas cette mobilité.

2°. — *Lésions de l'extrémité inférieure (vésicale) de l'uretère.*

Théoriquement il y aurait, à ce point de vue, disent les auteurs, plusieurs cas à distinguer. On verra, si l'on ne veut pas se payer de mots et de théories, qu'il y en a, en réalité, fort peu jusqu'à présent.

Oblitération momentanée par une production néoplasique (cancer de la vessie, etc.).

La fermeture passagère de l'uretère à son extrémité inférieure par un néoplasme quelconque de voisinage doit bien rarement être la cause d'une hydronéphrose intermittente. En fait, nous n'en connaissons qu'un exemple : il est vrai qu'il est très probant. Le cas de M. Morris est vraiment le prototype des lésions de ce genre.

Chez sa malade, il y avait hydronéphrose double; mais celle de droite seulement ayant été intermittente, nous ne mentionnerons que les altérations constatées de ce côté. La vessie était le siège d'une tumeur épithéliale, volumineuse, et il y avait, plus spécialement au-dessus de l'orifice de l'uretère droit, une masse ovale, non pédiculée, bourgeonnante, s'étendant vers la partie postéro-latérale droite du réservoir urinaire. A un moment donné, c'est cette partie de la tumeur qui devait comprimer l'extrémité inférieure de l'uretère droit; mais c'est là tout ce qu'apprit l'autopsie.

Nous discuterons d'ailleurs plus loin le mécanisme de l'intermittence dans les hydronéphroses dues à pareille cause. Il importe seulement d'ajouter que dans les cas de ce genre, comme cela se comprend facilement, *tout l'uretère lui-même doit être plus ou moins dilaté*, malgré la variété d'hydronéphrose à laquelle on a affaire ici. Or, dans le cas de Morris, cette dilatation était en effet assez considérable.

Remarques. — Tel est le bilan des huit examens anatomo-pathologiques que nous avons à analyser. Il est facile dès maintenant de voir que les sept premiers forment un groupe très caractérisé, qu'ils se rattachent manifestement à un même ordre de faits, et qu'ils doivent vraisemblablement constituer, au point de vue pathogénique, une catégorie spéciale d'hydronéphrose intermittente. Quant au dernier, unique jusqu'ici en son genre, il doit rentrer anatomiquement dans une classe à part dont il restera toujours le type.

C'est pour cette raison, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, que L. Landau se refuse à voir là un cas d'hydronéphrose intermittente vraie. Malgré l'avis de ce gynécologiste et avec Morris, nous persistons cependant à croire que, *cliniquement* au moins, la différence entre ces ordres de faits n'a pas de raison d'être; dans les deux cas, il y a bien *Hydronéphrose à symptômes intermittents*,

quelles que soient les nuances du tableau clinique. Mais nous n'en reconnaissons pas moins qu'il s'agit là de lésions causales tout à fait différentes. Aussi bien, pour désigner ces derniers cas, suffit-il de faire intervenir la notion anatomo-pathologique, la cause qui les produit, au lieu de recourir, comme Landau, au terme d'« Hydronéphrose récidivante », qui est, en réalité, synonyme d'hydronéphrose intermittente, qui ne saurait être que la source de distinctions cliniques imaginaires et qui a le grand défaut de ne rien expliquer au point de vue pathogénique.

3° — *Absence de lésions.*

Enfin nous ne devons pas oublier de rappeler que, lors de l'examen fort soigné de certaines pièces pathologiques, ayant trait à des hydronéphroses manifestement intermittentes, on ne trouve aucune lésion de l'uretère capable d'expliquer les phénomènes cliniques. Tels seraient, par exemple, les cas I de Lloyd (Obs. XXIII), de W. Fell (Obs. XXVII) et de Fürbringer (Obs. XL). Est-ce à dire que, pendant la vie au moins, l'uretère n'était pas *coudé*, *infléchi* ou *tordu*? Évidemment nous n'en savons rien, et c'est surtout pour ce qui concerne la *torsion* qu'il faut être réservé, car celle-ci disparaît facilement au cours d'une autopsie ou d'une néphrectomie. Nous avons rappelé que, sur la pièce de l'observation de M. Terrier (Obs. LXVI), l'uretère était légèrement tordu sur son grand axe ¹. Eh bien, nous n'hésitons pas à déclarer ici que, si nous n'avions pas examiné, de suite après l'opération, l'uretère avec un soin tout particulier, cette lésion aurait pu très bien nous échapper. La preuve c'est qu'aujourd'hui, sur la pièce conservée, elle est à peine appréciable. Mêmes réflexions au sujet de la *coudure* de l'uretère pour le cas de M. Quénu. On le voit, il faut donc aujourd'hui rester dans le doute ².

Aussi, à notre avis, il ne faudrait pas attribuer à ces faits négatifs une valeur qu'ils n'ont pas jusqu'à nouvel ordre. Une flexion, qui peut être parfois peu accentuée, et surtout une torsion de l'uretère peuvent avoir été détruites au cours d'une opération pénible, ou dans une autopsie exécutée trop rapidement, ou même avoir échappé à des médecins n'ayant pas encore eu l'attention attirée sur des cas semblables.

4° — *Lésions supposées théoriquement.*

Si quelques médecins n'ont trouvé aucune altération capable

1. C'est même le seul cas, connu de nous, où la *torsion* ait été nettement constatée.

2. Fürbringer dit lui-même d'ailleurs que, dans son cas, l'uretère était très tortueux.

d'expliquer l'affection, d'autres auteurs, sans raisons suffisantes, ont voulu faire jouer à certaines lésions, bien constatées dans des cas d'hydronéphroses fixes, un rôle dans la pathogénie de l'hydronéphrose intermittente. Nous tenons à noter, en terminant, que l'anatomie pathologique n'a apporté jusqu'à présent aucun appui à ces théories.

a. *Oblitération par compression d'origine extrinsèque et traction directe exercée sur cette extrémité inférieure.* (Prolapsus utérin.) — Virchow a cité en 1846, comme cause possible de l'hydronéphrose, une compression d'origine extrinsèque exercée sur l'extrémité inférieure de l'uretère. Il a rapporté à cette occasion une autopsie montrant nettement la réalité de l'existence de cette compression et Phillips aurait publié un fait analogue : un utérus prolapsé comprimait les uretères et les appliquait contre l'arcade des pubis. Dans ces cas, comme dans celui de Morris, les uretères étaient eux-mêmes *dilatés* et avaient participé à la distension du bassin.

Se fondant sur ces faits, L. Landau a dit qu'on devait prendre aussi en considération un tel mode d'occlusion de l'uretère, combiné à la *traction directe* ¹, comme cause de l'hydronéphrose intermittente, mais il n'a cité aucun fait clinique ou anatomo-pathologique à l'appui de son dire. Newman le premier (Obs. XXX) a tenté de démontrer cliniquement l'influence de cette cause en interprétant d'une certaine manière un fait de sa pratique, comme nous le verrons bientôt; mais, qu'on veuille bien le remarquer, il n'existe jusqu'à présent aucune autopsie établissant la réalité de l'hypothèse de Landau.

b. *Oblitération de l'uretère par un corps étranger* (calcul, caillot sanguin, parasite, vésicule hydatide, etc.). — Quelle que soit l'opinion que l'on ait sur les assertions théoriques de MM. Cole, Rockwel ², Lancereaux, etc., croyant à un calcul du bassin chez leurs malades, on doit remarquer que jusqu'à présent, aucune constatation anatomique de ce genre n'a été faite chez un sujet ayant succombé à une hydronéphrose réellement aseptique et à type franchement intermittent.

C'est tout ce que nous devons dire ici sur ces différents points que nous allons discuter plus à fond dans le paragraphe suivant. Il importait cependant de faire ces simples remarques pour réduire de suite à leur juste valeur certaines hypothèses, trop faciles à imaginer, mais aussi par trop difficiles à démontrer.

1. D'après Landau, le prolapsus déterminerait une *traction* sur les uretères, et cette traction entraînerait une diminution de calibre de ces conduits, de la même manière que s'il s'agissait d'un tube de caoutchouc. Nous trouvons la comparaison un peu forcée; en tous cas, ce n'est là qu'une hypothèse.

2. Dans ce cas de Rockwel, il n'y a pas eu d'autopsie; mais ce fait paraît cependant assez probant au point de vue clinique.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.

SOMMAIRE : § I. Des Hydronéphroses intermittentes acquises.

I. **Hydronéphroses de causes mal connues** : *a.* Déplacements rénaux ; *b.* Calculs du rein et du bassinot ; *c.* Caillots sanguins ; *d.* Bouchons purulents ; *e.* Spasme de l'uretère ; *f.* Enroulement de l'uretère autour des vaisseaux rénaux.

II. **Hydronéphroses dues à une lésion de l'extrémité inférieure de l'uretère** : *a.* Lésions de la vessie ; *b.* Lésions de l'utérus, du vagin, etc.

III. **Hydronéphrose intermittente dans les reins mobiles** (variété de beaucoup la plus importante, la seule intéressante en clinique) : 1° *Relations cliniques entre les reins mobiles et l'hydronéphrose* : A. De l'hydronéphrose fermée dans les reins mobiles. B. De l'hydronéphrose intermittente. — 2° *Pathogénie de l'hydronéphrose intermittente dans les déplacements des reins* : A. Lésions primordiales : *a.* Pénétration oblique de l'uretère dans le bassinot ; *b.* Coudure ou flexion de l'uretère. B. Lésions secondaires : Valve de l'origine de l'uretère. Rôle des lésions péripyéliquies (évolution aseptique). Rôle de l'infection dans l'hydronéphrose (évolution septique). C. Conditions de l'intermittence : Théorie du mécanisme. Expériences de contrôle. — 3° *Relations étiologiques entre les reins mobiles et l'hydronéphrose intermittente* : 1° Sexe : *a* Homme ; *b* Femme. 2° Côté atteint. — Remarques.

§ II. Des Hydronéphroses congénitales.

Au point de vue des conditions dans lesquelles l'Hydronéphrose intermittente a pris naissance, les observations que nous avons pu réunir peuvent être provisoirement groupées de la façon suivante :

A. — Hydronéphroses acquises.

1° — Hydronéphroses sans cause bien démontrée ou restée inconnue à l'examen clinique.

2° — Hydronéphroses par lésions de la vessie ou des organes voisins de l'extrémité inférieure de l'uretère.

3° — Hydronéphroses paraissant très nettement coïncider avec un rein déplacé ou mobile et dues, comme nous allons le voir, à une lésion de l'extrémité supérieure de l'uretère.

Dans ces trois catégories de faits, il s'agit manifestement d'hydronéphroses intermittentes *acquises*, débutant parfois à un âge¹ assez peu avancé, surtout pour celles du troisième groupe. Peut-être, parmi celles que nous avons rangées dans la première catégorie, trouverait-on certains cas qui pourraient rentrer dans la variété où il y a coïncidence avec un rein mobile ; mais, comme les documents qui s'y rapportent sont insuffisants, nous ne devons pas nous arrêter plus longtemps à cette supposition.

B. — Hydronéphroses d'origine congénitale.

1. Rien de bien intéressant à noter à propos de l'âge auquel on observe l'Hydronéphrose intermittente acquise. C'est une affection de l'âge adulte, mais qui débute souvent de seize à vingt-cinq ans et peut-être plus tôt.

§ I. — Des Hydronéphroses acquises.

I. — Hydronéphroses de causes mal déterminées.

De cette première catégorie nous parlerons à peine, si ce n'est pour montrer qu'en réalité elle ne mérite peut-être pas d'être conservée.

Les observations qui la constituent ne présentent, au point de vue étiologique, qu'un bien faible intérêt : ce sont presque des non-valeurs, des documents inutilisables. On devrait même les laisser de côté, en raison des données par trop incomplètes qu'elles fournissent. Si nous les avons signalées dans ce travail, c'est surtout pour montrer la fréquence de l'hydronéphrose à forme intermittente; mais c'est aussi parce qu'elles apportent, pour l'étude clinique de cette affection, des renseignements d'une certaine importance.

a. *Reins déplacés*. — La plupart de ces observations sont très vraisemblablement la conséquence de *déplacements du rein* plus ou moins accentués, ayant passé inaperçus pour le chirurgien comme pour le malade, avant l'apparition de l'hydronéphrose elle-même. Il suffit de parcourir ces observations, de les comparer avec celles de notre troisième catégorie, si nettes, si semblables les unes aux autres, pour constater que beaucoup d'entre elles présentent avec ces dernières de réelles analogies. C'est à peine s'il y a quelque divergence dans les détails; c'est, en tous cas, la même allure clinique; ce sont les mêmes conditions d'apparition et de développement. Le rein n'est pas ou n'est plus mobile; il est fixé en un point quelconque : voilà la différence; mais rien ne prouve qu'il n'a pas été mobile autrefois.

b. *Calculs rénaux*. — Cependant, avant d'aller plus loin, il importe d'élucider une question d'une certaine importance. Parmi ces hydronéphroses, sans cause bien démontrée, y en a-t-il qui soient dues à un *calcul du bassin* ou de *l'uretère* ¹? Pour la plupart de

1. On sait qu'on distingue, depuis les travaux des Anglais sur ce sujet, trois variétés cliniques dans les calculs du rein. Une seule semble pouvoir donner lieu, *a priori*, à une hydronéphrose intermittente; c'est celle-ci : *Calcul, dans un bassin sain*, arrêté à l'embouchure de l'uretère. Les autres sont : 1° Calcul encastré dans un rein sain; 2° Calcul volumineux avec abcès rénal.

ceux qui ont écrit sur ce sujet, il ne saurait y avoir le moindre doute : l'hydronéphrose intermittente par calcul du bassin et de l'uretère existerait réellement.

Cole, le premier (Obs. IX), semble avoir adopté cette opinion. Depuis, Landau et bien d'autres auteurs avant ou après lui (Morris d'abord, et surtout Lancereaux ¹, Rockwell ², et récemment Legueu ³, etc.) ont admis comme possible, comme démontré même qu'un calcul du rein, du bassin ou de l'uretère pouvait, à un moment donné, oblitérer soit l'extrémité supérieure de l'uretère, soit une autre partie de son trajet et déterminer ainsi une dilatation aseptique intermittente des voies urinaires en arrière de l'obstacle. Au bout d'un certain temps, ce calcul pouvait redevenir libre et flottant dans le bassin ou tomber dans la vessie : d'où disparition de l'hydronéphrose et retour des mêmes accidents, si un calcul — le même ou un nouveau — s'engageait dans l'uretère.

Certes, nous ne demandons pas mieux que d'admettre la possibilité de tels accidents — dont la fréquence a été exagérée, croyons-nous, par M. Lancereaux — d'autant plus que cette hypothèse peut être soutenue aussi pour d'autres observations rentrant dans notre première catégorie (cas de Thiriar [Obs. XLVIII] par exemple, où il y avait du sable dans les urines). Mais on voudra bien reconnaître pourtant que la moindre constatation anatomo-pathologique serait fort précieuse pour l'hydronéphrose à forme intermittente, tout au moins. Or ces observations semblent manquer complètement, et il n'y a même qu'un seul fait qui, cliniquement, plaide dans ce sens : c'est celui de Rockwell. Il a, d'ailleurs, traité à une hydronéphrose déjà en voie de transformation et infectée.

Pour nous, les cas rapportés par M. Lancereaux sont loin d'être démonstratifs et, pour quelques-uns d'entre eux tout au moins, publiés avec assez de détails (le I^{er} et le VI^e en particulier), le doute nous semble parfaitement légitime. Il n'y aurait rien d'étonnant à ce que dans ces deux faits, entre autres, il s'agisse de reins mobiles.

On ne peut même pas invoquer l'existence concomitante de graviers dans l'urine ⁴ comme une preuve indiscutable de calcul du rein. En voici la raison : quelques hydronéphroses typiques, en rapport très vraisemblablement avec des déplacements rénaux, étaient com-

1. Lancereaux. *Union médicale*, 1888.

2. Rockwell. *New-York. med. Journal*, 17 novembre 1888, p. 546.

3. F. Legueu. *Des calculs du rein et de l'uretère*. Thèse de Paris, 1891, p. 16, 42 et 70.

4. Dans les observations de M. Lancereaux, il n'est pas dit que les malades aient jamais présenté des graviers dans l'urine.

pliquées de lithiase rénale; or l'opération a prouvé qu'il n'y avait aucun calcul dans le rein et la guérison radicale a démontré qu'il ne pouvait en être resté dans l'uretère. L'on conçoit parfaitement d'ailleurs que la gravelle ou un calcul puisse s'observer dans un rein flottant comme dans tout autre rein ¹. De même, dans le cas de Cole, rien ne vint montrer la nature de l'obstacle temporaire.

De plus, quand il y a ainsi calcul du bassinnet ou de l'uretère, les symptômes cliniques ne sont pas tout à fait aussi nets, aussi typiques que ceux de l'hydronéphrose intermittente ordinaire. Il y a des phénomènes surajoutés : en particulier les névralgies réflexes et surtout l'hématurie ². Si l'on compare le cas de Cole et ceux de M. Lancereaux à celui de Rockwell ³, on jugera facilement de la différence; de même, si on les rapproche de celui de von Oppolzer, où le calcul du bassinnet donna lieu à une hydronéphrose dans un rein mobile ⁴, celle-ci disparut vite et ne revint jamais; elle fut aiguë et non intermittente, parce que sa disparition coïncida avec l'élimination du calcul. Rappelons enfin que dans deux autres cas d'Hydronéphrose intermittente, plus ou moins analogues à ceux de Cole et de Lancereaux et où l'on avait porté le diagnostic de calcul rénal (Thompson, Braun), ce diagnostic ne fut pas confirmé par l'examen anatomique des reins.

1. Dans un cas de von Oppolzer (voir plus loin), on trouva à l'autopsie une hydronéphrose (qui n'avait pas été réellement intermittente), avec un calcul du bassinnet et un rein mobile. — Dans un cas de Sacré (Rouffart. *Observ. chirurg. recueillies dans le service de M. Sacré*; in *Journal de Médecine, Chirurgie et Pharmacie de Bruxelles*, 1890, XC, p. 759), on a noté un calcul du bassinnet dans un rein mobile au cours d'une néphrectomie abdominale; mais il n'y avait pas d'hydronéphrose. — Voir aussi Andrew Mac Cosh (*Nephrolithotomy*; in *New-York. med. Journ.*, 14 avril 1888, p. 406), pour ce qui a trait à la coïncidence des reins mobiles et des calculs rénaux, déjà signalée comme possible par Morris.

2. Pourtant l'hématurie n'est pas un symptôme suffisant pour affirmer l'existence d'un calcul du rein, s'il y a des crises de douleur.

3. Dans l'observation de Rockwell, nous avons relevé surtout la répétition des hématuries, ayant débuté dès l'enfance, remontant, par conséquent, aux débuts mêmes de la maladie (caractère qui permet de distinguer ces hématuries de celles qui surviennent dans l'hydronéphrose intermittente à la période terminale [cas de Fürbringer, de Baker]), les phénomènes réflexes, les névralgies, etc.

4. A en croire certaine phrase du chapitre des reins mobiles (p. 574) dans l'ouvrage de M. le professeur Le Dentu : « La lithiase (dans le rein mobile) a fait l'objet d'un récent travail de Jordan Lloyd », et un passage de la thèse de M. Legueu (p. 86), on pourrait penser que l'auteur anglais a rapporté quelques cas de reins mobiles présentant de la lithiase. Nous avons parcouru ce mémoire (J. Lloyd. *Practical observations on Kidney stone and on Kidney mobility*; in *The Practitioner*, vol. XXXIX, 1887, 2^e p., p. 171), et nous avons constaté qu'il s'agissait là simplement d'observations de calculs rénaux d'une part, de reins mobiles d'autre part, mais sans le moindre rapport les uns avec les autres. C'est le titre, en réalité amphibologique, de ce travail, qui semble avoir induit en erreur M. le Professeur Le Dentu et M. Legueu.

En présence de pareils faits, on comprendra qu'il faille aujourd'hui encore être très réservé, un peu plus même que M. Legueu, sur les rapports de l'Hydronéphrose vraiment intermittente avec les calculs du bassinet. Nous reconnaissons que l'existence de cette cause est probable, admissible même; mais, nous ne craignons pas de répéter que ce sont là de véritables raretés cliniques, qui méritent d'être étudiées à la lumière de l'anatomie pathologique et de la bactériologie. M. Fr. Rockwell, dont nous approuvons la grande réserve, a dit lui-même à la fin de son observation : « C'est là un nouveau cas d'hydronéphrose intermittente, *en supposant que le diagnostic se confirme dans l'avenir* ». On ne saurait être plus prudent et l'on comprendra que nous n'ayons pas voulu être plus affirmatif que celui qui semble avoir observé le seul cas, non contestable, d'hydronéphrose intermittente par calcul de l'uretère.

Si nous avons été obligés de faire d'aussi grandes réserves pour l'hydronéphrose intermittente, non infectée, d'origine calculeuse, à l'exemple de M. Legueu d'ailleurs pour l'hydronéphrose calculeuse fermée (il n'y aurait de démonstratifs que les cas de Antona et de Butler Smith-Stevenson), il n'en est plus ainsi pour la *Pyonéphrose, intermittente ou non, due à des calculs du rein*. Cette affection est si fréquente que nous n'avons pas cru devoir nous en occuper ici et la rapprocher de l'autre forme de pyonéphrose intermittente non calculeuse dont nous avons rapporté, dans notre tableau synthétique, quelques observations¹. Nous renvoyons pour son étude à la thèse de M. Legueu, qui en a fait une description suffisante.

c. *Caillots sanguins*. — Si d'ailleurs l'on voulait établir la pathogénie de l'hydronéphrose ou de la pyonéphrose intermittente sur des bases aussi peu solides, qui empêcherait d'admettre aussi le mécanisme suivant : *l'obstruction de l'uretère par un caillot sanguin*, d'origine rénale, à la suite d'une contusion rénale? Cl. Lucas a bien invoqué ce mécanisme pour les deux cas d'hydronéphrose définitive rapportés par Goodhart²! On pourrait donc très bien soutenir, *a priori*, que des caillots puissent obstruer momentanément l'uretère³ et reproduire le type intermittent par leur arrivée

1. Les seuls cas de pyonéphroses intermittentes, que nous ayons analysés dans ce travail, paraissent être réellement des hydronéphroses intermittentes infectées, comme nous le montrerons plus loin. En tous cas, elles n'ont rien à voir avec les calculs du rein.

2. Goodhart. *Guérison spontanée de l'hydronéphrose traumatique*. Communication à la *Soc. clin. de Londres*, 28 nov. 1890. (Anal. in *Mercure médical*, 10 déc. 1890, p. 622, n° 49, et surtout in *Sem. méd.*, 18 déc. 1890, p. 457, n° 35.)

3. Le cas de M. Socin, rapporté dans la thèse de Moser (E. Moser. *Ueber Hydro-néphrose in Folge subcutaner Nierenverletzung*. Inaug. Diss., Basel, 1882, p. 32),

successive et leur arrêt passager dans ce conduit, à quelques jours d'intervalle...

d. *Bouchons purulents*. — Nous verrons plus loin qu'un certain nombre de pyonéphroses non calculeuses — qui pour nous ne sont guère que des hydronéphroses infectées — peuvent être intermittentes. En se basant sur des considérations analogues à celles qui précèdent, il était à supposer que l'on regarderait aussi comme possible l'oblitération passagère de l'uretère par de véritables bouchons purulents, formés probablement près des papilles rénales et qu'on remarque dans les urines des malades atteints de pyonéphroses, au milieu d'autres flocons moins denses! On n'y a point manqué et M. Albert Robin ¹ écrivait en effet récemment :

« On doit probablement à ces bouchons de pus la rétention des urines dans le bassin. Ils obstruent l'uretère, soit dans son trajet, soit à son orifice, provoquant à la suite de la douleur, le développement d'une tumeur, etc., puis, sous l'influence de la *vis a tergo*, le bouchon tombe, livrant passage à l'écoulement des urines purulentes. Les symptômes locaux et généraux s'amendent et disparaissent pour reparaitre de nouveau dans la suite s'il survient une nouvelle obstruction par le même procédé. »

Tout le monde reconnaîtra là, certes, le tableau de la pyonéphrose intermittente; mais, malgré le précédent auteur, on nous permettra de rester dans le doute sur l'hypothèse qu'il invoque, car ce mécanisme aurait besoin d'être démontré expérimentalement ou contrôlé par des recherches nécropsiques.

e. *Spasme de l'uretère*. — S'aventurant encore plus loin dans le domaine de la théorie, L. Landau, imité récemment par Zawisza, s'est demandé en outre si un *spasme de l'uretère*, d'une durée plus ou

et rappelé par Arnould (*loc. cit.* plus loin), fait qui nous avait échappé au début de nos recherches et que depuis nous avons étiqueté dans nos tableaux sous le n° 80 (Obs. LXXX, cas II de Socin pour nous, alors que pour Arnould c'est avec raison le cas I), doit être cité ici. Mais nous inclinons à penser, comme M. Arnould, que dans ce cas le traumatisme a probablement agi en déplaçant le rein; de sorte que cette observation, à première vue un peu spéciale, rentrerait dans la classe des hydronéphroses intermittentes consécutives à un rein mobile (déplacement traumatique ou plutôt sorte de déclanchement momentané). Il s'agit en effet d'un homme et d'une hydronéphrose *gauche*. Or l'hydronéphrose intermittente par rein mobile siège chez l'homme, nous le démontrons plus loin, surtout du côté gauche. Quant à la pathogénie invoquée par Moser, elle nous semble tout à fait discutable. Les preuves à l'appui de son hypothèse manquent totalement; mais sa théorie n'est pas à négliger et il faut attendre avant de se prononcer définitivement sur les faits de ce genre, qui s'éloignent un peu des cas typiques.

1. A. Robin. *Diagnostic et Traitement des pyélites*. Leçon recueillie par Georges Baudouin; in *la Médecine moderne*, 14 mars et 4 juin 1891, n° 20, p. 377 et 431 (voir p. 379).

moins longue, ne serait point capable de produire des phénomènes tout à fait analogues à ceux que l'on désigne sous le nom d'hydronéphrose intermittente. Disons de suite que cet auteur n'a pas attribué à ce spasme ¹ une signification bien importante, puisqu'il le considère comme incapable de déterminer une accumulation notable d'urine dans le bassin, à supposer même qu'il se répêât souvent.

f. *Enroulement de l'uretère autour des vaisseaux rénaux.* — Faut-il parler de l'enroulement de l'uretère autour des vaisseaux rénaux, hypothèse mise en avant par Newman? Nous n'en voyons pas la nécessité, car, là aussi, la moindre constatation anatomique ferait bien mieux l'affaire. Il est d'ailleurs assez difficile de comprendre comment cette torsion vasculaire pourrait amener une hydronéphrose.

Et si nous avons rapporté encore cette opinion, c'est plutôt pour montrer à quels abus, en fait d'inventions pathogéniques, les médecins peuvent se laisser entraîner quand ils disposent d'une imagination un peu vive.

II. — Hydronéphroses dues à une lésion de l'extrémité inférieure de l'uretère.

a. *Lésions de la vessie.* — L'un de ces faits, unique d'ailleurs mais indiscutable, nous a obligés à créer cette catégorie spéciale. C'est le premier cas publié par Morris (de Londres). L. Landau, comme nous l'avons déjà fait remarquer, a même voulu l'éliminer du cadre clinique de l'hydronéphrose intermittente et lui réserver une dénomination toute particulière : nous avons dit pourquoi nous ne pouvions admettre cette manière de voir.

Le fait de Morris, type des lésions de l'extrémité inférieure de l'uretère, est le suivant : une *tumeur de la vessie* amène une infiltration de la paroi au niveau de la terminaison des uretères dans le trigone. A un moment donné, une portion du néoplasme oblitère temporairement, d'une façon plus ou moins complète, l'orifice vésical de l'uretère; il se produit une hydronéphrose. Cette partie de la tumeur se détruit; alors l'uretère devient libre et l'urine reprend son cours normal.

1. Landau admet que le spasme de l'uretère doit exister chez l'homme à la suite d'excitations mécaniques ou réflexes. Cela est fort probable et les choses doivent se passer ici comme dans l'intestin, organe pour lequel ils sont démontrés; mais, ce n'est point là une raison suffisante pour le croire capable de provoquer une hydronéphrose. Landau aurait observé sur le cadavre, quelques heures après la mort, ce spasme, qui est d'ailleurs bien connu en physiologie depuis les recherches de Vulpian. (Voir, pour les constatations expérimentales, la thèse de Hallé, p. 33.)

Le mécanisme de l'hydronéphrose intermittente est, dans ces cas, d'une indiscutable netteté. Inutile d'ajouter qu'on ne l'observera que fort rarement.

b. *Lésions de l'utérus, du vagin, etc.* — Un *cancer de l'utérus* ou *du vagin*, envahissant les tissus rétrovésicaux, pourrait parfaitement donner lieu à des phénomènes analogues; il n'y aurait même rien d'étonnant à ce que pareille supposition puisse se trouver vérifiée un jour à l'autopsie.

Mais peut-il en être de même d'autres lésions agissant aussi sur l'extrémité inférieure de l'uretère? Ainsi, on sait qu'un *prolapsus de l'utérus* peut donner lieu à de l'hydronéphrose (Virchow, etc.). Or cette affection produit-elle aussi une hydronéphrose intermittente? Un cas de Newman (Obs. XXX) semble, *a priori*, favorable à cette idée. Il s'agit d'une femme ayant eu sept enfants et atteinte d'un prolapsus de l'utérus et du vagin. Elle avait des accès d'hydronéphrose intermittente des deux côtés, à chaque fois que le prolapsus n'était plus réduit. D'après l'auteur américain, l'affection utérine serait indubitablement la cause de ces crises. Il n'y aurait rien eu à dire à cette manière de voir — et nous aurions bien facilement admis une telle pathogénie, d'autant plus que la lésion était double — si l'utérus seul avait été déplacé. On comprend parfaitement en effet que l'utérus prolapsé puisse momentanément comprimer les deux uretères ou les presser contre les arcades du pubis (Landau), ou que les uretères se plient à leur extrémité inférieure pendant la descente du fond de la vessie (Newman), et que tout puisse revenir à l'état normal dès que l'utérus a été remis en place. Malheureusement, il est très-nettement dit aussi dans l'observation de Newman qu'il existait précisément une *mobilité anormale des deux reins*. Dans ces conditions, quel organe incriminer? Nos tendances personnelles, qui s'appuient d'ailleurs sur les faits que nous allons exposer, nous engagent plutôt à mettre en cause les reins et à ne pas accuser l'utérus¹. Il y a tant d'utérus prolapsés qui ne s'accompagnent pas d'hydronéphrose intermittente, même à la longue et, d'autre part, il paraît y avoir tant de reins mobiles anciens qui se compliquent de la sorte, que le doute nous semble bien permis; et, plutôt que de trancher la question sans preuves suffisantes, il vaut mieux, nous semble-t-il, la laisser sans solution pour l'instant et considérer, à ce point de vue, l'observation de Newman comme

1. Dans le cas I de Landau (Obs. XXXIII), il y avait aussi prolapsus utérin. Or, cet auteur n'a pas songé un seul instant à le mettre en cause: il est vrai que l'hydronéphrose n'était pas double et ne datait que de dix ans, alors que le prolapsus avait vingt-quatre ans de date.

fort discutable. D'ailleurs prolapsus utérin et rein mobile pourraient bien n'avoir que la même cause et la chute de l'utérus n'être que la cause occasionnelle des crises.

Les variétés d'Hydronéphroses que nous venons d'énumérer sont celles que L. Landau voudrait plus spécialement désigner sous le nom d'*Hydronéphroses récidivantes*. Le mot, on le sait, ne nous a pas paru acceptable; nous lui avons préféré un terme qui exprimât plutôt leur mode spécial de production : *Hydronéphrose intermittente par lésions de l'extrémité inférieure de l'uretère*. Il est plus explicite, plus précis et plus significatif, bien que plus difficile à placer dans la phrase. Il s'agit d'ailleurs d'une espèce étiologique, si rare en ce qui concerne les variétés bien établies (cas de Morris), si discutables par les autres (affections de l'utérus : tumeur, prolapsus, etc.), qu'on peut bien, jusqu'à plus ample informé, ne point songer à chercher une dénomination plus courte.

III. — Hydronéphrose intermittente dans les reins mobiles.

Toute cette discussion nous a éloignés de notre véritable sujet, l'hydronéphrose intermittente reconnaissant en réalité pour cause, dans l'immense majorité des cas, une tout autre lésion; et cette lésion n'a qu'une lointaine analogie avec une oblitération temporaire de l'uretère par un calcul, par un caillot, par une production néoplasique quelconque, ou par une compression momentanée d'un des points de ce conduit. Cette cause, dont le rôle est capital, c'est le *Rein mobile*.

1° Relations cliniques entre les reins mobiles et l'hydronéphrose.

Les chirurgiens français, jusqu'à ces dernières années, ont laissé volontairement de côté, comme s'il s'agissait d'une affection d'ordre purement médical, le rein mobile; et la première phrase du chapitre que M. le professeur Le Dentu consacre à cette affection dans son récent traité est l'écho manifeste de cette tendance¹ : « Il s'agit, dit-il, d'extraire de l'histoire des reins mobiles tout ce qui intéresse spécialement le chirurgien ». M. Le Dentu n'a donc pas pensé, même en 1889, que désormais toute l'histoire du rein flottant allait devenir exclusivement du domaine de la chirurgie. Aussi lui a-t-il

1. Le Dentu, *Loc. cit.*, p. 568.

paru inutile de s'étendre, dans un livre destiné à des chirurgiens, sur la pathogénie de ces déplacements rénaux. Pourtant, puisqu'il s'agissait de discuter plus loin les indications et le manuel opératoire de la néphropexie, il eût été très naturel de chercher à se rendre compte tout d'abord du mécanisme qui explique le développement du rein flottant.

On comprendra cette apparente digression si l'on veut bien admettre que l'hydronéphrose intermittente devra être considérée désormais comme une complication, un accident assez fréquent des reins mobiles. Et, si nous regrettons que les chirurgiens de notre pays n'aient pas, sauf dans ces derniers temps, regardé comme faisant partie de leur domaine cette dernière affection, c'est parce que nous sommes convaincus que là est la raison du petit nombre d'observations d'hydronéphroses intermittentes recueillies chez nous. Il n'est pas probable, en effet, que le rein mobile soit plus fréquent en Allemagne ou en Amérique qu'en France et c'est surtout parce que cette lésion est restée consignée dans le cadre de la pathologie médicale qu'on n'a pas songé à étudier la constitution exacte du pédicule de ce rein flottant et les rapports réciproques que présentaient dans ce pédicule l'extrémité supérieure de l'uretère, les artères et les veines. En négligeant ces examens on ne pouvait pas être amené à penser que l'uretère lui-même pouvait être atteint à la suite de cette bascule du rein et dès lors être susceptible de déterminer le développement d'une hydronéphrose intermittente, au moins au début. Et en fait, il ne semble pas que, dans aucune des rares autopsies de reins mobiles publiées, on se soit préoccupé de la façon dont le pédicule était réellement constitué.

a. *Hydronéphrose fermée dans les reins mobiles.* — Pourtant un certain nombre de cas d'hydronéphrose fermée — c'est-à-dire non intermittente — avaient déjà été observés en même temps que le rein mobile. Dès 1859, Fritz, dans sa remarquable revue critique sur le *rein mobile* ¹, avait colligé les quelques faits publiés jusqu'à cette époque. Et si trois de ceux qu'il a analysés ne constituaient que des coïncidences, qu'une association de deux affections n'ayant aucun rapport l'une avec l'autre ², dans le dernier par contre — celui qu'il

1. Fritz. *Des reins mobiles*; in *Arch. génér. de médecine*, août et septembre 1859, p. 173.

2. Dans les deux premiers cas, celui de Braun (*Deutsch. Klinik*, 1853) et de Urag (*Wiener med. Woch.*, n° 3, 1856), il s'agit de malades atteints de reins mobiles transformés en poche hydronéphrotique par suite d'une compression de l'uretère consécutive à un cancer utérin et à un kyste de l'ovaire concomitant. — Le

désigne sous la dénomination de cas II de von Oppolzer — il y avait manifestement rapport de cause à effet entre l'hydronéphrose et le rein mobile. Certes Fritz s'est trompé dans l'interprétation de ce cas, puisqu'il admit alors que l'hydronéphrose était la cause du déplacement du rein, tandis que l'inverse nous semble être la vérité; mais l'observation clinique n'en reste pas moins, témoin véridique du phénomène vu par von Oppolzer.

Simon ¹ qui, quinze ans plus tard, prétendait qu'il n'y avait pas un seul cas de rein flottant compliqué d'hydronéphrose, était donc trop affirmatif. D'ailleurs les observations récentes, confirmées parfois par l'examen de pièces anatomiques, sont venues prouver qu'il n'était pas rare de rencontrer une telle complication des reins mobiles. Il nous suffit de rappeler ici les malades auxquelles Ahfeld ², Schramm ³ firent la néphrotomie; les deux cas de Czerny ⁴; ceux de Wagner ⁵, de Winckel ⁶, de Martin ⁷, etc. ⁸; et il y en a sans doute bien d'autres ⁹.

b. *Hydronéphrose intermittente.* — C'est Landau qui, en 1881, dans son mémoire sur le *Rein mobile des Femmes*, montra les véri-

troisième a trait (1^{er} cas de von Oppolzer) à un rein mobile compliqué d'hydronéphrose aiguë, passagère, causée par un calcul rénal. Le calcul éliminé, l'hydronéphrose ne reparut plus. — Dans un autre cas analogue à celui de Urag, celui de Leray (*Bull. Soc. anat.*, p. 52, 1854), il s'agissait aussi d'une compression de l'uretère par une tumeur de l'ovaire. Enfin Obalinski a publié récemment une observation comparable à celle de von Oppolzer (*Zur mod. Nierenchirurgie in Samml. Klin. Vortr.*, n° 16, mars 1894, p. 108).

1. G. Simon. *Loc. cit.*

2. Ahfeld. *Wanderniere; Hydronéphrose; Operation; Anlegen einer Nierenbeckenfistel; Genesung*; in *Archiv. für klin. Gynæk.*, 1879, T. XV, p. 114.

3. Schramm. *Zwei Laparotomien innerhalb eines Jahres an der selben Patientin ausgeführt bei hydronephrotischer Wanderniere; Anlegung einer Nierenbeckenfistel; Heilung*; in *Berl. Klin. Woch.*, 10 septembre 1883, n° 37, p. 561.

4. Czerny. *Zur Extirpation retroperitonealer Geschwülste*; in *Arch. f. Klin. Chir.*, p. 859, 1880, XXV (voir p. 860, cas III). — *Centr. f. Chir.*, n° 45, 1879.

5. Wagner. *Verhandlungen der med. Gesell. in Leipzig*; in *Berl. Klin. Woch.*, 1881, n° 16.

6. Winckel. *Berl. Klin. Woch.*, 13 août 1877, n° 33, p. 482. — En réalité, ce diagnostic avait été porté sans preuve à l'appui; mais une laparotomie faite ultérieurement (*Jahresbericht der Gesellsch. f. Natur. und Heilkunde*, Dresde, 11 nov. 1882) a montré qu'il y avait bien hydronéphrose dans un rein devenu mobile.

7. Martin. *Centr. f. Gynæk.*, 1890, n° 4, 23 janv., p. 67. (*Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Berlin.*)

8. Le cas de Pernice-Löbker (*Arch. f. Gyn.*, B. XIV, p. 455, 1879) a été cité par L. Landau (*Wanderniere der Frauen*, p. 66) comme une hydronéphrose compliquant un rein mobile; d'après Schramm (*loc. cit.*), ce serait à tort.

9. En 1888, Newman, sur 663 cas d'hydronéphrose ordinaire, avait noté 17 fois l'existence concomitante d'un déplacement du rein. A rapprocher de ces faits les constatations anatomo-pathologiques de Sandifort (*Obs. anat. path.*, Lyon, 1777, l. IV, ch. vi, p. 54) et de Haller (*Götting. Anz. von Gelehrtsachen*, 1777, p. 1194), cités par L. Landau (*Wanderniere der Frauen*, p. 65).

tables relations de cette affection avec l'hydronéphrose et surtout avec la forme clinique dont nous nous occupons. C'est lui qui le premier insista, dans ce travail d'ensemble, sur la relation qu'il affirma exister très fréquemment entre les reins mobiles et l'hydronéphrose intermittente. Allant d'emblée un peu trop loin, comme tous les novateurs, il voulut même considérer comme pathognomonique de la genèse de l'hydronéphrose par un rein mobile ce syndrome clinique, qui, nous l'avons vu, peut être dû, quoique bien rarement, à d'autres causes.

Avant Landau, Eger seul avait attiré l'attention sur ce point, mais sa très intéressante observation était presque passée inaperçue; et sept ans plus tard, en 1888, étudiant spécialement l'hydronéphrose intermittente dans une communication à la *Société de médecine berlinoise*, L. Landau revenait longuement sur ce sujet et sur les rapports de cette forme clinique avec le rein mobile. Kœhler l'a suivi dans cette voie; mais déjà, dans ses *Leçons*, Newman en Amérique traitait le même sujet avec la même largeur de vue. Aussi ne craignons-nous pas de répéter que parmi les considérations pathogéniques que nous allons maintenant exposer pour expliquer les relations de ces deux affections, on trouvera un certain nombre de points déjà bien mis en relief par ces auteurs et surtout par L. Landau.

Les nombreuses observations que nous avons colligées n'ont fait que démontrer la réalité des rapports qui unissent l'hydronéphrose intermittente aux reins mobiles. D'abord au point de vue clinique, sur une soixantaine (exactement 66¹) d'Hydronéphroses intermittentes paraissant *acquises* (apparition des accidents à un âge assez avancé), dans presque la moitié des cas environ (28 cas), on a noté la coexistence d'un rein mobile du même côté; et, dans l'autre moitié (28 cas)², il est fort probable, comme nous l'avons déjà dit, qu'il y a un bon nombre d'hydronéphroses qui ne reconnaissent pour cause que cette lésion. Il suffit, pour s'en convaincre d'ailleurs, de remarquer que ces 28 derniers cas d'hydronéphroses, de cause restée indéterminée, se rapportent presque exclusivement à des femmes (22 cas sur 28), et siègent surtout du *côté droit*, c'est-à-dire ont été observées dans les conditions habituelles du rein mobile, bien plus fréquent chez la femme que chez l'homme et surtout à droite.

1. Des 70 cas rapportés il faut retrancher en effet celui de Morris (cas I) et 3 cas d'apparence congénitale.

2. Des 38 cas qui restent, il faut en effet retrancher de suite au moins les 3 de Smith (Obs. XV, XVI, XVII), qui ne sont que de simples citations; puis les 6 cas de M. Lancereaux et celui de Rockwell, qui se rapporteraient à des calculs de l'uretère. Il y en a donc bien 28 seulement.

L. Landau d'autre part, ayant montré que les lésions que nous avons constatées à l'autopsie ne sauraient être d'origine congénitale¹, qu'elles étaient parfaitement acquises et s'étaient développées à un âge assez avancé, on comprend que nous n'hésitions pas à admettre, à son exemple et à celui de Newman, l'hypothèse suivante, qui doit être considérée comme tout à fait démontrée aujourd'hui : *Dans la très grande majorité des cas, l'Hydronéphrose intermittente n'est qu'une complication des reins mobiles.*

Reste à savoir maintenant comment se produit l'Hydronéphrose intermittente dans de telles conditions.

2° Pathogénie de l'Hydronéphrose intermittente dans les déplacements des reins.

L. Landau est le seul auteur qui ait tenté d'aborder cette question ; il l'a étudiée avec soin dans son dernier mémoire de 1888 ; mais les constatations anatomiques, que nous avons pris soin de relever avec détails dans un précédent chapitre, viennent donner encore plus de poids à ses affirmations, basées sur la clinique seule.

Si une hydronéphrose est la conséquence d'un déplacement du rein, l'obstacle qui vient gêner l'écoulement des urines doit siéger à l'extrémité supérieure de l'uretère. Par suite, les lésions, qu'à l'examen des reins nous avons constatées en ce point, doivent représenter celles qui sont la conséquence véritable des déplacements rénaux. La preuve en serait manifeste si nous possédions plusieurs observations, détaillées et bien prises, dans lesquelles les constatations suivantes auraient été faites de la façon la plus formelle : *Rein mobile*, puis *hydronéphrose intermittente* ; à l'autopsie : *hydronéphrose*, *rein mobile* et *lésion de l'extrémité supérieure de l'uretère*. Malheureusement, il n'en est pas ainsi, et nous ne possédons jusqu'à présent que deux observations aussi démonstratives (Terrier, cas II ; Quénu) ; aucun des autres cas publiés ne réalise au complet ce desideratum. De plus, nous connaissons à peine les lésions de la partie supérieure de l'uretère dans les reins mobiles, non compliqués d'hydronéphrose, puisque tout ce qu'on a dit sur ce sujet a bien rarement été vérifié sur le cadavre. Notre démonstration,

1. On sait, depuis Virchow, que les lésions de l'extrémité supérieure de l'uretère peuvent être congénitales ; mais elles le sont très rarement. Dans la plupart des cas, elles sont acquises : ce qui le prouve, c'est que, s'il n'en était pas ainsi, on devrait rencontrer bien plus souvent qu'on ne l'observe réellement, lors d'autopsies de nouveau-nés, des altérations de l'extrémité pyélique de l'uretère.

appuyée seulement sur deux cas probants, devra donc être un peu indirecte et la discussion serrée de près.

Pourtant deux autres faits, qui sont aussi fort importants, doivent être tout d'abord rappelés ici : ce sont le cas de Wilse (Obs. VIII) et celui de Rechter rapporté précédemment.

Dans l'observation de Wilse, qui serait sans doute démonstrative si l'autopsie en était faite de nos jours, on avait bien diagnostiqué chez la malade un rein mobile et l'on a bien trouvé une lésion de l'extrémité supérieure de l'uretère; mais le rein hydronéphrotique ne fut plus trouvé mobile au cours de l'examen cadavérique; ajoutons de suite que cela ne prouve pas grand'chose. Ne sait-on pas qu'un rein mobile peut ne plus l'être à un moment donné, de même qu'une hydronéphrose mobile peut se transformer en tumeur bien fixée (Obs. XXIX, XXXVII, etc.)? Ne sait-on pas en outre que bien des déplacements du rein peuvent disparaître sur le cadavre¹?

Quant au cas de Rechter, il peut servir très nettement de trait d'union entre ceux où une hydronéphrose intermittente a présenté des altérations de l'origine de l'uretère dans le bassinet, sans que l'existence d'un rein mobile ait été reconnue (cas décrits au chapitre d'anatomie pathologique) et ceux, bien plus nombreux, où l'on a noté la coïncidence, seulement en clinique, d'un rein mobile et d'une hydronéphrose intermittente. En effet, dans ce fait où le rein était déplacé, se trouvaient réalisés les caractères anatomo-pathologiques habituels de l'hydronéphrose temporaire par lésions de l'extrémité supérieure de l'uretère.

Si, nous basant sur ces quatre faits (deux absolument nets, les deux autres plus discutables) et non plus sur de simples considérations théoriques comme les auteurs qui nous ont précédés, nous admettons que les altérations anatomo-pathologiques que nous avons décrites plus haut — à savoir la *coudure de l'uretère* ou sa *pénétration* oblique dans le bassinet — sont bien la résultante de déplacements du rein, comment expliquer d'abord le *développement* de ces lésions; puis l'apparition de l'*Hydronéphrose intermittente* elle-même; enfin la possibilité de sa *transformation en hydronéphrose définitive*?

A. — Lésions primitives.

a. *Pénétration oblique de l'uretère dans le bassinet.* — Nous avons vu de quelle façon, anatomiquement parlant, on devait consi-

1. Potain. *Assoc. française p. l'av. d. Sciences*, Congrès de Limoges, 1890.

dérer le bassinet, quelles étaient ses connexions avec l'uretère. Dès lors, l'extrémité supérieure de ce conduit étant supposée fixe, si le rein se déplace, le point de sortie de l'urine — c'est-à-dire le point précis de la jonction de l'uretère et du bassinet — est déplacé lui-même; par suite, l'écoulement du liquide excrété ne se fait plus dans les mêmes conditions.

Si le rein se déplace par glissement, descend vers la fosse iliaque, sans subir d'autres mouvements, comme cela se voit parfois, cet orifice se trouve, de ce fait, plus ou moins remonté et ne correspond plus à la partie la plus déclive du bassinet : d'où stagnation de l'urine en amont de ce point, dans des proportions variables, en rapport avec le degré de prolapsus rénal; puis dilatation plus ou moins marquée au niveau de la confluence des calices, c'est-à-dire développement d'un *réservoir urinaire* entre le rein et l'uretère.

C'est très probablement dans les cas de ce genre que l'orifice urétéral se trouve très remonté sur la paroi du bassinet. Au lieu de déboucher à sa partie la plus basse, l'uretère s'ouvre plus haut que d'ordinaire, sur une de ses faces latérales, et son extrémité pyélique semble cheminer sur une étendue de quelques millimètres, dans l'épaisseur de la paroi correspondante. En tous cas, c'est cette lésion qui a été constatée une fois à l'autopsie d'un malade de Thompson (Obs. IV) et qui a reçu le nom de *pénétration oblique de l'uretère dans le bassinet*.

Il est assez facile de comprendre les conditions de son développement, si l'on se rappelle qu'une fois la dilatation pyélique commencée, celle-ci se poursuit surtout par la partie inférieure du bassinet. A mesure que cette partie du réservoir s'étend et descend, l'orifice de l'uretère remonte et le trajet intrapariétal de ce conduit augmente à mesure que l'hydronéphrose elle-même acquiert des dimensions plus grandes.

b. *Coudure ou flexion de l'uretère*. — Cette descente du rein par glissement se complique souvent d'antéversion notable et l'organe devient presque horizontal (Potain); d'autres fois, à cette chute en avant se joint un certain degré de rotation du rein sur son axe vertical¹. Dans ces divers mouvements, la partie la plus élevée de l'ure-

1. En réalité, le rein ne semble pas présenter généralement, comme le disent les auteurs, une face antérieure et une face postérieure. M. Poirier, sur des coupes de corps congelés, a parfaitement constaté que cet organe avait plutôt un bord antérieur, correspondant au hile, et une face interne appliquée sur les faces latérales de la colonne vertébrale. Quant à nous, nous avons remarqué bien des fois, au cours de néphrectomies ou de néphropexies lombaires, que la partie du rein que l'on rencontrait tout d'abord sous le bistouri était ordinairement un bord et non une face.

tère subit des déplacements marqués; *elle se coude très souvent et se tord parfois* : d'où stagnation de l'urine et dilatation du bassinnet.

Les pièces anatomiques que nous avons figurées (Obs. Terrier, cas II; Quénu) montrent *d'une manière indiscutable* le premier stade de l'hydronéphrose dans ces cas-là, tous les autres faits rapportés au chapitre précédent ayant trait, par contre, à des lésions plus avancées et plus complexes, et représentant à la fois et l'altération primordiale de l'uretère et des lésions surajoutées — conséquences de l'hydronéphrose elle-même, — lésions sur lesquelles nous reviendrons bientôt ¹.

1. Ce travail était rédigé depuis longtemps quand nous avons pu prendre connaissance de la communication de M. Tuffier au dernier *Congrès de Chirurgie (Résultats éloignés de la néphrorrhaphie pour rein mobile; in Congrès français de Chirurgie, 5^e session, avril, Paris, 1891, p. 377)*. Voici ce qu'on y lit à propos de l'hydronéphrose intermittente dans les reins mobiles :

« J'ai présenté à la *Société anatomique*, et j'en ai fait l'histoire dans une communication à la *Société de Biologie*, à propos de l'action de l'urine sur le péritoine (mai 1890), un fait expérimental où le mécanisme de la lésion a été pris sur le fait.

« Dans une série de recherches expérimentales sur le chien, je suturai l'uretère à la séreuse péritonéale... Tous mes animaux succombaient... Un seul d'entre eux survécut... Après six semaines d'observation, je sacrifiai l'animal. La séreuse était absolument normale et la suture avait parfaitement tenu. J'explorai l'orifice urétéral ouvert dans le péritoine; il était parfaitement perméable... Mais je cathétérise l'uretère et je sens ma bougie arrêtée un peu au-dessous du rein. Je dissèque alors le conduit urétéral et je trouve une brusque coudure à 5 centimètres au-dessous du bassinnet; en même temps le rein est fortement *abaissé et dilaté*. Une injection poussée par le bassinnet s'arrête juste à la coudure; pas une goutte ne tombe dans le péritoine.

« Voici l'explication de ce fait. Pendant mon opération de suture de l'uretère au péritoine j'avais eu la plus grande peine à trouver le conduit urétéral. Pour y parvenir, j'avais dû remonter jusqu'au rein, dénuder la glande de sa capsule graisseuse et suivre le bassinnet et son canal. Dans ces manœuvres la glande avait perdu ses moyens de fixité; elle était devenue *mobile* et s'était abaissée. L'uretère relativement fixe s'était coudé; il avait gardé ses nouveaux rapports par suite d'adhérences. La dissection minutieuse du canal nous montra que la muqueuse faisait valvule au niveau de la coudure et obstruait la lumière du conduit. »

Nous avons recherché dans les *C. R. hebdomadaires des séances et mémoires de la Société de Biologie* de 1890, à la date indiquée, le passage auquel M. Tuffier faisait allusion; à notre grand étonnement, nous n'avons rien trouvé. Dans les *C. R. de la Société anat.* de 1890, rien non plus. Dans ceux de 1889 (*Bull. de la Société anat. de Paris*, mars 1889, p. 182, t. III, V^e série), nous n'avons rencontré que cette brève mention, sous le titre *Suture des Uretères* : « M. Tuffier présente des uretères de chien sur lesquels il a pratiqué la suture expérimentale; la cicatrisation est parfaite et la perméabilité conservée. »

Quoi qu'il en soit, ce fait expérimental a une très grande portée et c'est pour cela que nous n'avons pas hésité à le rapporter ici *in extenso*. Il constitue une preuve de plus à l'appui de la thèse de L. Landau. Remarquons toutefois que la lésion constatée par M. Tuffier a trait à une *hydronéphrose déjà fermée* ou mieux à une hydronéphrose devant être considérée comme fermée et non pas à une *hydronéphrose intermittente type*. C'est un point à ne pas perdre de vue. L'un de nous avait d'ailleurs eu l'intention, il y a un an, de tenter des expériences de

La coudure semble se faire assez souvent à une petite distance du point de confluence des calices de premier ordre, au point où le calibre de l'extrémité supérieure de l'uretère est notablement rétréci¹ ; il en résulte qu'il y a parfois au-dessus du point de flexion quelques millimètres de ce canal. Dans ce dernier cas, cette partie du conduit fait bientôt partie intégrante du bassin et se dilate avec lui.

B. — *Lésions secondaires.*

1° *Valvule de l'origine de l'uretère.* — Nous avons vu que dans quelques cas on avait noté l'existence, en même temps que la *flexion urétérique*, d'une sorte de valvule au niveau de l'*ostium pelvicum* de ce conduit. Cette valvule ne paraît pas constante; elle est donc, comme nous l'avons dit déjà, de formation secondaire, accessoire². Mais, comme tel n'est pas l'avis de la majorité des auteurs, il est intéressant de discuter quel peut être son mode de développement, d'autant plus que, sur l'existence de cette valvule, semble être étayée toute une théorie de l'hydronéphrose que nous ne pouvons admettre, quoiqu'elle ait été soutenue par le créateur de la chirurgie rénale, Simon, d'Heidelberg.

Par tout ce qui précède on voit que, pour nous, l'*hydronéphrose* compliquant les reins mobiles est uniquement la *conséquence de lésions de l'extrémité supérieure de l'uretère*. Nous sommes loin, dès lors, de l'hypothèse classique à l'étranger et formulée par Simon, d'après laquelle *l'hydronéphrose serait la lésion primitive*, les altérations de l'uretère (flexion, valvule etc.) n'étant que secondaires. A notre avis, toute l'histoire clinique de l'hydronéphrose intermittente type plaide contre cette théorie fameuse, adoptée et défendue en Allemagne, même par Hansemann, avec une sorte d'admiration pieuse. Sur ce point, nous allons plus loin que L. Landau qui n'a pas osé brûler complètement ce qu'ont adoré tous ses compatriotes, puisqu'il dit encore : « On doit donner raison à Simon quand il admet que c'est la dilatation du bassin *seule* qui

ce genre et il en avait entretenu M. Tuffier avant le Congrès de Chirurgie; c'est la connaissance de nos recherches qui sans doute a engagé cet auteur à ajouter la note que nous venons de reproduire au texte de sa communication au Congrès. M. Tuffier a rappelé encore cette observation tout récemment (*Formes cliniques et diagnostic du rein mobile*: in *Sem. médic.*, 16 septembre 1894, n° 46, p. 380).

1. Ce point paraît correspondre à peu près à l'intersection de l'uretère et d'une ligne horizontale passant par le bord inférieur du rein, d'après les recherches anatomiques de l'un de nous.

2. Le fait expérimental de M. Tuffier plaide en faveur de cette opinion: la valvule qu'il a notée était nettement la conséquence de la coudure de l'uretère.

détermine la formation de la valvule ». Certes, nous ne nions pas le développement de cette valvule, constatée à l'autopsie; nous ne nions pas non plus qu'elle soit la conséquence de l'hydronéphrose (nous allons montrer comment dans un instant); mais, nous ne pouvons comprendre le développement de cette hydronéphrose que par l'existence préalable d'une coudure ou d'une torsion de l'uretère.

A moins de faire comme les auteurs allemands, qui partent de l'hydronéphrose sans essayer de déterminer sa raison d'être, qui n'expliquent rien¹ et se bornent à invoquer simplement une *cause transitoire, non déterminée*, il n'y a pas moyen de sortir de ce mauvais pas. Procéder comme eux, c'est — qu'on nous pardonne cette expression — mettre la charrue avant les bœufs ou se payer de mots.

Ceci étant bien admis, nous acceptons très volontiers l'explication théorique, ébauchée par Simon, défendue et précisée par Hanse-mann, en ce qui concerne le développement du repli valvulaire qu'on a rencontré parfois à l'extrémité supérieure de l'uretère. L'hydronéphrose se traduisant au début par la dilatation de l'extrémité inférieure du bassinnet, cette distension localisée amène une sorte de tiraillement sur la partie de ce réservoir située au-dessous de l'orifice de l'uretère et exerce une traction en bas sur la moitié inférieure du pourtour de cet orifice lui-même. Or, *si l'on suppose fixée la partie la plus élevée de l'uretère*, il en résulte, dans la moitié supérieure de la circonférence de cet ostium pelvicum, la formation d'une arête vive, tranchante, d'une valvule en un mot, dont le bord libre regarde en bas, c'est-à-dire dans le sens de la traction².

Nous ne suivrons pas plus loin l'auteur allemand, car il ajoute que la coudure uretérine est la conséquence naturelle de l'apparition de ce repli valvulaire et que les deux phénomènes sont proportionnels l'un à l'autre. Nous avons vu, au contraire, que, pour nous, *la coudure était la lésion primordiale* et capitale.

Mais que, sous l'influence seule du développement graduel du bassinnet, la lésion uretérine puisse s'aggraver, se compliquer à son tour, nous sommes bien loin de le nier. C'est même là, à notre avis, la raison d'être de la transformation ultérieure d'une hydroné-

1. Nous laissons ici de côté, bien entendu, tout ce qui se rapporte aux malformations, point sur lequel nous allons revenir, aux hydronéphroses par calcul du bassinnet, etc.

2. Pour bien saisir la théorie que nous résumons ici (développement de cette valvule), il est indispensable de se rapporter aux schémas de la note de Hanse-mann (*loc. cit.*) et de lire très attentivement la partie initiale, assez obscure, de ce mémoire.

phrose, d'abord intermittente, en hydronéphrose définitive, et parfois de la transformation d'une hydronéphrose en pyonéphrose véritable.

2° *Rôle des lésions péripyéliqués (Évolution aseptique)*. — Sous l'influence de l'oblitération passagère de l'uretère, de la coudure ou de la torsion de ses parois, les vaisseaux qui serpentent et qui descendent du bassin se trouvent, comme nous l'avons fait déjà remarquer, comprimés au niveau de la lésion urétérale : d'où stase veineuse dans les parois du bassin. Cette stase, dans les cas où il n'y a pas infection ascendante des voies urinaires¹, suffit pour déterminer, à la longue, une irritation prolongée, une sorte d'inflammation chronique non suppurée des parties conjonctives qui constituent la paroi du bassin : d'où, au début, épaissement simple des parois de cette poche, puis épaissement avec induration du tissu cellulaire voisin (Péripyélite chronique), et enfin développement de brides ou de tractus fibreux entre la partie coudée de l'uretère et la face latérale du bassin (voir *An. pathol.*), finissant par empêcher tout redressement de l'uretère, par s'opposer au retour, à un moment donné, de la perméabilité de ce conduit, autrement dit favorisant la transformation de l'*Hydronéphrose intermittente* en *Hydronéphrose définitive*.

Nous insistons beaucoup sur ces *lésions secondaires de l'extrémité supérieure de l'uretère*, parce qu'elles n'ont pas été mises en relief, autant qu'elles le méritent, par L. Landau lui-même, et parce que cette façon d'envisager les choses réduit à néant quelques objections faites à la théorie du gynécologue berlinois.

C'est là un processus capable d'expliquer aussi, dans un grand nombre de cas, les altérations inflammatoires et même péritonitiques (*Péritonite chronique péri-rénale*) qu'on observe si fréquemment dans les reins mobiles et que souvent on a même considérées comme la cause efficiente des déplacements de cet organe (Mosler, etc.). Certes nous ne voulons pas dire par là que ces lésions péritonéales ne puissent, dans aucun autre cas, être dues à un mécanisme différent; mais nous avons voulu simplement attirer l'attention sur un phénomène qui jusqu'ici n'avait pas été mis en relief et qui semble jouer un rôle assez important.

3° *Rôle de l'infection dans l'Hydronéphrose (Évolution septique)*. — Si, à un moment donné, des agents infectieux viennent à péné-

1. Cette infection paraît bien plus fréquente qu'on ne pourrait le croire tout d'abord; il est vrai qu'elle peut être légère et plus ou moins passagère, et dans la majorité des cas publiés sous le titre d'Hydronéphrose, le liquide du sac a été trouvé trouble, au moins à un moment donné.

trer dans le bassinnet, soit à l'occasion de ponctions non aseptiques, soit plutôt par ascension des germes occupant les voies urinaires inférieures (blennorrhagie antérieure, infections non instrumentales, spontanées, de la vessie¹ ou d'origine génitale chez la femme et remontant de l'urèthre ou de la vessie le long de l'uretère), on conçoit sans peine les modifications qui pourront survenir dans le sac hydronéphrotique. Mais, en dehors de ces faits très fréquents (*Infection périphérique*), il nous semble que du pus peut apparaître aussi dans un bassinnet dilaté à la suite d'une infection générale de l'organisme par l'intermédiaire de la circulation sanguine et de la sorte transformer une Hydronéphrose intermittente en Pyonéphrose intermittente (*Infection centrale*). Les microbes contenus dans le sang, à leur arrivée dans les vaisseaux congestionnés des parois du bassinnet, sont susceptibles de trouver là un milieu de culture favorable au libre développement de leurs colonies et de déterminer l'apparition d'une pyélite, plus ou moins intense, d'une durée plus ou moins longue, et dont l'importance peut varier avec le temps pendant lequel l'uretère reste oblitéré, c'est-à-dire avec l'état des vaisseaux qui rampent sous la muqueuse du bassinnet et dont la circulation est plus ou moins gênée suivant le degré de coudure de l'uretère.

C'est ainsi, croyons-nous, qu'on pourrait expliquer certains cas de transformations d'Hydronéphrose en Pyonéphrose pendant la convalescence de fièvre typhoïde, etc. (voir Obs. XI). Cependant, nous le reconnaissons sans peine, ce ne sont là que des hypothèses²; mais il sera facile de les vérifier ultérieurement, à l'aide d'examen bactériologiques. Il importait donc de signaler cette manière d'envisager ces faits, car, jusqu'à présent, l'étude de ce processus pour les affections rénales n'a pas tenté beaucoup les chercheurs.

Insistons encore sur ce point qu'entre l'Hydronéphrose aseptique et la Pyonéphrose, il existe souvent des phases intermédiaires, surtout quand l'affection a une allure intermittente. Dans ces cas, le liquide du bassinnet n'est plus clair; il devient trouble, laiteux, comme cela a été plusieurs fois constaté, surtout après les accès. C'est là une lésion mixte, une hydronéphrose qui se complique d'une très légère pyélite passagère. C'est une forme de transition: tant il est vrai qu'entre deux états bien caractérisés, qui sont susceptibles de se succéder, tous les types intermédiaires peuvent se rencontrer.

1. Santvoord (R. van). *Medical Record*, 23 mai 1891.

2. Les intéressantes recherches microbiologiques de M. Albarran ne semblent pas en effet avoir porté spécialement sur ce mode d'infection des voies urinaires supérieures.

C. — Conditions de l'intermittence.

Qu'il y ait coudure de l'uretère ou simple déplacement du rein, il se fait, dans une poche de nouvelle formation, placée à la sortie du rein, une sorte de *Rétention d'urine*; et l'on pourrait même comparer dans une certaine mesure la rétention d'urine proprement dite, c'est-à-dire la rétention vésicale, avec cette *Rétention pyélique*¹, quoiqu'il y ait assez peu d'analogie entre la constitution anatomique du bassin et celle de la vessie.

1° *Théorie du mécanisme.* — Au début, cette accumulation d'urine n'est que passagère; elle se produit quand le rein, devenu mobile, se déplace dans certaines conditions, encore inconnues, et quand ce déplacement persiste un certain temps. Dans ces circonstances, l'uretère se tord ou se coude et l'urine s'accumule dans les calices et dans le réservoir très rudimentaire qui, à l'état normal, fait suite à ces calices. Si le malade reste debout ou si le rein n'est pas remis en place par un procédé quelconque, c'est-à-dire si l'extrémité supérieure de l'uretère ne revient pas bientôt à sa position normale, le liquide sécrété continue à se collecter dans la poche qui vient de se former dans le hile du rein par distension du point de confluence des calices. Mais, à un moment donné, la pression à laquelle l'urine est soumise par suite de sa sécrétion continuelle devient assez forte pour forcer l'obstacle, pour s'infiltrer au niveau du point rétréci par la coudure de l'uretère, ou pour faire basculer le rein et lui permettre de regagner sa place. Dès lors, l'urine s'échappe et tout revient à l'état normal.

Si ces alternatives de dilatation et d'évacuation du bassin se répètent, les parois du bassin se dilatent progressivement; elles finissent par s'altérer à la longue et leur élasticité diminue de plus en plus.

A chaque nouvelle crise, il faut une pression plus forte pour amener l'évacuation du contenu du bassin, c'est-à-dire une plus grande quantité d'urine. Partant, la poche augmente peu à peu, en même temps que se développent les altérations péripyéliques dont nous avons parlé. Bientôt, il arrive un moment où le sac est devenu si vaste que l'urine ne s'évacue pas en totalité dans l'intervalle des accès. Une certaine quantité y reste en permanence: c'est la phase de *dilatation flasque*, la crise ne constituant qu'une *distension* temporaire: c'est dans ces cas qu'on a affaire à la variété clinique nommée *Hydronephrose ouverte*. C'est aussi dans de telles condi-

1. M. le prof. Guyon a préféré récemment le terme de *Rétention rénale*.

tions qu'on observe ces grosses hydronéphroses, plus ou moins mobiles, confondues si facilement avec des kystes de l'ovaire, qui mettent fort longtemps à se remplir et qui se vident tout à coup plus ou moins complètement (*Hydronéphrose à évacuation brusque*).

Dans les cas où, au contraire, ce sont les altérations des parois du bassinnet ou des parties voisines qui l'emportent, la coudure de l'uretère, de momentanée qu'elle était, devient plus ou moins permanente par suite du développement des brides fibreuses que nous avons signalées et du déplacement de l'orifice urétéral consécutif à la distension de la partie inférieure du bassinnet. Ces tractus finissent par enserrer tellement le conduit vecteur des urines que la pression du liquide ne peut plus forcer l'obstacle; l'hydronéphrose est devenue *permanente*.

L'observation de Hare (Obs. III) ¹ en est un exemple très net, car, ainsi que nous l'avons vu, elle nous a permis de prendre sur le fait le mécanisme même de cette transformation.

Dans les cas de pénétration oblique de l'extrémité supérieure de l'uretère à travers la paroi du bassinnet, les choses peuvent ne pas se passer de la sorte, ou plutôt se compliquent un peu. En raison de l'existence du trajet intrapariétal de l'uretère, si le liquide accumulé vient à dépasser la limite de pression capable d'assurer habituellement son évacuation, si, par suite, il est soumis à une pression assez forte pour comprimer énergiquement la partie originelle du conduit urétéral, l'urine ne peut plus s'écouler au dehors, et, dans ces conditions, l'hydronéphrose peut devenir rapidement permanente. Mais qu'à ce moment, comme dans le cas de Thompson, on remédie à cet arrêt brusque de l'écoulement de l'urine par une ponction aspiratrice, la tension devenant plus faible, l'urine peut s'échapper d'elle-même. Des faits de cet ordre ont été plusieurs fois constatés (Hillier, etc.); après des ponctions du bassinnet, les urines ont repris pendant quelque temps leur cours normal et le sac hydronéphrotique s'est vidé plus ou moins complètement. Il est probable que, lorsque ce phénomène se produit, cela tient à une disposition de l'uretère plus ou moins analogue à celle qui a été notée à l'autopsie du malade de Thompson. En tout cas, on voit, comme l'avait déjà signalé Dickinson, que l'évacuation de la poche peut ne pas toujours coïncider avec son maximum de distension et au contraire correspondre à une diminution de la tension.

2° *Expériences de contrôle*. — Cette façon d'envisager les rapports

1. Hydronéphrose siégeant du côté gauche.

du rein mobile et de l'hydronéphrose intermittente a été conçue de toutes pièces dans ses grandes lignes par L. Landau en 1881; il l'a approfondie à nouveau en 1888 et nous n'avons fait que la développer et la compléter. Mais, dès 1881, Landau avait tenté de contrôler cette théorie par des recherches expérimentales; et un de ses élèves, M. le D^r Krakauer, de Berlin ¹, a publié, sous sa direction, un travail où sont consignées des expériences destinées à démontrer ces relations et le mécanisme de l'hydronéphrose intermittente. A vrai dire, ces expériences ne nous ont pas paru avoir une aussi grande valeur que l'a écrit L. Landau ², les conditions dans lesquelles elles ont été effectuées étant trop différentes de celles que nous indique l'anatomie pathologique et de ce qui semble se passer chez le malade. Krakauer a représenté le rein mobile et son bassinnet par un ballon de caoutchouc, facile à dilater, placé sur un support résistant, susceptible de se mouvoir et pourvu d'un tube épais, simulant l'uretère. Variant à plaisir la position de ce conduit par rapport au ballon, il a eu la prétention de représenter ainsi tantôt un rein mobile avec une insertion de l'uretère à la partie supérieure du bassinnet, tantôt un prolapsus du rein avec torsion de l'uretère, etc. Malheureusement il a trop oublié que les parois du bassinnet ne sont pas douées d'une élasticité aussi considérable que celles du ballon de caoutchouc, que le rein ne se déplace pas à l'instar d'un ballon, etc. Quoi qu'il en soit, ces expériences ont eu le mérite de faire comprendre la théorie que nous résumions à l'instant; elles méritent au moins pour cela une courte mention.

On pourrait peut-être penser que l'expérience si originale de M. Arnaud ³ sur l'*ectopie artificielle des reins* du lapin, vient contredire, dans une certaine mesure, celles de Krakauer d'une part ⁴, les résultats de nos constatations cliniques et anatomiques d'autre part. Certes M. Arnaud, en introduisant dans la paroi abdominale antérieure les deux reins d'un lapin, a dû forcément amener un certain déplacement dans l'extrémité supérieure de l'uretère; mais rien ne prouve qu'il ait dû se produire là une coudure persistante de ce conduit. De plus, il n'y a pas à comparer, ce nous semble, ce déplacement *Brusque et artificiel du rein* (encore l'opération n'est-elle pas décrite bien clairement dans la note de M. Arnaud) avec le mouvement de glissement ou l'antéversion *progressive* d'un rein

1. Krakauer. *Loc. cit.*

2. Landau. *Wanderniere der Frauen*, p. 69.

3. H. Arnaud. *Présentation d'un lapin avec ectopie artificielle des deux reins*; in *C. R. hebdomadaire de la Soc. de Biol.*, t. III, n° 1, p. 8, 16 janvier 1891.

4. Et la remarque de M. Tuffier, bien entendu.

devenu mobile. Enfin, dans cette expérience, l'uretère a dû être assez violemment tirailé; sa partie supérieure n'est pas restée absolument fixe, comme cela semble nécessaire pour qu'une hydronéphrose apparaisse dans un rein déplacé. Rien d'étonnant dès lors à ce qu'il ne soit pas survenu de crises d'hydronéphrose intermittente à la suite de ce déplacement expérimental ¹.

Pour nous, les quelques constatations anatomiques qui ont pu être faites ont une bien autre valeur; rapprochées des phénomènes cliniques, qui sont la caractéristique de l'hydronéphrose intermittente, et des expériences plus récentes de M. le prof. Sinitzine, de Moscou, sur les troubles qui accompagnent chez l'homme l'oblitération momentanée des uretères, elles nous montrent bien mieux avec quelle fréquence les hydronéphroses intermittentes doivent compliquer les reins mobiles, et quelles sont les relations certainement d'importance capitale qui existent entre ces deux affections.

3° Relations étiologiques entre les Reins mobiles et l'Hydronéphrose intermittente.

L'on sait désormais les rapports fréquents de cette variété d'hydronéphrose avec les reins mobiles; on comprend donc qu'il y ait un réel intérêt à rechercher les données que fournit la statistique au point de vue du côté occupé de préférence par la lésion et de l'influence du *sexe*. Ces deux notions étiologiques sont capitales dans l'étude des causes prédisposantes du rein mobile : voyons ce qu'il en est pour l'hydronéphrose intermittente.

1° *Sexe*. — Sur 70 observations, dans 65 seulement, le *sexe* a été noté. Si nous laissons de côté 2 cas congénitaux ² et celui de Morris, d'une espèce toute particulière, les cas de Lancereaux ³ et celui de Rockwell (où l'on diagnostiqua des calculs de l'uretère), il reste 56 cas sur lesquels nous pouvons tabler. Nous y trouvons 12 hommes et 44 femmes : soit environ une proportion de presque 1 sur 4. C'est-à-dire, sans recourir au langage des chiffres, que le sexe féminin est 4 fois plus frappé que le masculin. Qu'on le remarque, ce n'est pas tout à fait la même proportion que pour le rein mobile. Mais, en réalité, la différence est bien petite; en effet, d'après les statistiques les plus récentes, on sait qu'autrefois on avait légèrement exagéré

1. D'ailleurs le fait de M. Tuffier montre que l'on peut obtenir expérimentalement, en se plaçant dans de bonnes conditions, une véritable coudure de l'uretère.

2. Dans le 3° cas cité d'origine congénitale (Lloyd) le sexe n'est pas indiqué.

3. Cinq cas; dans le cas III de Lancereaux le sexe n'est pas noté.

la fréquence de cette affection chez la femme ¹; et, d'après celle d'Ebstein en particulier, rapportée par M. Le Dentu, le rapport pour le rein mobile, en ce qui concerne le sexe, est de 1 pour 6.

Entre les chiffres de 1 sur 4 et de 1 sur 6, il n'y a qu'une nuance qu'on peut d'ailleurs tenter d'expliquer; mais nous n'en donnons cette interprétation que pour ce qu'elle vaut. On peut en effet supposer que l'hydronéphrose intermittente se greffe sur le rein mobile avec une prédilection plus marquée chez l'homme que chez la femme: ce qui tiendrait peut-être à ce qu'un plus grand nombre de femmes que d'hommes sont dotées de reins mobiles sans s'en porter plus mal, soit par suite de dispositions anatomiques spéciales au sexe féminin, au niveau de l'extrémité supérieure de l'uretère, soit plutôt à cause de la vie plus sédentaire qu'elles mènent.

2° *Côté atteint.* — En ce qui concerne le *côté malade*, nous préférons éliminer de suite, pour simplifier le travail de comparaison, les deux cas d'hydronéphrose intermittente considérée cliniquement comme double (Obs. III et XXX), quoique l'affection ait été *plus marquée à droite qu'à gauche*, ce qui est la règle pour les reins mobiles qui siègent des deux côtés (Lancereaux). Il nous reste donc 68 observations; dans 8 d'entre elles, le côté atteint n'a pas été mentionné et dans 11 cas ², il s'agissait d'hydronéphroses congénitales ou produites probablement par un mécanisme particulier. Nous ne pouvons donc baser nos calculs que sur le chiffre assez restreint de 49.

Or, 30 fois l'hydronéphrose siègeait à droite, et 19 fois à gauche; autrement dit, il y a une différence d'un *tiers* environ en faveur du côté droit. On le voit, l'hydronéphrose intermittente semble plus fréquente du côté gauche que le rein mobile lui-même ³: cela tient peut-être à ce qu'un grand nombre de reins flottants, surtout du côté gauche, passent inaperçus chez la femme, et que, par contre, les hydronéphroses du côté droit attirent plus vite l'attention.

Mais, si nous entrons plus avant dans cette question, cet exposé de chiffres devient bien plus intéressant et va même nous permettre de dégager une notion qui nous semble nouvelle.

a). *Chez l'homme.* — Sur les 12 hommes dont l'observation a été publiée, 8 fois la lésion se trouvait du côté gauche, tandis qu'elle n'a

1. Guiard. *Des reins mobiles*; in *Ann. des Mal. des org. génito-urin.*, septembre 1883, p. 639.

2. 3 congénitales, 6 de Lancereaux, 1 de Morris, 1 de Rockwell.

3. D'après Ebstein, le rein est mobile plus souvent à droite qu'à gauche dans la proportion de 4, 5 à 1.

été notée que 4 fois à droite. Ainsi donc, dans le sexe masculin : *l'hydronéphrose intermittente paraissant en rapport avec le rein mobile* semble, point à retenir, une fois plus fréquente à gauche qu'à droite.

b). *Chez la femme.* — Par contre, sur 37 femmes, dans 26 cas la lésion siégeait à droite, pour 11 fois à gauche; c'est-à-dire que, chez la femme, l'hydronéphrose est plus d'une fois plus commune à droite qu'à gauche.

Autrement dit : *chez la femme*, c'est le côté droit qui est le plus souvent atteint, tandis que *chez l'homme* la lésion siège plus fréquemment à gauche.

Il est regrettable que pour le rein mobile on n'ait point fait de recherches analogues, et malheureusement nous n'avons point eu le loisir de les entreprendre nous-mêmes; mais il serait intéressant de savoir si les choses se passent de la sorte. S'il en était ainsi, tout reviendrait à chercher les causes de cette fréquence plus grande du rein mobile pour l'un ou l'autre côté, suivant le sexe.

Un des éléments du problème nous échappant, nous nous bornons à souligner aujourd'hui la constatation numérique brutale que nous avons faite, sans tenter la moindre explication. Malgré cela, nous croyons devoir ajouter que cette simple étude statistique, si elle est l'expression de la vérité, détruit en grande partie l'échafaudage des causes prédisposantes d'ordre physiologique, admises ordinairement pour le rein mobile et dont nous n'avons jamais pu nous rendre bien compte (influence prépondérante de l'usage du corset, influence du foie pour le côté droit, influence considérable des règles, etc., etc.)¹. Mais nous n'insistons pas, car il nous faudrait reprendre toute l'étiologie des reins mobiles, et ce serait, certes, trop nous attarder.

1. Nous reconnaissons que certains auteurs ont déjà, pour d'autres raisons, mis ces faits en relief. (Bartels, Labadie-Lagrave, etc.).

§ II. — Hydronéphroses congénitales.

Les Hydronéphroses intermittentes congénitales existent et nous en avons recueilli trois observations indiscutables, dont deux surtout, celles de Hillier (Obs. VI) et de Lloyd (Obs. XXIV) ¹, ont toute l'importance et toute la netteté de celle de Morris pour les hydronéphroses acquises dues à une lésion de l'extrémité inférieure de l'uretère. Mais il est inutile d'ajouter qu'elles paraissent, jusqu'à présent, aussi rares que cette dernière variété pathogénique.

Pour le cas de Hillier, si le tableau symptomatologique est assez démonstratif, puisque la tumeur a été constatée à la naissance même, on ne possède aucune donnée anatomo-pathologique. Dans l'observation XXIV au contraire, Lloyd a expressément noté qu'il existait une *flexion de l'extrémité supérieure de l'uretère*; mais, à cette donnée seule se bornent nos documents; il serait inutile de discuter longuement sur une base aussi peu solide. Le rein, dans ce cas, était-il congénitalement mobile, c.-à-d. mobile avant la naissance? Nul ne peut le dire et pourtant, pour expliquer cette flexion, nous ne voyons désormais que cette hypothèse ². Mais, si elle était exacte, ce cas rentrerait en somme dans une de nos précédentes catégories, il s'agirait simplement d'une *mobilité rénale d'origine congénitale* ³.

S'il faut se rappeler que Rayer, Roberts, Virchow, etc., pour les hydronéphroses ordinaires ont décrit des anomalies d'insertion de l'uretère, il ne faut pas oublier que Simon considère toujours ces changements de direction de l'uretère comme *secondaires* à l'hydronéphrose et qu'il y a peut-être une partie de vérité dans cette manière de voir. En tous cas, il sera *bien difficile de séparer la lésion secondaire de la primitive*, puisque toutes les deux sont de même ordre.

1. Le 3^e cas (Obs. XXV de Lloyd), qui a trait à un enfant de onze mois, ne fournit aucun détail anatomo-pathologique à noter, quoique l'autopsie ait été faite.

2. Landau fait remarquer avec raison qu'on ne comprendrait pas comment une hydronéphrose congénitale, par *insertion anormale de l'uretère*, pourrait être intermittente.

3. Et il est probable que *le rein mobile est bien plus souvent d'origine congénitale* qu'on ne l'a dit. Il l'est peut-être toujours ou presque toujours!

On le voit, qu'il s'agisse d'hydronéphroses intermittentes ou autres, la pathogénie des cas d'origine congénitale reste encore tout à fait obscure ou plutôt complètement inconnue. Comme Landau, en ce qui concerne du moins la forme intermittente, nous ne la comprenons guère que si elle a pour cause une *mobilité congénitale du rein*; mais nous avouons qu'aucun fait ne peut être invoqué en faveur de cette hypothèse.

CHAPITRE V

ÉTUDE CLINIQUE.

SOMMAIRE : § I. Types cliniques.

I. Hydronéphrose à évacuation brusque.

II. **Hydronéphrose intermittente typique** : *A.* Début de la maladie. — *B.* Affection constituée : 1° *Intervalle des accès* : *a.* État général; *b.* État local : Douleurs : locale, irradiées; tuméfaction rénale; urines; phénomènes réflexes. 2° *Les accès de l'hydronéphrose intermittente* : *a.* Phase initiale : causes de l'accès, signes du début; *b.* Période d'acmé (observations inédites) : *A.* Phénomènes généraux : état général, phénomènes réflexes; *B.* Phénomènes locaux : douleur, tumeur, état de l'autre rein, urines; durée. — *C.* Période terminale : *a.* État général; *b.* Phénomènes locaux : douleurs, tumeur, urines. — *D.* Remarques sur les crises : différences des accès suivant les cas; durée et fréquence des accès. — *E.* Physiologie pathologique de l'accès : conditions anatomiques et physiologiques; explication des symptômes. — *F.* Relations de l'hydronéphrose intermittente avec l'étranglement aigu des reins mobiles.

§ II. Évolution, complications et terminaison.

I. **Évolution et complications** : *A.* Influence de la grossesse; *B.* Complications : 1° Pyonéphrose (infection du bassin) : *a.* Pyélite des crises; *b.* pyonéphrose véritable. 2° Adhérences périrénales.

II. **Modes de terminaison** : 1° Transformation en hydronéphrose fermée. 2° Terminaison mortelle : *a.* Rupture de la poche; *b.* néphrite et urémie. 3° Guérison spontanée.

§ III. Pronostic.

§ I. — Types cliniques.

Les observations d'Hydronéphrose intermittente doivent aujourd'hui être rangées, au point de vue clinique, — quoique plus tard on trouvera peut-être entre elles toute une série de formes de transition, — en *deux catégories* distinctes qu'il y a un réel avantage à ne pas englober dans une même description.

a. Dans un certain nombre de cas, les plus rares, les malades — ce ne sont presque que des femmes — n'ont pu en général être suivis que pendant une période de temps assez courte. Un jour, un médecin a constaté l'existence d'une tumeur abdominale, siégeant généralement à droite, et l'a prise pour un kyste de l'ovaire; quelques

jours après, spontanément ou sous l'influence d'une cause quelconque, il a été fort surpris de constater que ce kyste avait subitement disparu; en même temps, la patiente avait rendu une très notable quantité d'urine. Parfois, quelques mois plus tard, la tumeur a été constatée à nouveau, souvent un peu plus volumineuse, et de même a disparu tout à coup; ou bien elle n'a plus été revue. Tout cela *sans douleur, sans crises accompagnées de malaise général*, de fièvre, de vomissements, etc. Ce sont ces faits auxquels nous avons réservé plus spécialement la dénomination d'*Hydronéphrose à évacuation brusque*, spontanée; ils forment, à n'en pas douter, une transition manifeste entre les *Hydronéphroses définitives*, fermées, et l'*Hydronéphrose intermittente typique*, une catégorie à part qui comprend certainement la variété anatomique qui a reçu le nom d'*Hydronéphrose ouverte*.

b. Puis, à côté de cette forme à allures un peu spéciales, qui n'est en somme qu'une hydronéphrose à évacuations se répétant à intervalles très éloignés et très rares, nous devons placer l'*Hydronéphrose intermittente vraie*, type bien autrement fréquent et dont nous avons déjà donné les caractères cliniques principaux, en paraphrasant la définition de ce terme.

Voyons d'abord quelle est l'évolution de la maladie pour le premier groupe de faits que nous venons d'admettre ¹.

I. — Hydronéphrose à évacuation brusque.

Nous avons pu réunir une dizaine de cas de ce genre. Ce sont d'abord les observations de Johnson (Obs. II), de Hillier (Obs. VI), de Rosenstein (Obs. VII), de Kœnig (Obs. XXVI) et de Hunter (Obs. LV); puis les cas de Bryant (Obs. XI), de Thiriard (Obs. XLVIII) et de Le Dentu (Obs. LVI et LVII), qui se rapportent à des hydronéphroses infectées, c'est-à-dire à des pyonéphroses, car nous ne croyons pas devoir séparer, dans cette étude clinique, ces deux classes de malades.

Il existe certainement un plus grand nombre de ces faits dans la littérature médicale, et quelques cas de Lancereaux, trop brièvement publiés, rentrent peut-être dans cette catégorie ². Il aurait été facile

1. Tout ce chapitre va surtout avoir trait à l'*hydronéphrose intermittente des reins mobiles*. Certes les cas reconnaissant une autre cause ne peuvent faire l'objet de descriptions spéciales; mais ils ne rentrent nettement dans ce cadre que par certains côtés; les symptômes locaux surtout diffèrent un peu.

2. Certains cas anciens d'hydronéphrose vidée à l'aide de pressions exercées sur la tumeur (Broadbent, Roberts, etc.), brièvement rapportés par Morris (*loc. cit.*, 1876), pourraient être rangés à la rigueur dans cette classe.

de les découvrir en parcourant les monographies, surtout celles consacrées à la Pyonéphrose; mais les données que nous possédons suffisent pour se rendre compte de l'évolution de cette variété d'hydronéphrose ouverte.

L'observation de M. Thiriari en est le prototype. Une jeune fille de vingt ans remarque que depuis quelques semaines son ventre augmente de volume; un médecin constate l'existence d'une tumeur, assez volumineuse, siégeant dans le côté droit de l'abdomen et ressemblant à s'y méprendre à un kyste de l'ovaire. M. Thiriari se basant sur ce fait que les urines, d'habitude troubles, sont tout à fait claires depuis l'apparition de la tumeur, diagnostique une hydronéphrose fermée, susceptible de se rouvrir à un moment donné. Le lendemain la tumeur avait complètement disparu et la patiente avait évacué une grande quantité d'urine trouble et bleuâtre. Depuis cette évacuation spontanée, l'hydronéphrose n'a plus reparu.

Évidemment, dans cette observation, il s'agit d'une hydronéphrose d'abord ouverte qui resta méconnue, puisqu'elle ne présentait aucun symptôme important, hormis les troubles de l'urine, jusqu'au moment où, par un processus quelconque, l'uretère du côté malade vint à s'obstruer. Dès lors le rein sain avait continué seul à fonctionner (urines claires), jusqu'au moment où le bassinnet atteint s'était vidé dans la vessie.

Kœnig, Rosenstein et Hunter ont observé des cas tout à fait semblables. L'observation de Johnson est plus intéressante encore *parce qu'il y a eu grossesse*; de même celle de Hillier, qui, elle, a trait à une hydronéphrose congénitale. Celle de Rosenstein mérite aussi d'être spécialement mentionnée, car, malgré le diagnostic rétrospectif porté avec raison par L. Landau, cet auteur continue à penser qu'il a eu affaire à un kyste de l'ovaire ouvert dans les voies urinaires ¹. Ce qui montre combien le diagnostic peut être difficile, combien les caractères physiques de la tumeur peuvent en imposer au médecin. Chose curieuse, quatre fois sur neuf, on a cru d'abord à un kyste de l'ovaire (Johnson, Rosenstein, Thiriari, Bryant) et une fois à un kyste du rein (Hillier). On aurait sans doute songé aussi à un kyste de l'ovaire dans ce dernier cas, s'il ne s'était pas agi d'une hydronéphrose congénitale et d'un petit garçon ².

Quand la collection du bassinnet est franchement supprimée, comme dans les cas de M. le prof. Le Dentu, le diagnostic est bien plus aisé et il a toujours été fait : la pyurie met de suite sur la voie.

1. Voir Rosenstein. *Loc. cit.* (dernières éditions).

2. Sur ces neuf hydronéphroses rassemblées par nous, il y a sept femmes, un homme et un petit garçon.

Dans presque tous ces cas, la poche hydronéphrétique est généralement assez arrondie et globuleuse, *mobile* comme un kyste intra-abdominal pédiculé ¹, assez volumineuse, et la quantité d'urine évacuée souvent fort abondante : ce qui se comprend, puisque d'ordinaire la poche se vide presque tout entière en une seule fois.

L'évacuation totale est *brusque* et terminée en un instant; elle peut cependant n'être que partielle (Hillier) et les urines rendues tout à fait claires, ce qui est très rare. La disparition rapide et brusque de la tumeur semble indiquer que la voie de dégagement, un instant oblitérée, est assez large en temps ordinaire.

Mais ce qu'il y a de plus important à signaler c'est l'*absence d'accès véritable*, de *crise douloureuse* proprement dite, accompagnée de fièvre, de vomissements ou de nausées, de sensation d'urine retenue subitement, etc.; en un mot, l'absence de tout ce cortège de symptômes si pénibles qui constitue la caractéristique de l'hydronéphrose intermittente type. Certes, parfois, la tumeur peut être douloureuse à la pression, surtout si elle est enflammée; mais très rarement on observe des douleurs présentant une intensité ou des modifications comparables à celles des accès que nous allons bientôt décrire; rarement même, il y a des douleurs survenant spontanément. La tolérance du bassin dans ces cas de distension très lente, à longue portée, est un fait très remarquable, qu'il faut absolument retenir. Quelle différence avec les faits de distension soudaine dont nous allons nous occuper! L'altération de l'urine est presque le seul symptôme du début; encore passe-t-elle souvent inaperçue ².

Ces hydronéphroses à évacuation brusque, qui ressemblent à s'y méprendre à des kystes de l'ovaire rompus dans la vessie, quand les urines sont normales, peuvent encore être confondues avec des hydronéphroses s'ouvrant dans l'intestin (cas de Horship, de Gautruc, etc.), au dire de Morris, si l'on ne précise pas bien la façon dont l'urine a été expulsée au dehors. Il suffit de mentionner la possibilité de cette complication très rare, pour que l'erreur, grossière en somme, puisse être évitée.

Ce que deviennent ultérieurement ces hydronéphroses, on n'en sait trop rien. Peut-être présentent-elles les mêmes complications que les hydronéphroses véritablement intermittentes? Peut-être se transforment-elles en hydronéphroses irrémédiablement fermées? Il

1. Cette *mobilité*, notée dans beaucoup de faits, nous semble montrer d'une façon indiscutable les rapports de cette variété clinique avec le rein mobile.

2. Dans le cas d'Hillier, le tableau clinique a été un peu différent; mais il faut se rappeler qu'il s'agissait d'une lésion congénitale.

est plus probable que beaucoup d'entre elles deviennent d'abord plus ou moins franchement intermittentes, avant de revêtir l'allure clinique d'une hydronéphrose définitive. Nous sommes même persuadés que si ces cas avaient été observés plus longtemps, dans bien des circonstances on aurait pu constater cette transformation. Tout cela prouve que, si, dans nos descriptions didactiques, nous sommes obligés de créer des catégories de faits un peu artificielles, il n'y a pas en réalité entre elles une délimitation bien tranchée.

Il ne faudrait pas en tous cas prendre ces observations à rémissions de longue durée, qui parfois permettent aux malades d'oublier complètement et les troubles rénaux et la tumeur antérieurement constatés, pour des exemples de guérison absolue.

II. — Hydronéphrose intermittente ordinaire.

A. — Début.

Etant donnés les rapports de cette catégorie d'hydronéphrose avec les reins mobiles, la question du *début* même des accès d'hydronéphrose intermittente soulève un problème très intéressant, mais entouré encore d'une grande obscurité, nous voulons parler des relations de ces accès avec ceux qu'on a désignés dans l'étude des déplacements rénaux depuis Dietl (1864) sous le nom d'*Etranglement aigu des Reins mobiles*. Mais ces relations ne pourront être mises en lumière que quand nous connaîtrons bien la symptomatologie et la physiologie pathologique des crises que nous avons à décrire; nous nous bornons donc à cette remarque que nous nous efforcerons de justifier. Tout porte à croire, en effet, que la plupart des accès de douleurs observés chez les malades atteints de reins mobiles ne sont en réalité que des crises d'hydronéphrose intermittente tout à fait au début, ayant pour point de départ une obstruction temporaire de l'uretère.

Nous ajouterons que, dans presque toutes les observations, l'affection a débuté à un âge peu avancé¹ par des *malaises* passagers, des *douleurs* vagues et fugaces, mais revenant assez souvent, des phénomènes névralgiques variés, parfois des frissons avec un peu de fièvre, des nausées ou des vomissements, c'est-à-dire des symptômes tout à fait analogues aux crises qu'on a notées dans les reins mobiles.

1. Remarquons que les reins mobiles commencent à se montrer de bonne heure, souvent vers quinze à seize ans, surtout chez les femmes (voir Obs. de M. le prof. Guyon, de Zawisza, etc.); mais ils ne semblent devenir douloureux que sept à huit ans plus tard, vers vingt-cinq ans.

Dans ces cas-là, les troubles remontent souvent presque jusqu'à l'enfance. D'autres fois, au contraire, la maladie a commencé directement par une attaque analogue, quoique moins intense, à celles qui surviennent au cours de cette affection ; puis les attaques se sont répétées et rapprochées de plus en plus.

La région où l'hydronéphrose apparaîtra ultérieurement peut être dans quelques cas, tout à fait au début des accidents, le siège d'une sensibilité exagérée et la moindre pression y réveille une douleur sourde.

L'hydronéphrose évolue parfois avec ce minimum de symptômes pendant plusieurs mois ou même quelques années, et dans ces conditions la vie est parfaitement supportable ; l'état général n'est pas atteint et le malade vaque, sans trop d'ennuis, à ses occupations habituelles.

On pense d'abord à des coliques néphrétiques, quoiqu'il n'y ait pas encore de troubles dans la sécrétion urinaire. Mais, bientôt, en questionnant avec plus de soin les malades, on apprend qu'il y a déjà eu des ébauches d'accès d'hydronéphrose intermittente et, au bout de peu de temps, la maladie est définitivement constituée.

On note, dans certaines observations, que l'affection est apparue après un refroidissement, un accident, une chute de cheval ou de voiture, un coup porté sur la région lombaire, des exercices très violents (équitation ou danse exagérées) ; mais il ne faut pas attribuer à ces causes occasionnelles une trop grande importance. Elles ne font souvent qu'attirer l'attention des malades dans une région où il existe déjà des troubles assez marqués, jusque-là restés inaperçus. La grossesse mérite peut-être plus de considération ; mais, nous le répétons, elle est rarement seule en cause ; il est vrai qu'elle peut agir de différentes façons sur le déplacement du rein ¹.

Il est bien rare que, dans cette forme, contrairement à ce qui a lieu généralement pour celle que nous avons déjà décrite, l'attention des malades ne soit pas attirée dès le début de l'hydronéphrose par des *symptômes douloureux* plus ou moins marqués, et nous ne connaissons, jusqu'à aujourd'hui, aucun cas où la maladie ait été reconnue pour la première fois lors de la constatation d'une tumeur.

1. Nous n'insistons pas sur le mode de début pour le cas où il ne s'agit pas d'hydronéphrose intermittente compliquant les reins mobiles. En pareille occurrence, tout dépend de l'affection causale et le cas I de Morris (Obs. X) en est un exemple frappant. Comme ce dernier est unique en son genre, il serait superflu de lui accorder une importance clinique exagérée et d'insister davantage.

B. — Affection constituée. — Evolution clinique.

Les malades atteints d'hydronéphrose intermittente constituée peuvent se présenter au médecin dans deux conditions bien différentes :

1° Soit *dans l'intervalle des accès*, alors que l'urine sécrétée par le rein malade s'écoule plus ou moins librement au dehors, comme s'il n'existait rien ou presque rien d'anormal du côté du bassinet;

2° Soit *pendant les crises d'hydronéphrose*, alors que l'uretère est totalement obstrué ou peu s'en faut.

Il est indispensable, on le conçoit sans peine, de décrire l'état du patient dans ces deux circonstances, fort différentes d'ailleurs.

1° — Intervalle des accès.

a). *Etat général.* — En dehors des accès, dans l'immense majorité des cas et dans les premières phases de la maladie, l'*état général* reste bon et même très bon; les malades, les femmes surtout, vaquent comme d'ordinaire à leurs occupations; elles ne se croient point atteintes jusqu'au jour où un accès vient les clouer au lit pour quelque temps et leur rappeler qu'il existe « une épine dans le côté, prête à leur jouer un mauvais tour ». L'accès passé, tout est oublié. Dans ces cas-là, il n'y a pas de fièvre, pas de frissons. Ainsi commence l'hydronéphrose intermittente dans un rein mobile chez une femme bien portante. Mais quand l'affection se développe sur un terrain plus impressionnable, chez des nerveuses, ce ne sont que plaintes continues, craintes exagérées, en attendant le retour des accès.

La *température*, prise avec soin, montre qu'il n'y a jamais d'élévation; elle oscille aux environs de 37°; autrement dit, elle reste normale. Il en est même ainsi quand il existe un très léger degré de pyélite, si toutefois les urines s'écoulent très librement au dehors; on a pu se rendre compte de ce fait dans l'observation de M. Terrier (cas II) et chez la malade du service de M. Quénu, comme dans bien d'autres cas d'ailleurs.

Quand l'affection est plus invétérée et les accès plus fréquents, on peut noter un certain degré d'*amaigrissement* (Newman), de l'*anémie* (Landau); mais ces symptômes semblent en rapport autant avec le rein mobile coexistant qu'avec l'hydronéphrose elle-même.

b). *Etat local.* — Au point de vue local, l'attention n'est attirée que par la persistance, dans l'intervalle des crises, de deux symptômes d'ailleurs non constants. Ce sont : 1° des *douleurs*, plus ou moins vagues, dans la région rénale; 2° parfois une *tuméfaction*, à

limites indécises, au niveau du rein du même côté; ou bien un *rein mobile*.

1° *Douleur*. — La douleur est *localisée* à la région atteinte ou *irradiée* vers d'autres organes; mais elle ne siège qu'au point malade dans la grande majorité des cas. Si elle existe du côté opposé, plus ou moins intense, deux suppositions sont possibles : ou bien il y a un début d'hydronéphrose intermittente de l'autre côté (Hare, Obs. III), et ce rein lui-même, si on l'examine, peut être trouvé légèrement mobile; ou bien, il s'agit d'un phénomène réflexe, rentrant dans la série des phénomènes réflexes d'origine rénale, étudiés par M. le professeur Guyon, c'est-à-dire d'un *réflexe réno-rénal* ¹. Ces troubles subjectifs du côté d'un rein resté sain devraient indiquer presque sûrement une hydronéphrose intermittente due à un calcul du bassin ² pour le côté malade; malheureusement pareille coïncidence ne semble pas avoir été encore notée. Toutes les fois où l'on a constaté de la douleur dans les deux régions rénales, on a trouvé à l'examen clinique l'existence d'une hydronéphrose double (Hare, Newman).

a). *Douleur locale*. — La *douleur localisée* se manifeste de différentes façons; mais elle peut manquer, au début surtout, ou être presque insignifiante. Quand elle existe, elle est caractérisée par une sensation de malaise, de gêne ou de pesanteur du côté du rein malade. Très rarement elle est assez intense pour empêcher tout travail; elle est supportable, sourde, « parfois accompagnée d'une sorte d'inquiétude ». Elle occupe soit le bas du dos, soit la partie inférieure du ventre, soit plus spécialement la région lombaire du côté atteint, et siège dans les parties profondes. Ce malaise, rarement continu, est plus accusé à certains moments, sans que pour cela il s'agisse d'un véritable accès.

La *pression* sur la région malade provoque ordinairement une douleur assez vive, surtout quand celle-ci existe d'une façon spontanée et quand il y a un peu de *pyélite* et de *péripyéélite*. Cette douleur est instantanée, cesse après l'exploration et est assez intense pour que les muscles abdominaux se contractent avec force pour défendre l'approche de la région douloureuse. La douleur à la pression doit être recherchée comme d'ordinaire, par la palpation bimanuelle de la région rénale dans le décubitus latéral.

On le voit, cette douleur est tout à fait différente de la douleur des calculs du rein ou de l'uretère, bien décrite par M. Legueu. En

1. Voir Legueu. *Loc. cit.*, p. 51.

2. Legueu dit pourtant avoir constaté le réflexe réno-rénal même dans le rein mobile.

analysant ses caractères avec minutie, il semble presque possible, même en se basant sur ce seul symptôme, de reconnaître si une hydronéphrose intermittente doit avoir pour cause un rein mobile ou un calcul.

b). *Douleurs irradiées.* — Quand il existe quelques autres *phénomènes douloureux*, tels que douleurs testiculaires ou rétraction du testicule, névralgie génito-crurale ou autre, etc., il y a probablement un calcul dans le bassinnet; mais ces douleurs irradiées, dans l'intervalle des crises, constituent la grande exception et, comme nous l'avons dit, il n'y a que dans le cas de Rockwell où l'on ait pu vraiment songer à un tel diagnostic. Peut-être, dans ces cas-là, pourrait-on observer un peu d'hématurie, mais cette constatation clinique reste à faire d'une façon précise.

2° *Tuméfaction rénale.* — Dans l'intervalle des accès, on peut constater qu'il existe, au niveau de la région rénale, douloureuse ou non : a. *aucune tumeur* appréciable, le rein étant bien en place; b. *un rein nettement déplacé*, très souvent *mobile*; c. *une tuméfaction vague*, à limites indécises, une sorte de poche flasque ou de tumeur à parties plus dures et plus saillantes que d'autres, à surface raboteuse.

a. Dans le premier cas on a affaire à une hydronéphrose tout à fait au début; le rein peut être mobile, au moment des crises, mais, celles-ci terminées, il reprend sa place. A cette phase, la nature de l'affection reste souvent méconnue (Cole, Fell, Landau (cas III), Fürbringer, Kappe, Köhler, Terrier (cas I), etc.).

b. D'autres fois, et c'est là le cas le plus fréquent, on constate tous les symptômes objectifs d'un *rein déplacé* ou *mobile*. C'est une masse dure, assez régulière, ordinairement bien *mobile*, absolument semblable à un rein (Newman (cas II), Landau (cas III et V), Israël, Lindner (cas I et II), Zawisza, Guyon, etc.). Il existe à la vérité, dès cette époque, qui correspond à une période de la maladie plus avancée que la précédente, un certain degré de dilatation du bassinnet; mais il passe inaperçu, car l'examen clinique est impuissant à nous le révéler. On peut le soupçonner, l'entrevoir pour ainsi dire à la palpation bimanuelle, quand on dispose d'une main exercée à ces sortes de recherches; mais, en réalité, il n'existe encore à ce moment, aucun signe physique bien appréciable et indiscutable, permettant d'affirmer une hydronéphrose au début.

c. Il n'en est plus de même plus tard et dans certaines formes plus particulièrement. Parfois, quand l'affection remonte à plusieurs années, alors même que le bassinnet est vide ou presque vide, on peut sentir plus ou moins nettement dans un des flancs, une *poche flasque*,

à parois épaisses, sans limites bien circonscrites, présentant en général à sa partie externe des parties plus dures, des bosselures plus ou moins marquées. Mais plus souvent, cette poche restant en partie pleine, c'est une tumeur plus ou moins nette, globuleuse, que l'on perçoit (Wilse, Newman (cas I), Landau (cas I), Socin, Hahn, etc.).

3° *Urines*. — Les *urines* ont en général leurs caractères normaux. Elles sont restées claires, limpides, dans un grand nombre d'observations (voir Obs. Cole, Fagge, Fell, Desnos et Barié, Newman (cas II), Landau (cas III), Fürbringer (cas III), Socin, Kappe, Braun, Terrier, etc.).

Mais, quand la maladie existe depuis un certain temps, il n'est pas rare de voir les troubles qu'elles présentent pendant les accès persister dans leur intervalle (Fowler, Quénu). En réalité, dans ces cas, il s'agit déjà de légère pyonéphrose, c.-à-d. d'hydronéphrose accompagnée tout au moins d'une pyélite au début. L'hydronéphrose dès lors, au point de vue symptomatique, cède, entre les crises, le pas à la pyélite. Les urines ne contiennent pas de graviers, à moins de lithiase rénale concomitante, ce qui est rare.

4° *Phénomènes réflexes*. — Dans quelques cas, on a noté des *troubles du côté de l'appareil digestif* : dyspepsie, digestions pénibles, douleurs épigastriques (Landau, Newman, etc.). Il est difficile de les rattacher à une influence autre que réflexe et ils tiennent presque toujours au rein mobile (Obs. Guyon); ils n'ont d'ailleurs été notés que dans ces cas. Nous n'avons donc pas à y insister autrement. Toutefois certains d'entre eux pourraient être rattachés à la rigueur à l'hydronéphrose (constipation, etc.).

2° — *Les accès de l'Hydronéphrose intermittente.*

Les crises de l'hydronéphrose intermittente sont tellement nettes, tellement caractérisées dans toutes les observations rédigées avec des détails suffisants qu'on peut sans peine reconnaître trois phases dans leur évolution : 1° une *phase de début*; 2° une *période d'acmé*; 3° une *phase terminale*.

A. — *Phase initiale.*

La crise, alors même qu'elle va être très intense, survient souvent au milieu de la santé la plus parfaite. Le malade se livrait les jours précédents à ses travaux habituels, éprouvant sans doute une certaine gêne dans l'un des côtés du ventre, mais étant en somme peu

incommodé par la douleur de la région rénale ou de la tuméfaction existant parfois en ce point. Tout à coup, dans des circonstances diverses, les douleurs s'accroissent et l'obligent à abandonner ses occupations et à garder le repos.

1° *Causes de l'accès.* — C'est parfois à la suite d'un repas trop copieux (Cole), de l'usage de certains mets ¹ (Guyon, Zawisza), d'un abus de vin mousseux (Lancereaux), de boissons gazeuses ou d'aliments féculents (Israël), de l'absorption de boissons froides (Fürbinger), d'un refroidissement (Fürbinger, Terrier, etc.), d'un voyage en chemin de fer ² (Lancereaux, Cole), d'une marche prolongée et trop fatigante, d'un exercice violent quelconque (Newman, Fell, Terrier), à l'occasion de chagrins ou d'émotions vives, de digestions pénibles (Eger, Terrier), d'une constipation opiniâtre (Newman), d'une distension notable de la vessie (Newman), d'une station debout de durée exagérée (Israël), mais parfois aussi sans la *moindre cause appréciable*, qu'apparaît le malaise caractéristique — sorte d'aura prémonitoire — auquel les pauvres malades, plusieurs fois éprouvés déjà, ne se trompent jamais.

L'influence de la nature des aliments ingérés s'explique facilement par les modifications qui surviennent dans l'intestin pendant leur digestion. Le gros intestin, plus ou moins distendu, se déplace et le rein ne tarde pas à suivre cet exemple, le coussinet gazeux qui le maintenait en avant n'existant plus. De même on comprend qu'à la suite de mouvements musculaires importants ou d'efforts, le rein mobile puisse se déclencher fréquemment.

Cependant il ne faut pas attribuer une importance trop grande à ces diverses circonstances. L'une d'entre elles peut un jour provoquer la crise alors qu'un mois plus tard elle sera insuffisante à la faire éclater. Tel malade accuse aujourd'hui la danse qui, à l'accès suivant, invoquera toute autre cause. Tel redoute un exercice violent, tandis que l'équitation et la marche peuvent n'avoir chez un autre aucune influence.

Malgré tout ce qu'on a dit, il est rarement possible d'accuser *les règles*, et en réalité il n'y a que deux observations (Desnos et Barié; Newman, cas IV) où soit probante l'influence de la menstruation; encore, dans ces cas, tous les accès ne coïncidèrent-ils pas avec les époques. Cette constatation mérite d'être remarquée, car on a tant

1. Certaines malades se privent de nourriture pour éviter des accès (Zawisza), phénomène absolument comparable à ce qu'on observe dans certaines affections du rectum.

2. Ce qui a peut-être contribué à faire songer dans ces cas à un calcul de l'uretère.

de fois répété que la congestion menstruelle retentissait chaque mois sur les organes de l'abdomen, qu'il est bon de réduire à sa juste valeur l'importance de ce phénomène physiologique, au moins en ce qui concerne les reins.

Ce n'est pas une raison parce que les crises d'hydronéphrose intermittente semblent survenir toutes les quatre ou cinq semaines, pour les croire forcément en relation avec les menstrues. Certes, nous ne voulons pas dire que l'apparition des règles n'a pas certaine influence sur les femmes atteintes d'hydronéphrose intermittente; les faits nous contrediraient à l'instant, car il y en a un de Newman (cas II) qui est très intéressant à ce point de vue. Il montre en effet que les règles, sans donner lieu aux accès, peuvent être la cause de certaines douleurs, caractérisées par des tiraillements et de légers troubles dyspeptiques. Ces douleurs sont bien moins vives que celles des crises, et surviennent, en tous cas, très nettement en dehors d'elles. Nous tenions à mettre en relief cette distinction pour bien spécifier que le flux menstruel n'est pas toujours l'étincelle qui allume l'incendie.

2° *Signes du début.* — A la sensation de chaleur abdominale, à l'apparition d'une sorte de tremblement, qui n'est pas un frisson, à une certaine sensation d'urine retenue dans une sorte de seconde vessie qui siégerait au-dessus du véritable réservoir vésical, tous les malades sentent venir de loin leur crise.

La température, prise à ce moment, n'est pas sensiblement supérieure à la normale; mais le pouls devient plus vif, plus fréquent. La physionomie est anxieuse et la région rénale, nettement hyperesthésiée, est parfois déjà plus volumineuse que dans l'intervalle des accès.

Cette phase, qui débute souvent pendant la nuit, a une durée fort courte, quelques heures au maximum, et rapidement la crise arrive à sa période d'acmé.

B. — *Période d'acmé.*

Quand, après avoir passé par une série de phases de transition faciles à imaginer, l'accès est parvenu à son apogée, le tableau clinique est tout à fait caractéristique. Mais, avant d'en lire la description théorique et trop schématique que nous sommes obligés de présenter ici, on fera bien de parcourir la relation de ces accès dans les observations ¹ suivantes, encore inédites, et dont l'une,

1. Disons, à ce propos, avant d'aller plus loin que, depuis la rédaction de ce mémoire, l'Ecole de Necker, ayant connaissance de nos recherches, a publié plu-

entre autres (cas I de Terrier), a été rédigée par le malade lui-même : on se fera ainsi une meilleure idée des souffrances que peuvent endurer les patients. Et ce cas est d'autant plus intéressant qu'il a trait à un vétérinaire très instruit, à un homme doué par conséquent d'un certain talent d'observation.

Observation LXVI.

Terrier, cas I (inédit).

Hydronéphrose intermittente gauche. — Amélioration.

Le jeune homme, qui fait l'objet de cette observation ¹, est âgé d'environ vingt-neuf ans (mai 1888); il exerce la profession de vétérinaire, dans un des quartiers populeux de Paris; ses occupations sont nombreuses et fatigantes; il a très peu de distractions.

Antécédents. — Il appartient à une famille mi-bourgeoise, mi-ouvrière, originaire du département du Nord.

La mère, toujours souffrante, est décédée à l'âge de cinquante ans, emportée par une affection d'origine tuberculeuse (antécédents tuberculeux). — Son père, alcoolique, a succombé à cinquante-quatre ans des suites d'une maladie de cœur (antécédents rhumatismaux).

Le jeune homme qui nous occupe a peu vécu avec ses parents, et a été élevé par ses grands-parents, sevré de très bonne heure, sa mère-nour-

sieurs observations d'Hydronéphrose intermittente. Sans parler des articles de M. Tuffier, que nous avons signalés dans un paragraphe précédent et dans lesquels on trouve la brève mention d'une observation résumée d'Hydronéphrose de cette nature, nous devons signaler l'importante leçon de M. le prof. Guyon (*Rétentions rénales*; in *Ann. des Mal. des org. génito-urinaires*, sept. 1894, p. 605), où ce chirurgien dit qu'il a observé quatre cas analogues, et la thèse de doctorat de M. Arnould (*Contribution à l'étude de l'hydronéphrose*, Paris, juillet 1891 : exemplaire de la Faculté), où sont relatés trois cas nouveaux (Segond, Arnould, cas de Socin, qui est rapporté par Moser et qui nous avait échappé). Dans la réimpression de ce travail (nov. 1894) sera cité, paraît-il, un nouveau fait extrêmement probant, reproduit d'ailleurs dans les *Ann. des Mal. des org. génito-urinaires*, sept. 1894, p. 653. — Tout cela prouve, comme nous l'avons déjà dit, combien cette affection doit être fréquente. D'ailleurs, depuis que ce travail a été rédigé, nous avons pu découvrir encore une nouvelle observation indiscutable. Analysée par M. Galliard dans les *Arch. gén. de méd.* (sept. 1894, p. 337), elle est due à Oppenheimer, qui l'a communiquée avec une autre à la *Soc. méd. de Francfort* en 1890, sous l'étiquette : *Deux cas de polyurie périodique*. M. Galliard d'ailleurs n'a pas soupçonné la nature réelle de la lésion, quoiqu'il ait rapproché ce fait de ceux publiés par Landau; mais il dit qu'il s'agit là simplement d'accidents périodiques, dus à un rein flottant, et qui seraient la conséquence de la torsion des vaisseaux rénaux. Ce cas, *typique*, est très remarquable. Le premier fait d'Oppenheimer est discutable; nous n'en parlerons donc pas, mais il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'il s'agisse encore là d'hydronéphrose intermittente.

1. Observation rédigée par le malade lui-même.

rice étant à ce moment atteinte de fièvre typhoïde. Il a quitté ses grands-parents pour faire ses études au collège de Beaufort-en-Vallée (Maine-et-Loire); puis il est resté quelques années avec ses parents et est enfin entré à l'école d'Alfort en 1881.

Il en est sorti en 1885, a fait successivement de la clientèle à Levallois-Perret pendant deux mois et demi, à Rouen huit mois, et à Paris depuis le mois d'avril 1886.

Il n'a pas fait de service militaire, ayant été réformé pour cause de scrofulose.

Sa vie est très simple; il a fait peu d'excès tant de femmes que de boissons. Il se nourrit bien et use souvent d'eaux minérales alcalines (Contrexéville, Pougues, Vals, Vichy).

Début. — Les premiers signes du mal se sont fait sentir vers l'âge de sept à huit ans. Après un parcours un peu fatigant (une lieue et demie à pied, marchant vite pour suivre une grande personne), il sentit une douleur sourde dans le côté gauche. On l'alita, on le tint chaudement et en quelques heures tout signe de malaise avait disparu.

A dater de cette époque, lors de chaque marche un peu forcée, la même douleur réapparaît, allant sans cesse en augmentant de durée et d'intensité. Le repos et la chaleur en viennent facilement maîtres au bout de deux ou trois jours.

Le malade ne se rappelle pas si lors de chaque crise il éprouvait de la difficulté pour uriner et s'il y avait une débâcle urinaire dès que tout était rentré dans l'ordre ordinaire.

C'est vers l'âge de dix ans et demi environ qu'il entra au collège de Beaufort-en-Vallée (climat marécageux et brumeux). Là il n'éprouva plus la moindre souffrance, même pendant les marches les plus forcées. Mais une série d'abcès froids se développa dans les ganglions du cou et de la joue gauche; un autre prit naissance à la face antérieure de la poitrine au-dessus du sternum.

Mis au régime iodé, tous ces accidents prirent fin : l'abcès de la face antérieure de la poitrine vers l'âge de douze ans, et ceux des ganglions du cou, trois ou quatre années plus tard.

A dix-sept ans, au cours d'une partie de chasse, pendant les vacances de septembre, la douleur du côté gauche réapparut brusquement, aussi intolérable; le rein est comme comprimé entre les deux mors d'un étai; il est impossible au patient de se tenir debout; la tolérance de l'estomac est abolie. Au repas du soir, il essaye de prendre des aliments sur les instances de ses parents; quelques minutes après, il y a des vomissements d'abord alimentaires, puis biliéux. La miction est fréquente, faible; l'urine coule en petit filet.

Le malade garde la position horizontale dans un lit bien chaud pendant trois ou quatre jours, prend très peu de nourriture, bouillons, lait coupé d'eau de Vichy, et l'accès se calme. La miction redevient facile; il y a une *légère débâcle* et tout est fini.

Les accès. — Les accès se répètent dans des espaces de plus en plus

rapprochés. Ils atteignent leur plus grande fréquence lorsque le malade entre à l'école d'Alfort (1881, 22 ans). Le changement brusque de régime l'irrite et l'ennuie. Il a perdu l'habitude du travail; comme il veut arriver et bien arriver, il fait des efforts considérables. Le mal semble s'aggraver encore. Il ne peut plus sortir pour faire une promenade sans ressentir immédiatement un malaise vague, une sorte d'inquiétude, puis une douleur sourde affectant de préférence le côté gauche de l'abdomen et le bas-ventre; les mictions deviennent fréquentes, peu abondantes; les organes génitaux externes sont rétractés et enfin la douleur rénale apparaît; douleur accablante, intolérable; une sueur froide ruisselle sur les tempes; aucune position n'est supportable; il y a des vomissements. Quand cette crise aiguë est passée, le malade tombe épuisé sur son lit pendant quelques heures, pour ensuite être rééprouvé par la douleur qui semble changer de place et se localiser dans le bas-ventre, avec des irradiations du côté des organes génitaux.

Le malade garde le lit pendant quatre, cinq, six jours, suivant la durée de l'accès; le traitement consiste en cataplasmes émoullients laudanisés sur la région; à l'intérieur, lait, eau de Vichy (Célestins) à discrétion. Pas d'aliments; si la douleur est par trop violente, on fait des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine (1, 2, 3, par jour suivant l'intensité du mal).

Enfin tout malaise disparaît petit à petit, il y a une *débâcle* plus ou moins abondante accompagnée d'un peu d'*hématurie*, l'appétit renaît.

Vers 1884, lors de chaque crise, notre malade observa une *tuméfaction* de la région hypogastrique gauche; cette tuméfaction soulève les dernières côtes sternales, et va toujours en augmentant de volume, gênant même parfois la respiration.

La durée de la souffrance augmente, l'hématurie s'accroît de plus en plus; mais, à aucun moment, on n'observe de *miction purulente*. Jamais non plus on n'a trouvé de *sédiments calcaires* ou autres dans l'urine; seul un liseré rougeâtre, soluble dans l'eau froide, indique la hauteur du liquide dans le vase de nuit.

État actuel. — Depuis sa sortie d'Alfort, la maladie semble s'être atténuée un peu; les accès sont moins fréquents: il y en a eu deux pendant le séjour à Rouen, espacés de quelques mois, et trois depuis la rentrée à Paris (avril 1887, février et avril 1888).

Dans ces derniers temps, les accès ont toujours été annoncés par des douleurs vagues dans le bas-ventre, la fréquence des mictions; l'urine prend une teinte noirâtre, *couleur café*. La douleur rénale se localise, la tuméfaction hypogastrique se développe progressivement (en quatre à huit jours), gênant la respiration et la digestion, la souffrance devient intolérable pendant cinq ou six jours. Une fois il y a eu de la dysurie: le malade a été obligé de se sonder.

Le traitement indiqué plus haut est suivi pendant la période aiguë du mal. Dès que la douleur disparaît, l'*hématurie* commence et dure deux,

quatre, cinq, six jours, quelquefois un peu plus longtemps, mais avec des rémittences.

Comme causes prédisposantes, le malade a cru remarquer qu'au début du mal, les crises étaient déterminées par la fatigue musculaire, l'ennui, plus tard les excès de liquides alcooliques, surtout ceux de bière. Lors de la plus grande fréquence des accès, c'est-à-dire pendant le séjour à Alfort, un ou deux bocks suffisaient à les faire apparaître. Les excès de tabac semblaient aussi jouer un certain rôle.

Mais ce sont surtout les changements brusques de température qui agissent comme causes déterminantes : les temps orageux, chargés d'électricité, les froids humides de l'automne et les jours de dégel, les heures d'adoucissement de la température qui précèdent la chute des neiges.

Suites. — A partir de la consultation de M. le Dr Terrier en avril 1888, le malade a suivi très sévèrement le régime suivant :

Bonne nourriture, aussi azotée que possible, vin blanc le matin et rouge le soir, eaux minérales à tous les repas, alternativement de Vichy, Vals, Pougues ou Contrexéville, peu de légumes.

Vêtements chauds en laine, ceinture de flanelle large et épaisse autour de la région hypogastrique, chaussettes de laine, chaussures très chaudes.

Bains alcalins, une ou deux fois par mois, pris pendant une heure, et très chauds de façon à obtenir un nettoyage complet de la peau.

Abstinence de toutes sortes d'excès, suppression complète de l'usage du tabac.

Pendant le mois qui a suivi le dernier accès, pour lequel M. Terrier a été consulté, le malade a pris régulièrement 3 à 4 grammes de borate de soude chaque matin en se levant.

Deux ou trois fois pendant ce laps de temps il a éprouvé des crampes d'estomac et des nausées suivies de vomissements qu'il a attribuées à l'usage de ce médicament; toujours elles ont cédé au régime lacté.

La préparation de borate de soude a été administrée sous forme de sirop ou de solution aqueuse dans du lait très sucré. Pendant toute la durée de ce traitement la diurèse a été abondante; l'urine claire ne laissant aucune trace de sédiment dans le vase et sans albumine. Depuis cette époque, chaque fois que le malade a éprouvé un léger malaise du côté des reins ou qu'il en a pressenti un, soit à cause du mauvais temps, soit par suite d'un changement de saison, il a pris un bain alcalin, s'est remis au traitement boriqué pendant quatre, cinq, six jours et plus jusqu'à ce que toute indisposition ait disparu.

Pendant les hivers de 88 à 89 et de 89 à 90, il a pris tous les jours avant le déjeuner 6 ou 8 capsules d'huile de foie de morue brune.

Durant l'épidémie de grippe de l'hiver dernier, il a souffert pendant deux jours de violents maux de tête et de courbature généralisée qui ont cédé à des bains de pieds sinapisés ou une purgation à l'eau de Montmirail.

Depuis ce moment il se porte aussi bien que possible, mais il est toujours sur le qui-vive.

Observation LXVII.

Landau, cas V (inédit).

*Rein mobile droit. — Hydronéphrose intermittente droite*¹.

Mlle M. A., âgée de quarante-deux ans, a eu la fièvre typhoïde il y a douze ans et depuis cette époque présente une maigreur très notable. Il y a dix ans, prétend-elle, on a constaté chez elle l'existence d'un rein mobile du côté droit.

Cette dame a été soignée depuis six ans par un gynécologiste qui lui a amputé le col utérin pour combattre les douleurs qu'elle accuse dans les reins et dans les lombes. Naturellement sans résultat aucun. A cette occasion la malade eut une paramétrite postérieure, qui est très manifeste aujourd'hui et qui est accompagnée de fixation de l'utérus contre le rectum, avec des douleurs et une sensation de pression sur le rectum et la vessie.

Cette femme est soignée par M. L. Landau depuis le mois d'octobre 1838. Lors du premier examen, il reconnut l'existence d'une tumeur, plus grosse qu'une tête d'enfant, siégeant dans l'hypocondre droit, adhérent intimement et manifestement au foie et suivant les mouvements de la respiration. La tumeur était d'une consistance pierreuse et immobile par elle-même.

A la percussion, on ne trouvait aucune anse intestinale au niveau de la tumeur; le son était mat sur la ligne axillaire. A la palpation et à la pression, la tumeur était un peu sensible. Une ponction exploratrice, faite avec une seringue de Pravaz, conduisit au diagnostic de tumeur kystique. On recueillit du liquide clair, jaunâtre: il avait une réaction neutre, contenait quelques globules de pus; par la chaleur, on constata la présence de traces d'albumine. Désormais le diagnostic ne pouvait hésiter qu'entre deux hypothèses: il s'agissait d'un kyste hydatique ou d'une hydronéphrose.

La malade, à qui M. Landau avait donné rendez-vous à sa clinique, revint quinze jours après. Elle raconta que depuis la ponction elle se sentait beaucoup mieux², qu'elle avait rendu une très grande quantité d'urine et que depuis ce moment-là elle se portait très bien. Et, malgré une palpation des plus attentives, M. Landau ne put plus retrouver de tumeur. Il constata seulement un léger prolapsus du foie et, d'une façon assez confuse, à la place de l'ancienne tumeur, une sorte de poche flasque qui devait être le rein dont le bassinet dilaté constituait le sac hydronéphrotique.

Quatre mois après, M. Landau revit cette malade. Elle était dans le même état que lors du premier examen; seulement la tumeur n'était pas

1. Nous devons ces observations à l'obligeance de M. le Dr Léopold Landau (de Berlin), qui a bien voulu nous les adresser directement.

2. A remarquer que la ponction semble avoir occasionné l'évacuation de l'Hydronéphrose. (N. des Trad.)

aussi grosse. Quelque temps plus tard, elle disparut de nouveau. Et les choses ont continué de la sorte jusqu'à aujourd'hui (mars 1891).

Cette femme souffre à peine.

Observation LXVIII.

Landau, cas VI (inédit).

*Rein mobile droit. — Hydronéphrose intermittente droite.
Pyosalpinx double.*

Lucie G..., âgée de quarante ans, ayant eu deux avortements et trois enfants, a été soignée à diverses reprises pour des affections gynécologiques. Depuis son dernier avortement qui a eu lieu en 1887, elle souffre des suites d'une inflammation pelvienne et a beaucoup maigri. Plusieurs fois, elle a séjourné dans les hôpitaux, la dernière fois en octobre 1889, pour une inflammation du côté des reins, à ce qu'elle raconte.

Le 19 novembre 1890, elle vient consulter M. Landau pour un gonflement des deux jambes, une diminution de la sécrétion urinaire et des douleurs dans les deux fosses iliaques et dans l'hypocondre droit. La menstruation est irrégulière.

A l'examen, on constate d'abord une pyosalpingite double, puis, dans l'hypocondre droit, une tumeur, plus grosse que le poing, fluctuante, paraissant kystique, qui fait corps avec un rein prolabé et augmenté de volume. Ce rein est mobile; on peut le déplacer en haut et en dehors; on peut même le faire disparaître complètement sous l'arc costal. La tumeur n'est pas sensible à la pression.

La malade raconte que le matin, au lever, la tumeur a notablement diminué et que la quantité d'urine rendue à ce moment est plus considérable que dans le reste du jour. Le soir, elle sent toujours que sa tumeur augmente, et si elle marche beaucoup elle souffre de violentes coliques.

Observation LXIX.

Landau, cas VII (inédit).

Hydronéphrose intermittente droite.

Marthe W..., vingt-huit ans, trois accouchements, une fausse couche.

Il y a un an environ, cette femme, alors qu'elle était assise sur une chaise, a été saisie par derrière par un individu et violemment tirée en arrière. A ce moment elle ressentit dans le côté droit une certaine secousse et depuis cette époque éprouve une sensation de brûlure à cette place et dans toute la région lombaire.

Elle prétend que ses douleurs sont très amoindries par une pression exercée dans cette région. Depuis quelque temps, elle a remarqué qu'au

point douloureux apparaît parfois une tumeur, qui se montre et disparaît sans cause. Fréquentes coliques. Les accès douloureux reviennent en général tous les huit jours; mais à différentes reprises, l'intervalle des crises a été de trois semaines. Elle se plaint, à ces moments-là, d'un violent besoin d'uriner et la quantité d'urine évacuée est cependant très faible. Toutes les fois que l'urine est rendue en grande quantité, il y a aussitôt un soulagement très notable; mais, jusqu'à ce moment-là, elle souffre beaucoup dans les reins. Son état général est mauvais, elle accuse des maux de tête, etc. Un jour cette malade rendit beaucoup d'urine; aussitôt la tumeur disparut, de même que les douleurs. La quantité d'urine émise après un accès est souvent de plus d'un litre.

Et précisément, la veille du jour où elle a été examinée par M. Landau, elle a rendu le soir beaucoup d'urine; depuis ce moment-là, elle ne souffre plus.

Le 15 janvier 1891, elle présente l'état suivant : Anémie marquée, haute taille, amaigrissement notable. On ne constate rien dans le côté droit, du moins rien qui puisse faire songer à un prolapsus du rein droit non augmenté de volume.

Mais le 1^{er} février suivant, il y a, dans le côté droit, une tumeur plus grosse qu'une tête d'enfant, très tendue, qu'il est impossible de faire remonter sous le rebord costal. Au-dessus de cette tumeur et à sa partie interne il y a de la sonorité tympanique.

Une ponction exploratrice fournit un liquide clair, jaunâtre, à réaction acide, sans éléments figurés, ni albumine.

Il y a des degrés dans la violence des accès : au début de la maladie ils sont à peine marqués; ultérieurement ils sont suffisants pour empêcher tout travail; plus tard enfin, ils deviennent très violents. Pour ne pas rendre notre description trop longue, nous prendrons un type, le plus commun : celui où l'Hydronephrose, si elle n'est pas encore transformée en Pyonephrose, est cependant déjà *infectée*, comme le prouve l'élévation de température au moment des accès ¹. Nous grouperons autour de cet exemple les particularités des autres cas.

La crise est caractérisée par plusieurs ordres de symptômes dans les cas types et déjà anciens; ce sont :

A. Les troubles de l'état général; B. les phénomènes locaux.

A. *Phénomènes généraux*. 1^o *État général*. — Le facies est souvent profondément altéré, analogue à celui de la période la plus douloureuse de la péritonite suraiguë par perforation ou tout au moins

1. Pour désigner plus spécialement cette phase, M. le professeur Guyon a préféré récemment (septembre 1891) le terme d'*Uropyonephrose*, sans trop y tenir pourtant. Pour nous, nous continuons à employer l'expression d'*Hydronephrose intermittente compliquée d'urétéro-pyélite légère*; elle nous paraît plus explicite, quoique plus longue.

à celui de cet état qu'on a appelé Péritonisme. Le pouls est fréquent, l'air généralement anxieux, pas toujours cependant.

La fièvre n'existe pas, quand il n'y a pas d'infection du bassin¹. On en possède des exemples très nets (Cole, etc.²). Mais il y a des cas souvent où la température peut monter à 38°,5, 39° (Terrier, cas II) et même 40° (cas de Quénu). Presque tous ces malades sont infectés à une période avancée, quel que soit le processus qui ait causé l'infection; mais, en dehors des accès, cette infection existe à peine ou plutôt reste latente, l'agent infectieux vivant silencieusement dans la partie supérieure des voies urinaires. Par contre, l'urine trouve-t-elle un obstacle? Aussitôt la distension du bassin³ transforme ce réservoir en *locus minoris resistentiæ* et l'organisme est infecté à nouveau³. A peine l'obstacle est-il levé, le cours de l'urine assuré, la température retombe à la normale.

Il ne faut pas confondre cette infection passagère, intermittente comme l'hydronéphrose (*pyélite légère des crises*) avec celle de la Pyonéphrose véritable, laquelle est persistante ou peu sans faut. Nous allons d'ailleurs revenir sur cette complication.

2° *Phénomènes réflexes*. — Il y a fréquemment des *nausées*, moins souvent des *vomissements* d'abord alimentaires, glaireux ensuite; ils peuvent se répéter plusieurs fois, si la crise dure assez longtemps. Ce sont des phénomènes réflexes, dont l'origine est certainement l'état douloureux de la région rénale⁴.

On doit en rapprocher l'*expectoration abondante des matières visqueuses*, notée par Cole chez son malade, et même la *diarrhée* (Newman, cas I), la *tympaanite*, etc.

Pendant toute la durée des souffrances et au moment de leur plus grande acuité, le patient va jusqu'à pousser des cris violents, à se rouler sur son lit, etc., ou, tout au moins, est extrêmement agité, dans l'impossibilité de garder le repos; aucune position n'est suppor-

1. Dans les cas de rétention aseptique, il n'y a pas de pus dans les urines, qui restent claires dans toutes les phases de l'accès.

2. Même au milieu de l'accès, le thermomètre dans ces conditions n'indique aucune élévation de température. M. le professeur Guyon le faisait encore remarquer dernièrement (*loc. cit.*, sept. 1891) et y insistait beaucoup. Il y a longtemps qu'à l'hôpital Bichat l'un de nous répète qu'il n'y a de la fièvre dans les affections des voies urinaires que s'il y a infection.

3. La gêne circulatoire dans les vaisseaux du bassin³ doit favoriser cette crise d'auto-infection (stase sanguine, dilatation des petits vaisseaux consécutive à leur compression au niveau de l'embouchure de l'uretère dans le sac pyélique).

4. Il ne faudrait pas croire que les nausées et les vomissements puissent être exclusivement la conséquence de la distension mécanique du bassin³ seulement. Ce sont là des phénomènes réflexes, dont le point de départ est l'*irritation rénale*, quelle que soit l'origine de cette dernière, puisque la seule palpation d'un rein mobile est suffisante pour les déterminer.

table. Il y a de la pâleur des extrémités et une sueur froide perle sur le visage; parfois des crampes (Landau, cas II), un abattement extrême ont été notés. Il peut même y avoir du délire, en dehors de toute attaque d'urémie proprement dite (Hillier, cas I).

B. *Phénomènes locaux*. 1° *Douleur*. — La *douleur* de la région rénale, de sourde qu'elle était, est devenue lancinante et très aiguë, parfois plus marquée en un point; elle est accablante, absolument intolérable. Les malades sont prêts à tout supporter pour obtenir le moindre soulagement (injections de morphine, inhalations chloroformiques, etc.). Cette douleur revêt diverses formes : sensation de tiraillements très intenses, de pression énergique, etc. Elle occupe une région assez étendue, comprenant tout l'hypocondre et la fosse iliaque; elle est superficielle aussi bien que profonde; ce qui rend l'examen de cette région fort difficile. Le malade pousse des cris au moindre attouchement. La douleur fait défaut (Landau, cas V, etc.).

Quelquefois ces douleurs présentent des *irradiations* importantes (Wilse, Eger, Terrier); quand ces dernières existent, elles se font sentir dans la fosse iliaque, une partie du dos, le membre inférieur du même côté, etc. ¹.

2° *Tumeur*. — Dans tous les cas on constate l'existence, dans la région rénale malade, d'une *tumeur* bien nette, plus ou moins volumineuse suivant les dimensions très variables du sac hydronéphrotique. Elle déforme la partie antérieure de l'hypocondre ou au contraire n'y détermine aucune tuméfaction et n'est pas appréciable à la seule inspection du ventre. Dans les cas déjà anciens, elle peut au contraire faire une saillie notable et régulière.

La paroi abdominale est très tendue, dure, par suite de la contraction de tous les muscles qui la constituent; elle est très sensible, même dans les cas de moyenne intensité. On la déprime avec peine; mais, en prenant certaines précautions et en procédant avec douceur, on arrive cependant sur une tumeur arrondie, sphérique ou ovoïde suivant les cas, lisse, bombée, parfois formée de deux parties séparées par un léger sillon : celle qui siège en dehors correspond au rein, l'autre au bassin dilaté (Hare). Alors même que dans l'intervalle des crises cette tumeur existe déjà, elle augmente très notablement pendant l'accès, se déplace plus ou moins, souvent s'abaisse. Elle devient extrêmement douloureuse, ce qui la différencie de la tumeur de l'Hydronephrose fermée depuis longtemps. Quand on presse sur elle on détermine fréquemment un impérieux besoin d'uriner que le

1. Voir, à ce propos, le passage où M. le professeur Guyon étudie la douleur dans sa leçon sur les *Rétentions rénales*.

patient ne peut satisfaire et qui disparaît dès que cette pression cesse.

La tumeur est située d'ordinaire dans la région lombaire, un peu plus bas que le rein normal : ce qui tient à ce qu'elle se développe généralement sur un rein prolabé ou mobile.

Cela explique aussi pourquoi elle peut être très *mobile*¹, aussi *mobile même* qu'un kyste de l'ovaire classique quand elle n'est pas très grosse (Fagge, Lloyd (cas I), Newman, Israël, Landau, Guyon, Socin, Koehler, etc.) : phénomène très intéressant à noter et à rapprocher de la définition de l'*Hydronéphrose mobile* (*Wanderhydronéphrose*) que nous avons donnée au début de ce travail.

Elle peut être nettement *fluctuante*², ce qui est très rare, sauf dans le cas où la poche vient de se vider en partie (Landau). Assez souvent on y perçoit une sensation vague ou même fort obscure de fluctuation profonde; mais d'ordinaire elle a une consistance élastique ou presque solide, dure, pierreuse, tellement elle est tendue : autrement dit, elle présente rarement une fluctuation typique, quoi qu'on ait écrit à ce propos³.

Il nous faudrait encore décrire minutieusement le siège précis, les

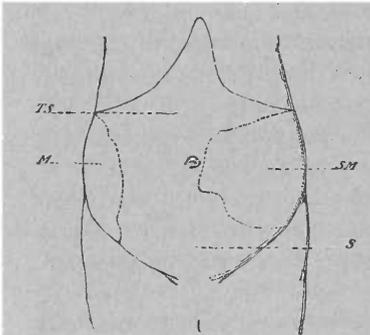


FIG. XIV. — Limites des tumeurs hydronephrotiques dans un cas d'hydronephrose intermittente double (cas I de Hare, 16 oct. 1855). — Légende : M, matité; SM, submatité (intestin derrière); TS, très sonore; S, sonore¹.

1. Figure empruntée au mémoire de Hare.

rapports de cette tumeur avec le foie d'une part, l'intestin de l'autre; montrer que le côlon se déplace souvent et la recouvre rarement, quand elle a atteint un certain volume, etc. Mais tout cela nous entraînerait trop loin et, pour ne pas sortir de notre sujet et retomber dans l'histoire de l'Hydronephrose en général, nous n'insisterons pas davantage sur ces caractères objectifs qui sont ceux de toute tumeur hydronephrotique. L'allure des phénomènes douloureux ayant au contraire bien plus d'importance au point de vue du diagnostic, c'est pour cette raison que nous l'avons décrite avec détails.

3° *État de l'autre rein.* — Dans

quelques cas, heureusement fort rares, l'hydronephrose peut être

1. Dans les cas congénitaux, il n'y a généralement pas de mobilité (Lloyd, Hillier, etc.). Dans les cas très anciens, la tumeur peut être fixée à une certaine distance de la loge rénale par des adhérences et le rein n'est plus mobile. A ce moment il y a de la pyélite.

2. Küster dit que cette fluctuation s'apprécie mieux sous le chloroforme.

3. Presque tous les auteurs classiques prétendent bien à tort que l'Hydronephrose est toujours fluctuante.

intermittente des deux côtés à la fois (Hare, cas I; Newman, cas II). Dans ces conditions, il existe des phénomènes douloureux des deux côtés de l'abdomen et une très notable augmentation de volume des deux reins (voir Fig. XIV). Il est évident que ces cas présentent une gravité toute particulière; qu'à un moment donné une des hydronéphroses intermittentes se transforme en hydronéphrose fermée, un accès un peu violent suffit alors pour emporter le malade d'urémie (Hare). Ordinairement le rein opposé est sain; ce qui le démontre péremptoirement ce sont les nombreux cas de guérison radicale obtenus après l'extirpation du rein malade. Mais il peut être *mobile*, surtout si l'hydronéphrose est mobile ou en rapport manifestement avec un rein mobile (Kœhler, etc. ¹).

4° *Urines*. — Dans cette période, les urines sont très ordinairement *rendues en plus petite quantité* que d'habitude (*oligurie*); mais il n'en est pas toujours ainsi; d'ailleurs il faut dire que rarement on s'est attaché à étudier à fond cette question de la diminution des urines pendant l'accès. Cette diminution dans la quantité résulte d'une part de ce que le bassinet malade est d'habitude totalement oblitéré pendant la crise; d'autre part, de ce que l'autre rein, par action réflexe ², ne sécrète pas ou ne fournit que quelques gouttes d'urine. Très exceptionnellement on a noté de l'*anurie* ou plutôt la *suppression totale des urines* [Tulpius, Baker, Newman (cas I, II, IV, etc.)], et, dans ces cas, on peut observer tous les symptômes de l'*urémie* au début (troubles visuels, céphalalgie, excitation spéciale, etc.).

Les urines, quand il y en a d'évacuées à ce moment, sont ordinairement *claires* ³ ou à peine troubles, car elles proviennent uniquement du rein du côté opposé (Thiriari, etc.), et généralement ce dernier est sain.

Si les urines sont purulentes et hématuriques, cela prouve que

1. On sait que les reins mobiles des deux côtés à la fois s'observent assez souvent.

2. Action sur les vaso-constricteurs du rein sain (*Réflexe réno-rénal*). Ce réflexe d'inhibition semble pouvoir se produire dans ces cas sur un rein absolument sain; point n'est besoin que le rein non hydronéphrotique soit malade lui-même d'une façon quelconque.

3. M. Guyon dit en effet (sept. 1891) des malades dont l'hydronéphrose intermittente est infectée, « qu'ils ont des urines légèrement troubles tant qu'ils se portent bien, tandis qu'au moment de leurs crises, ils en rendent de complètement claires » : remarque qui a déjà servi à Thiriari pour poser le diagnostic dans son cas d'hydronéphrose intermittente d'une forme un peu particulière. C'est en effet parce qu'ils sont sous le coup d'une rétention rénale — complète pendant la crise — que ce phénomène « en apparence favorable » se produit. Les urines redeviennent troubles quand le cortège douloureux disparaît, ou quand la rétention cesse et que l'uretère du côté malade redevient perméable, comme nous le disons plus loin.

l'occlusion de l'uretère du côté malade n'est pas complète ou, ce qui est bien plus exceptionnel, que l'autre rein est atteint.

L'hématurie à ce moment est rare, mais a été signalée [Lloyd (cas I), Fürbringer (cas II), Zawisza (cas I)]; elle est sans doute due à une néphrite chronique concomitante, ce qui indique une lésion ancienne.

Dans les cas de *Pyonéphroses* avérées, il n'y a rien d'étonnant à ce que le peu d'urine qui est rendue à cette période contienne même une assez grande quantité de pus.

Mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi et quand on fait une *ponction* dans les sacs hydronéphrotiques en plein accès, on peut parfois trouver du liquide clair, jaunâtre, ressemblant à de l'urine normale (Landau, cas V, etc.) ou à celui d'une hydronéphrose fermée déjà depuis longtemps (liquide plus clair, bien moins riche en urée et en sels, etc.).

Durée. — Cette période d'acmé, qui rend la vie absolument insupportable aux malades, qui les fait se décider aux interventions les plus sérieuses, dure rarement plus de douze à vingt-quatre heures, quand elle est aussi violente que nous venons de le dire. Si les phénomènes persistent parfois plus longtemps, en général ils sont moins intenses et présentent seulement, au cours des deux ou trois jours pendant lesquels on constate une tumeur dans l'hypocondre, plusieurs poussées aiguës de très courte durée.

C. — Période terminale.

A un moment donné, sans cause appréciable, ou sous l'influence d'un changement de position du malade dans son lit, — que ce changement soit calculé ou non (élévation du bassin, Hunter), — ou bien encore à la suite de manœuvres exercées sur la tumeur par un chirurgien¹ (massage, pression sur la tumeur, etc.), les accidents disparaissent, plus ou moins brusquement, mais avec une rapidité qui étonne, qui comble de joie le patient ayant déjà subi de semblables crises.

a) *État général.* — Subitement, c'est une sensation de bien-être indicible. Le facies revient à la normale et le pouls se ralentit; la température, qui a pu rester pendant l'accès à 39°,5, 40° même, retombe en quelques instants à 37°. L'état général s'améliore et tous les accidents réflexes, nausées, vomissements, etc., s'arrêtent comme par enchantement. Le malade reprend instantanément sa

1. Voir le cas typique de M. Guyon, celui de Landau (cas III), etc.

tranquillité. Désespéré par l'intensité des douleurs il y a quelques instants, il renaît à l'espoir et à une période d'anéantissement véritable succède un calme, un soulagement qui forme un contraste frappant avec l'agitation et les souffrances de l'acmé de la crise.

b) *Phénomènes locaux*. 1° *Douleurs*. — En même temps les douleurs locales diminuent très rapidement; en quelques heures elles ont cessé et la région rénale n'est plus à peine sensible au palper.

2° *Tumeur*. — Pendant que les symptômes subjectifs s'atténuent ainsi, la tumeur se modifie et diminue avec une étonnante facilité, elle qui, il n'y a qu'un moment, était tendue et dure comme du bois. Elle disparaît non pas très brusquement, non pas d'un seul coup comme un vase qu'on débouche — ainsi que cela a lieu dans la majorité des *hydronéphroses à évacuation instantanée* que nous avons antérieurement décrites — mais semble se vider progressivement, par petits coups, dans le réservoir urinaire inférieur, en plusieurs heures ou même en quelques jours. Bientôt elle n'est plus appréciable ¹, car rarement elle ne désemplit que partiellement.

3° *Urines*. — En fait, cette disparition de la tumeur est presque constamment précédée d'un phénomène inévitable, mais qui n'attire pas fatalement l'attention des malades : *l'évacuation rapide d'une très notable quantité d'urine*.

Cette évacuation est, on le conçoit, en rapport avec le volume que présente la tumeur; elle est pour ainsi dire la mesure, aux yeux du clinicien, du bassinnet dilaté. Très souvent, elle est précédée de pressantes envies d'uriner plusieurs fois ressenties (Cole, etc.). Pourtant elle peut échapper au patient aussi bien qu'à son entourage, surtout si l'hydronéphrose est légère, si l'attention n'est pas attirée vers cette affection : elle passe inaperçue, les urines, en sortant du rein malade, se mélangeant avec celles fournies par le rein sain avant d'être expulsées de la vessie (Obs. Desnos et Barié, Socin, etc. ²).

Une preuve que les choses se passent bien ainsi, c'est le cas de Socin : on n'avait pas noté à l'examen clinique l'existence de troubles urinaires et cependant l'opération a montré qu'il existait réellement une hydronéphrose, d'ailleurs intermittente.

1. Il ne faut pas s'attendre, dit Landau, même lors de rein manifestement mobile, à pouvoir sentir, après la disparition de la tumeur, le rein d'une façon manifeste. En effet, dès que l'hydronéphrose a atteint certaines dimensions, le parenchyme rénal comprimé s'atrophie (atrophie hydronéphrotique), s'aplatit; et l'on ne peut pas sentir par la palpation bimanuelle, même minutieusement faite, les vestiges du rein, pas plus d'ailleurs que la poche formée par le bassinnet. Tout se passe comme après une ponction dans un kyste de l'ovaire uniloculaire: les parois du kyste deviennent impossibles à sentir.

2. Voir encore l'observation de Rechter, entre autres, où il devait y avoir une hydronéphrose intermittente sans troubles urinaires.

Les tableaux suivants, empruntés à des observations de Braun et de Newman, ayant trait à des hydronéphroses intermittentes pures, montrent d'ailleurs, de la façon la plus nette, dans quelle mesure varie la *quantité des urines* rendues aux différentes phases de la crise.

TABLEAU I. — *Les urines de plusieurs crises* (cas de Braun).

PHASES DE L'ACCÈS.	URINE DE 24 HEURES				URINE PENDANT 1 H. (moyenne).
	1 ^{er} accès.	2 ^e accès.	3 ^e accès.	4 ^e accès.	
<i>Avant</i> la crise.....	1500	1420	1280	1220	55 gr.
Quantité <i>après</i> la crise...	2600	2300	2600	2480	100 gr.
1 ^{er} jour après la crise...	800	820	1050	840	40 gr.
2 ^e jour après la crise...	1200	1240	1390	1020	50 gr.

TABLEAU II. — *Urine d'une crise* (Newman, cas I).

DATES, PHASES ET HEURES DE L'ACCÈS.	URINE RENDUE.	URINES RENDUES.	QUANTITÉ CORRESPONDANTE D'URINE PENDANT	
			24 heures.	1 heure.
28 novembre, <i>avant</i> la crise : 7 h. matin.....	340 gr.	} 250 gr. en 4 h.	1500 gr.	60 gr.
<i>Avant</i> la crise : 11 heures matin.....	250 gr.			
<i>Pendant</i> la crise : de 11 h. à 1 h. le 29 (14 heures)...	0 gr.	0 gr. en 14 h.	Pas d'urine.	0 gr.
29 novembre, <i>après</i> la crise : 1 h. matin.....	100 gr.	} 600 gr. en 7 h.	1700 gr.	95 gr.
<i>Après</i> la crise : 3 heures matin.....	340 gr.			
<i>Après</i> la crise : 8 heures matin.....	185 gr.			
Le jour suivant (30) : 1 heure soir.....	220 gr.	} 530 gr. en 9 h.	»	58 gr.
Le jour suivant (30) : 5 heures soir.....	310 gr.			

TABLEAU III. — *Urine d'une crise* (Newman, cas II).

DATES, PHASES ET HEURES DE L'ACCÈS.	URINE RENDUE.	URINES RENDUES.	QUANTITÉ CORRESPONDANTE D'URINE EN	
			24 heures.	1 heure.
9 décembre : <i>avant</i> la crise, 10 h. matin.....	340 gr.	»	»	»
<i>Pendant</i> la crise : 12 h. à 7 h. soir (7 heures).....	0 gr.	0 gr. en 7 h.	Pas d'urine.	0 gr.
<i>Après</i> la crise : 7 heures soir.....	250 gr.	} 1150 gr. en 3 h.	} 1650 gr.	} 400 gr.
<i>Après</i> la crise : 7 h. 40 soir.....	570 gr.			
<i>Après</i> la crise : 10 heures soir.....	330 gr.			
10 décembre, le jour sui- vant : 1 h. matin.....	280 gr.	} 500 gr. en 21 h.	}	} 25 gr.
Le jour suivant : 7 heures soir.....	220 gr.			

Ainsi, pendant l'accès, l'urine n'est plus évacuée ou ne l'est qu'en très faible quantité; outre la cessation de l'écoulement de l'urine par l'uretère du côté malade, il y a probablement aussi, sinon un arrêt momentané, du moins diminution temporaire de la sécrétion dans le rein sain par action réflexe.

Mais, immédiatement après, pendant les premières heures qui suivent la fin de l'accès, comme on le voit sur ces trois tableaux, l'urine est rendue en quantité notablement plus grande qu'à l'état normal, le double environ; ce qui indique que la sécrétion urinaire a persisté dans une certaine mesure pendant l'accès et pendant la période de fermeture du bassinot atteint. Toutefois, l'évacuation considérable d'urine au moment de la disparition des douleurs pourrait s'expliquer peut-être aussi par l'intervention de deux facteurs: l'un correspondrait à la stagnation de l'urine dans le bassinot (elle s'y collecte, au lieu de tomber de suite dans la vessie et d'être expulsée dans les conditions ordinaires); le second, à l'hyperexcrétion rénale, qui se produit quand il y a fermeture passagère de l'uretère (ce qui est tout à fait le cas de l'hydronéphrose intermittente). L. Hermann a démontré en effet qu'une ligature temporaire de l'uretère était suivie d'une exagération de l'excrétion urinaire.

La quantité de liquide excrété par les reins ne revient pas ordinairement de suite à la normale, comme le prouvent l'observation de Braun et le cas II de Newman. Pendant le premier jour qui suit l'accès — chose curieuse et difficile à bien expliquer¹ — l'urine est moins abondante que dans l'intervalle des crises.

Il est intéressant de constater aussi les *modifications survenues* dans la *composition chimique* de l'urine qui est restée enfermée quelques heures dans le bassinot et de celle qui est sécrétée immédiatement après l'attaque. L'observation II de Newman montre que, dans l'urine émise au moment où cesse l'accès, il y avait presque le double d'urée que d'ordinaire (3,63 0/0 au lieu de 1,93 à 2,34 0/0); au contraire dans celle qui est rendue un peu plus tardivement, et pendant quelques heures, on en trouve la moitié moins environ (1,1 0/0 au lieu de 1,9 à 2,3 0/0).

Quant à l'*acide urique*, il semble diminuer aussi de moitié, quand l'urée diminue elle-même (0,02 0/0 au lieu de 0,05 0/0); mais il ne

1. Nous donnons l'explication suivante pour ce qu'elle vaut: dans des cas analogues à ceux de Newman, etc., après l'accès, la poche hydronéphrotique se vide totalement. Le lendemain, une certaine quantité d'urine sécrétée par ce rein s'accumule à nouveau dans le sac, en proportion variable, mais sans le distendre complètement, bien entendu; puis, quand la poche renferme cette quantité d'urine, tout se passe comme s'il n'y avait jamais eu d'hydronéphrose.

change pas à la fin de la crise (c.-à-d. au moment où l'urée est très augmentée) dans une proportion aussi grande et l'augmentation pour cet acide est bien moins sensible.

Les chlorures, les phosphates, les autres corps solides semblent se comporter comme l'acide urique, ainsi que le prouve le tableau ci-joint.

TABLEAU IV. — Analyse de l'urine d'une crise (Newman, cas II).

DATES, PHASES ET HEURES DE L'ACCÈS.	QUAN- TITÉ D'URINE.	ANALYSE DE L'URINE					TOTALS.
		Urée.	Acide urique.	Phos- phates.	Chlo- rures.	Autres corps solides.	
9 décembre : <i>avant</i> la crise (urine normale) : 10 h. matin...	310	19,3	0,41	1,93	10,1	5,2	3,6 0/0
<i>Après</i> la crise, urine concen- trée (<i>urine de crise</i>) : 7 h. soir.	250	36,3	0,54	2,61	12	6,3	5,7 0/0
<i>Urine diluée</i> (sécrétée après la crise), 7 h. 40 soir.....	570	11,1	0,19	0,73	4	2,1	1,8 0/0
<i>Urine diluée</i> (sécrétée après la crise), 10 h. soir.....	330	12,3	0,20	0,61	5,3	3	2,1 0/0
10 décembre : le jour suivant (urine normale) : 4 h. matin...	280	16,1	0,50	1,3	11	3	3,1 0/0
Le jour suivant (urine nor- male) : 7 h. soir.....	220	23,4	0,50	2,5	10,2	3,4	4 0/0

Donc, au moment où se termine la crise et quand l'hydronephrose se vide en totalité, l'urine rendue est extrêmement *concentrée* (6 0/0 de matières solides, au lieu de 4 0/0). Par contre, cette première évacuation terminée, l'urine évacuée pendant quelques heures est très *diluée* (2 0/0 au lieu de 4 0/0).

Il est assez facile d'expliquer cette concentration, si l'on se base sur ce que l'on sait de l'hydronephrose en général : l'urée et les parties solides augmentent parce que l'élément liquide disparaît par phénomènes endosmotiques et exosmotiques (Lecorché)¹. La dilution au contraire est plus malaisée à comprendre ; peut-être est-elle la simple conséquence de la sécrétion rénale exagérée, qui se produit lors de ligature temporaire de l'uretère (Hermann), ou d'une excitation se produisant lors de la cessation du réflexe inhibitoire qui arrête le fonctionnement du rein sain pendant la durée de la crise?

1. Nous avouons que cette constatation semble en désaccord avec les résultats expérimentaux obtenus par MM. Guyon et Albarran (*Arch. de méd. expér.*, 1^{er} mars 1890, p. 181 : *De l'anatomie et de la physiologie pathologique de la rétention d'urine dans la vessie*), puisque d'après ces auteurs dans les rétentions rénales aseptiques le liquide qui s'accumule dans le bassinnet doit être pauvre en urée. Ce qui prouve bien que toutes ces questions de physiologie pathologique sont encore fort obscures et que les hypothèses que nous proposons n'ont qu'une valeur toute relative. Elles ne sont d'ailleurs destinées qu'à provoquer des recherches expérimentales.

Les urines rendues dans ces circonstances sont parfois claires, *absolument limpides* (Hare, Cole, Landau, Newman, etc.); on a alors affaire à une Hydronéphrose type, pure, *restée aseptique*; mais très souvent elles sont légèrement *troubles*¹ et contiennent un peu d'*albumine* et de *pus* au moment de l'évacuation et pendant les quelques jours qui suivent. On a dit que les urines étaient laiteuses (Johnson); dans ce cas l'hydronéphrose est déjà *infectée* et il existe en même temps un léger degré de pyélite.

Dans certaines circonstances, cette urine a été trouvée *hématurique* (Fürbringer [cas III], Zawisza [cas I]); mais on peut dire que jamais on n'a noté la présence de *graviers*, de petits calculs, dans les urines rendues après la crise. Ce fait a une très grande importance et montre combien doit être rare — si elle existe vraiment — l'hydronéphrose intermittente par lithiase rénale.

Par une pression soutenue ou certaines manipulations sur la tumeur, au cours de l'accès, nous avons vu qu'on pouvait parfois faire sortir le liquide du bassinot (Landau). Si, au préalable, on a pris soin de vider la vessie, un nouveau cathétérisme permet de recueillir l'urine chassée du sac hydronéphrotique. On pourrait donc apprécier à la quantité obtenue² les dimensions de cette poche et juger de l'état du rein par les caractères cliniques de la sécrétion urinaire, etc.; et si l'on répétait plusieurs fois semblable examen, on pourrait se rendre compte des progrès de la maladie et faire un diagnostic très précis. Mais, en pratique, c'est là une manœuvre difficile, délicate, en tout cas de peu d'importance pour le chirurgien.

La crise est terminée; à l'examen du rein, on sent à peine, dans les cas ordinaires, les vestiges de la tumeur qui quelques heures auparavant occupait tout l'hypocondre. Le malade a devant lui plusieurs semaines ou même plusieurs mois de répit. Il reprend à nouveau ses occupations habituelles, mais songe déjà avec effroi à la crise suivante.

1. D'après Lecorché (p. 638), ces urines rappelleraient par leur couleur le liquide de certaines ascites. Elles seraient légèrement filantes, de *saveur* extrêmement fade(?), et n'auraient pas l'odeur urineuse. Nous devons dire qu'il en est rarement ainsi dans l'hydronéphrose intermittente vraie.

2. En se basant sur la quantité d'urine *concentrée* rendue on pourrait évaluer plus exactement encore les dimensions de la poche hydronéphrotique; mais il ne faudrait pas attribuer à ce mode de mensuration une grande précision. Il y a trop de causes d'erreurs (urine restant dans la vessie, mélangée avec de l'urine fournie par l'autre rein).

D. — *Remarques sur les crises.*

1° *Différences des accès suivant les cas.* — Telle est la façon dont les choses se passent dans la très grande majorité des cas; mais en terminant cette description clinique qui se rapporte presque exclusivement aux hydronéphroses intermittentes compliquant les déplacements rénaux, nous ne saurions oublier que certaines observations ne rentrent qu'avec peine dans le cadre un peu étroit que nous venons de tracer.

Certes, pour les grandes lignes, l'analogie persiste, car sans cela ce ne seraient pas des hydronéphroses intermittentes. Mais ce que nous voulons dire, en faisant cette seule restriction, c'est que les crises n'apparaissent point dans les mêmes conditions, dans le cas I de Morris, par exemple (hydronéphrose par cancer de la vessie), que dans ceux où manifestement la tumeur hydronéphrotique était greffée sur un rein franchement mobile. De même pour la malade de Newman où les accès semblèrent en rapport avec un prolapsus de l'utérus. Chez un même sujet d'ailleurs, les crises peuvent différer suivant l'époque de la maladie, présenter le type le plus commun, c'est-à-dire celui que nous avons longuement décrit, ou au contraire se manifester par des crises plus ou moins fortes, représentant toutes les transitions entre les deux grandes variétés admises par nous et dont nous avons à dessein exagéré les caractères spéciaux.

2° *Durée et fréquence des accès.* — L'accès d'hydronéphrose intermittente a une *durée* totale fort variable : de cinq à six heures ou sept heures, à quatre jours ou même six, sept jours et plus. Il peut présenter une durée différente chez le même malade suivant les circonstances : parfois l'incident est clos en quelques heures, tandis que l'accès suivant peut persister plusieurs jours. Il est d'ailleurs impossible de prévoir et de dire pourquoi il en est ainsi.

D'une façon générale, on peut affirmer qu'au début de la maladie les crises sont plus brèves; mais on ne peut aller plus loin sans risquer d'être à chaque instant contredit par les faits.

Il est à remarquer aussi qu'à la période moyenne de l'affection les accès reviennent environ toutes les quatre à cinq semaines; certes il n'y a rien de fixe pour la *fréquence* de ces accès; mais ce chiffre correspond évidemment à la majorité des observations. Et c'est probablement une remarque de ce genre qui a engagé Tulpius, le premier auteur qui ait décrit l'hydronéphrose intermittente, à lui donner le nom d'*Ischurie lunatique*, c'est-à-dire de rétention d'urine

en rapport avec les phases de la lune. Le malheur est qu'il ait voulu voir là une relation de cause à effet.

Ceci dit, rappelons que les crises peuvent être bien plus rapprochées (tous les huit jours), ou au contraire ne se montrer qu'à fort longs intervalles; elles peuvent même tellement s'espacer que certains malades ont pu se considérer comme guéris après une seule crise.

E. — Physiologie pathologique de l'accès.

On s'est demandé par quel mécanisme ces accès se produisent; quelles conditions sont nécessaires à leur apparition et à leur terminaison; quelle est la raison d'être de leur périodicité? Autant de questions auxquelles nous n'avons pas la prétention de donner une solution indiscutable. Nous nous bornerons donc à exposer, aussi brièvement que possible, quelle idée l'on peut se faire aujourd'hui de cette question de physiologie pathologique.

1° *Conditions anatomiques et physiologiques de l'accès.* — L'étude approfondie des symptômes ressentis par les malades et sur lesquels nous nous sommes appesantis à dessein, l'examen méthodique de leur mode de développement, la façon dont la maladie débute en général, la coïncidence si fréquente de l'hydronéphrose et du rein mobile, tout cela semble montrer que, dans la majorité des cas, la crise doit correspondre aux phénomènes suivants du côté du rein.

Sous une influence qu'il est aujourd'hui impossible de bien préciser et dans les conditions étiologiques que nous avons mises précédemment en relief en étudiant le début de l'accès, le rein, mobilisé au milieu de la région qu'il occupe d'habitude, se déplace, glisse, soit directement en bas, soit en bas et en avant.

L'uretère, *restant fixé* à la paroi postérieure de l'abdomen, ne suit pas cet organe au cours de son déplacement; il se tord ou se fléchit et la sortie de l'urine est gênée. Les vaisseaux du bassin, qui descendent le long de l'uretère, se trouvent comprimés, d'où stase veineuse et congestion plus ou moins vive au-dessus de l'obstacle temporaire et facilité de résorption plus grande pour le liquide accumulé. L'urine qui, le rein étant en place, s'écoulait librement, est arrêtée au niveau de cette barrière et ne s'échappe que difficilement. Le bassin résiste d'abord, mais il cède bientôt sous la poussée d'urine sans cesse excrétée par le rein encore sain et commence à se distendre. Au début, l'oblitération de l'uretère n'est peut-être pas totale, et, en tout cas, elle ne dure que peu de temps;

sans cela l'hydronéphrose ne se développerait pas (Straus et Gernont, Conheim, etc.).

L'urine s'accumule de plus en plus; le réservoir antérénal se dilate, et une petite tumeur liquide se développe peu à peu. Cela suffit pour favoriser encore et accentuer le déplacement du rein qui vient faire saillie dans l'hypocondre.

2° *Explication des symptômes de la crise.* — Cette distension paraît être la cause de presque tous les phénomènes nerveux qui apparaissent alors et constituent véritablement la crise (douleurs locales et irradiées; phénomènes réflexes, tels que nausées, vomissements, etc.). Depuis que L. Landau a donné cette explication, qui à ce moment ne constituait guère qu'une théorie, on a fait des tentatives pour démontrer l'origine de ces douleurs et les expériences, rapportées récemment par le professeur Sinitzine, de Moscou ¹, au dernier *Congrès des médecins russes*, sont venues montrer que l'hypothèse de L. Landau avait les plus grandes chances d'être la bonne.

Ces expériences nous semblent très importantes ² et d'autant plus probantes qu'elles ont été faites sur l'homme.

Ce chirurgien, ayant à sa disposition un sujet de douze ans atteint d'exstrophie vésicale, a eu l'ingénieuse idée d'étudier sur lui les phénomènes qui se passent du côté du rein quand on obture momentanément l'uretère. C'était, en quelque sorte, reproduire un accès de l'hydronéphrose intermittente au début de la maladie, si la théorie de Landau était la vraie; et, si cette dernière renfermait l'explication réelle des faits, on devait obtenir un complexe symptomatique tout à fait comparable — puisqu'on ne pouvait pas prolonger longtemps l'expérience — à celui d'une crise de la variété d'hydronéphrose dont nous nous occupons. Or, précisément, c'est ce qui eut lieu.

M. Sinitzine, pour réaliser l'oblitération de l'uretère, introduisit dans ce canal une sonde pleine, c'est-à-dire une bougie du n° 14. Celle-ci put rester en place quinze minutes sans déterminer de phénomènes notables; mais, au bout de ce temps (15' à 20'), une sensa-

1. Prof. T.-J. Sinitzine (Moscou). *Observations sur la pression dans les reins suivies de déductions pratiques*. Communication au IV^e Congrès des médecins russes, à la section de chirurgie, Moscou, 1891; tirage à part. — Analysé in *Rev. Méd. de Moscou*, 1891, n° 2, p. 134; in *Mercredi Médical*, n° 9, p. 112, 4 mars 1891; et in *C. f. Chir.*, 16 mai 1891, n° 20, p. 401. — Voir aussi Hallé, *loc. cit.*, p. 34 et 35 (Physiologie de l'uretère).

2. Le mémoire de M. Sinitzine, que nous avons lu en entier, est extrêmement intéressant à bien d'autres points de vue; malheureusement nous ne pouvons y insister davantage.

tion désagréable se fit sentir et bientôt des douleurs apparurent au niveau du rein d'abord ; puis elles s'irradièrent dans des directions différentes tout en ayant pour centre la région rénale (creux épigastrique, etc.). Bientôt ces douleurs devinrent assez violentes et s'accompagnèrent de sueurs, de nausées, de tendance aux vomissements, d'accélération des battements du cœur, sans fièvre, etc. N'est-ce pas là, en petit, la reproduction d'une crise d'hydronéphrose intermittente encore aseptique, encore à ses débuts ?

Mais voyons ce qui se passe chez les malades quand la crise se termine. A un moment donné, la pression exercée par l'urine sur les parois du bassinnet devient assez puissante pour que l'obstacle soit forcé ; le rein est obligé d'obéir lui-même à la poussée du bassinnet et tend à reprendre sa place. La torsion ou la coudure de l'uretère diminue ; l'urine passe, comme la goutte d'eau qui s'infiltré à travers une fissure ; et, dès que la voie est tracée, tout le contenu du bassinnet s'échappe au dehors : la tumeur hydronéphrotique disparaît en même temps que le rein réintègre sa loge ; les douleurs cessent et le malade rend une grande quantité d'urine.

Eh bien, dans les recherches de M. Sinitzine les choses se passèrent absolument de la même manière : à peine retirait-il la sonde que tous les symptômes, occasionnés par son séjour dans l'uretère, disparaissaient subitement.

D'ailleurs il a répété ces expériences en variant le *modus faciendi*. Introduisant cette fois une sonde creuse, il attendait : aucun incident ne se produisait, ce qui était facile à prévoir. Mais en injectant des liquides variés dans le bassinnet en quantité plus ou moins considérable, il a pu étudier la graduation des symptômes douloureux observés et il a constaté qu'ils étaient en rapport avec la quantité introduite, autrement dit avec la grandeur de l'obstacle placé sur les voies d'excrétion de l'urine ¹.

Il a fait encore une autre remarque qui, dans le cas particulier, a son importance. L'intensité des douleurs varie suivant la rapidité avec laquelle le liquide est injecté et non pas avec sa nature ; ainsi, en procédant avec une grande lenteur à ces injections, le jeune garçon supportait une quantité presque double de liquide.

Ces expériences ² sur la rétention de l'urine dans l'uretère et le

1. Ces expériences auraient pu devenir dangereuses, non seulement en raison de la possibilité de l'infection urétéropyélique par les sondes et les bougies (voir la note suivante), mais à cause du danger de la rupture du bassinnet. Dans un autre travail l'un de nous montrera dans quelles conditions cette rupture se produit quand on injecte des liquides dans l'uretère.

2. Bien entendu on n'a injecté que des liquides aseptiques (solution de salicylate de soude, de benzoate de soude, de chlorate de potasse, d'acide phénique,

bassinets nous semblent montrer de la façon la plus nette que l'accès de l'Hydronéphrose intermittente est bien en rapport avec l'apparition subite d'un obstacle siégeant sur l'uretère.

Comme d'autre part les autopsies et l'examen des reins enlevés pour des accidents de ce genre, la guérison radicale de ces opérés prouvent que l'obstacle n'est pas un calcul de l'uretère ou du bassinets, force est bien de chercher cet obstacle parmi les lésions constatées sur les pièces anatomiques. Or, précisément, nous trouvons là, dans presque tous les cas connus, une flexion bien manifeste de l'extrémité supérieure de l'uretère. Rapprochant maintenant cette conclusion de la constatation clinique si fréquemment faite chez ces malades, l'existence d'un *rein mobile*, on comprend qu'il est impossible de ne pas voir une relation d'effet à cause, car les phénomènes s'enchaînent trop nettement.

*F. — Relations de l'Hydronéphrose intermittente avec
l'Étranglement aigu des Reins mobiles.*

Certain phénomène, considéré comme une complication des reins mobiles et dont la nature est restée encore jusqu'ici fort obscure, nous semble constituer une nouvelle preuve des rapports qu'il y a entre cette affection et l'hydronéphrose intermittente; et les expériences du professeur Sinitzine, à notre avis, ne font que confirmer cette manière de voir.

Nous voulons parler de ce qu'on a désigné depuis le mémoire de Dietl (1864) ¹, les recherches de Rollet ², de Guéneau de Mussy, etc., sous le nom d'*Étranglement aigu des reins mobiles* (*Einklemmung's Symptôme der Niere*), de *rein mobile immobilisé*. Qu'on relise les observations qui mentionnent des accidents de ce genre et l'on sera frappé d'un fait capital : l'analogie parfaite du complexus symptomatique avec les crises d'hydronéphrose intermittente!

Certes la tumeur peut manquer ³ et l'hydronéphrose ne pas être reconnue; de plus il peut ne pas y avoir d'évacuation d'une notable

même à 4 p. 100); malgré cela, un beau jour, on infecta le malade au cours des diverses expériences et la fièvre apparut (38°,6). Elle fut, dit M. Sinitzine, comparable à un accès de fièvre uréthrale, mais guérit vite. L'étiologie de cet accès, qui a fort intrigué le médecin de Moscou, nous a semblé très nette : l'infection par un instrument sale. Cet accident n'en montre pas moins comment peut apparaître la fièvre dans l'hydronéphrose intermittente.

1. Dietl. *Wiener med. Wochenschr.*, 1864, p. 563.

2. Rollet. *Pathologie und Therapie der Beweglichen Nieren*. Erlangen, 1866, p. 20.

3. Dietl dit pourtant que le *rein déplacé* est généralement augmenté de volume!

quantité d'urine à la fin de l'attaque, ce qui semblerait prouver qu'il n'y a que peu d'urine retenue dans le bassinets ¹.

Mais ces objections sont d'une réfutation trop facile si l'on veut bien admettre que ces cas « d'Etranglement du rein » constituent un accident formant transition entre la phase de « rein mobile compliqué d'hydronéphrose intermittente », — dont ils ne seraient qu'une variété très atténuée, — et la phase de « rein mobile pur », sans retentissement encore bien marqué du côté de l'extrémité supérieure de l'uretère. A ce moment précis, l'on serait tout à fait au début d'une hydronéphrose intermittente, ce qui ne veut pas dire que dans tous les cas celle-ci doive débiter par des accidents du même genre.

Dès lors rien d'étonnant à ce qu'il n'y ait pas de tumeur cliniquement appréciable ², puisqu'à ce moment le bassinets commence à peine à se dilater. Rien d'étonnant à ce que les phénomènes douloureux soient extrêmement intenses, puisque le réservoir n'a pas encore subi de distension notable et que sa paroi résiste dans la mesure du possible. Rien d'étonnant enfin à ce que le peu d'urine retenue pendant cette courte crise se mélange avec celle excrétée par l'autre rein, au moment de son expulsion du bassinets, et à ce que cette expulsion ne soit pas appréciable ou au moins constatée par le malade. En somme, la pathogénie de ces « Etranglements aigus des reins », restée presque incompréhensible, malgré les explications et les hypothèses de divers médecins allemands, s'éclaire désormais d'un jour nouveau, surtout si on les étudie à la lumière des expériences de M. Sinitzine.

D'ailleurs Gilewski ³ avait presque deviné cette théorie ou du moins il l'avait pressentie, en disant que ces crises étaient dues au *prolapsus du rein qui comprimait l'uretère resté en arrière de lui*. S'il avait parcouru les relations d'autopsies que nous avons résumées plus haut, il eût affirmé certainement que le rein en s'inclinant en avant devait couder l'uretère ⁴.

Eger ⁵, mieux au courant de la question, précisa davantage; il écrivit très catégoriquement qu'Etranglement du rein et accès

1. D'après Dietl encore, l'accès se termine généralement par une abondante émission d'urine, mêlée de mucus et de pus!

2. Ce qui réduit à néant l'objection de Trzebicky (*C. f. Chir.*, n° 20, p. 407, 1891), critiquant les deux dernières observations de Zawisza.

3. Gilewsky. *Ostr. Zeitschrift für prakt. Heilkunde*, 1865; et *Wochenbl. d. K. K. Ges. d. Aerzte*, 1865, n° 18, p. 141.

4. Rien ne serait plus aisé que de démontrer l'inexactitude des assertions de Mosler, critiquant Gilewsky (*Berl. Klin. Woch.*, 1866).

5. Eger. *Loc. cit.*

d'Hydronéphrose intermittente devaient reconnaître la même cause, le déplacement du rein. S'il avait été un peu plus loin et mentionné l'intermédiaire obligé que nous nous sommes efforcés de mettre en relief, à savoir la *coudure de l'uretère*, il eût fourni une démonstration complète des relations de ces deux affections et même eût démontré leur parfaite analogie. Enfin récemment Zawisza¹, montrant qu'on ne pouvait admettre les explications de Rollet pour le « rein mobile immobilisé », adoptait complètement les idées d'Eger, en les complétant à l'aide des données fournies par le mémoire de Landau².

Nous reconnaissons volontiers que notre interprétation prêterait moins à la discussion si nous avions pu rapporter ici un certain nombre d'autopsies de reins mobiles ayant présenté une telle complication et chez lesquels le bassinnet eût été légèrement dilaté; malheureusement nous n'avons pu trouver semblables observations. Mais ce qui prouve encore bien mieux qu'Hydronéphrose intermittente et Etranglement des reins mobiles ne constituent qu'un seul et même accident de la même maladie, c'est ce qui a été noté pour les cas de Wilse et de M. Guyon, entre autres. Dans la première observation, en effet, on n'avait que les signes cliniques d'un étranglement aigu du rein mobile : Wilse mentionne très clairement, et à dessein, que les symptômes caractérisant tout particulièrement l'hydronéphrose intermittente manquaient totalement (tumeur disparaissant rapidement avec élimination d'urine abondante). Et cependant le professeur Heiberg, qui a fait l'autopsie avec soin, constate non moins nettement qu'il y avait une *hydronéphrose* par coudure de l'uretère et que cette flexion du canal excréteur de l'urine devait disparaître quand il y avait une certaine quantité d'urine accumulée dans le bassinnet!

De plus, l'observation de M. le professeur Guyon (Cas I), pour être moins probante, puisqu'ici il n'y a pas de démonstration anatomo-pathologique, ne doit pas moins en être rapprochée, car le résultat obtenu par l'opération montre bien à quelles causes étaient dues les crises douloureuses, accompagnant l'hydronéphrose intermittente et l'ayant précédée.

Il serait facile enfin de montrer quels points faibles présentent toutes les nombreuses théories invoquées jusqu'à présent pour expliquer le « rein immobilisé » et qui sont :

1. Zawisza. *Loc. cit.*

2. Zawisza est arrivé, de son côté, presque au même résultat que nous sur cette question; car nous n'avons eu connaissance de son travail qu'après la rédaction définitive de ce chapitre.

A. 1° *Troubles circulatoires* survenant dans les vaisseaux du rein lors de la chute du rein. 2° *Tiraillements du tissu cellulaire* péri-rénal. 3° *Compression des nerfs*.

B. 4° *Arrêt momentané du rein* dans les mailles du tissu sous-séreux (Rollet) ¹.

C. 5° *Périnéphrite chronique*. 6° *Péritonite péri-rénale*.

D. 7° *Altérations organiques* des reins (néphrite, calculs, etc.).

Mais nous sortirions de notre sujet en insistant davantage et en consacrant plusieurs pages à la réfutation d'hypothèses qui ne s'appuient même pas sur des raisons défendables. Peut-être, dans certains cas, des crises douloureuses, au cours de reins mobiles, peuvent-elles être dues aux lésions anatomiques péri-rénales que nous venons de rappeler; mais, dans ces observations, il ne s'agit pas du tout de ce qu'on a appelé l'Etranglement du rein : les douleurs n'ont pas les mêmes caractères. D'ailleurs ces lésions de péri-pyéélite ou de périnéphrite sont presque sûrement consécutives à une pyélite plus ou moins intense, qu'il y existe ou non une hydro-néphrose.

1. Voir réfutation de cette théorie in Zawisza, *loc. cit.*

§ II. — Évolution, complications et terminaison.

I. — Évolution et complications.

Au cours de l'évolution d'une hydronéphrose intermittente un certain nombre de péripéties peuvent venir modifier le tableau clinique.

La plus importante de toutes est la *Grossesse*, dont l'influence a été étudiée par Eger. Puis des complications diverses peuvent apparaître, dont la plus intéressante, en raison de sa fréquence, est la *Pyonéphrose* ou plutôt la transformation de l'hydronéphrose en pyonéphrose véritable, à la suite de l'infection de la muqueuse du bassinet.

Il nous faudra signaler en outre la possibilité de lésions de moindre intérêt, telles que la *péripyérite*, la *périnéphrite*, la *péritonite péri-rénale*.

Enfin il nous reste à étudier les différents modes de terminaison de cette hydronéphrose. En première ligne vient sa *transformation en hydronéphrose définitive ou fermée* avec toutes ses conséquences, solution en somme la moins redoutable entre les mauvaises, car il y en a une meilleure, l'hydronéphrose intermittente, semblant pouvoir *disparaître spontanément*. En seconde ligne, signalons des accidents très graves, mais plus rares : la *rupture du sac hydronéphrotique*, suivie de péritonite suraiguë, et la *néphrite infectieuse chronique*, qui mène bientôt, par divers chemins, à l'*urémie*, surtout si l'autre rein est pris aussi.

A. — Influence de la grossesse.

a). C'est souvent une grossesse qui *fait apparaître une tumeur hydronéphrotique* ou du moins en révèle l'existence à la malade.

Restée à l'état latent jusque-là, puisqu'elle ne présentait alors que des dimensions fort restreintes, elle augmente à la suite sans doute de la compression de l'uretère par l'utérus gravide et devient plus ou moins appréciable. Puis, lorsque celui-ci ne contient plus de fœtus et rentre dans le petit bassin, la tuméfaction rénale est des plus manifestes.

Ce fait, qui a été observé dans bien des cas de reins mobiles ou

d'hydronéphroses fermées, en rapport (Martin ¹) ou non avec un rein mobile, peut se rencontrer de même quand il s'agit d'hydronéphrose intermittente.

Dans le cas de Johnson (obs. II), les premiers symptômes de l'affection (douleurs, troubles urinaires) se montrèrent vers le cinquième mois de la première grossesse et la tumeur apparut à la même époque de la deuxième grossesse. Il en fut à peu près de même dans les cas de Wilse, Fagge (Obs. XII), Eger (Obs. XIX), Newman (Obs. XVIII).

De plus, ce qui démontre que rarement la grossesse doit être la cause véritable et unique de l'hydronéphrose ou même du rein mobile, c'est que parfois, comme dans le cas II de Newman, la maladie n'est apparue qu'après le neuvième accouchement ou plusieurs années après la deuxième grossesse (Landau, Obs. XXXII). Enfin, il y a un grand nombre de femmes qui ont des reins mobiles avec ou sans hydronéphrose sans avoir jamais eu d'enfants.

b). D'ailleurs, quand il s'agit d'hydronéphrose intermittente, les grossesses peuvent, absolument comme dans le cas de rein mobile — autre point de rapprochement entre les deux affections, — avoir une certaine influence, en apparence bienfaisante, au moins pendant quelques mois. Le cas d'Eger est tout à fait typique à ce point de vue.

Sa malade, qui avait des crises très fréquentes pendant les quatre premiers mois de sa grossesse, n'éprouva d'abord aucun soulagement et même les accès revinrent presque toutes les semaines; mais, subitement, vers le cinquième mois, ils disparurent tout à fait. Et cette amélioration persista si bien qu'il n'y eut pas une seule crise jusqu'à l'accouchement; la malade ressentait seulement un malaise dans l'aîne. Mais, à peine l'utérus fut-il débarrassé de son faix que la tumeur réapparut: la matrice, occupée par le fœtus, masquait la poche et l'amélioration était simplement due à ce que l'hydronéphrose, d'intermittente qu'elle était auparavant, était devenue définitive par compression de l'uretère par l'utérus gravide: ceci explique pourquoi les accès avaient disparu, mais pourquoi aussi il persistait encore un certain malaise. Puis, deux mois après l'accouchement, l'hydronéphrose commença à se vider un beau jour, par petites doses, et, à partir de ce moment, les crises réapparurent comme devant. Les choses se passèrent d'une façon analogue au cours d'une grossesse ultérieure.

Dans d'autres cas, comme dans celui de Johnson par exemple, la gravidité de l'utérus peut n'avoir que des inconvénients, si cet organe n'est pas assez développé pour amener la transformation de l'hydro-

¹ *C. f. Gyn.*, 1890, n° 1, 25 janvier, p. 67.

néphrose en comprimant complètement l'uretère. Les crises deviennent alors plus fréquentes et plus douloureuses, comme dans les premiers mois de la conception chez la malade d'Eger, jusqu'au moment où l'accouchement vient remettre les choses dans le même état qu'auparavant.

Enfin, dans un cas d'Israël, la grossesse ne paraît avoir joué aucun rôle, quoique la tumeur fût ensuite devenue définitive.

En somme, l'atténuation des symptômes, constatée parfois, n'est qu'apparente et dure fort peu ; et la lésion paraît plutôt s'aggraver, tout en ayant l'air de marcher un instant vers la guérison. Certes, il n'est pas douteux que les malades souffrent moins, quand les accès ont ainsi disparu ; mais il ne faut pas oublier que, pour qu'ils disparaissent de la sorte, il faut arriver au cinquième mois de la grossesse. Une certaine disposition de l'utérus, qui peut ne pas se rencontrer dans beaucoup de cas, est de plus nécessaire, car il faut qu'il y ait compression notable et persistante de l'uretère.

D'ailleurs cette transformation temporaire en hydronéphrose fermée peut avoir d'autres inconvénients ; elle prédispose à l'avortement ou à l'accouchement prématuré, comme cela a eu lieu au cours de la deuxième grossesse chez la malade de Eger et chez celles de Johnson et de Wilse. Elle peut, en même temps, mener sans trop de bruit la patiente à la mort, en passant par des attaques d'éclampsie (Witse).

On a, paraît-il, constaté la guérison de reins mobiles à la suite de grossesse (Hare¹, etc.). Nous n'y contredisons pas ; mais, quand ils sont compliqués d'hydronéphrose même légère, nous ne conseillons jamais de recourir à pareil moyen, qui, même pour le rein mobile simple, ne nous semble pas devoir constituer une ressource thérapeutique sérieuse.

B. — Complications.

1° Pyonéphrose (infection de l'Hydronéphrose).

a) *Pyélite des crises*. — Nous n'avons pas considéré à proprement parler comme une complication, tellement elle est fréquente et même parfois précoce, une infection légère de l'hydronéphrose, l'apparition d'un degré plus ou moins marqué de pyélite dans un bassinet dilaté. Les micro-organismes pénètrent si facilement, chez la femme surtout, et alors même qu'il n'y a pas de blennorrhagie, dans la vessie, l'uretère et même le rein, que, chez elle, il est assez rare d'observer

1. *Medical Times and Gazette*, t. XVI, p. 7, 85 et 112.

l'hydronéphrose pure, à urines claires et limpides ¹. Au bout de peu de temps le pus y apparaît d'autant plus vite que les crises sont plus répétées et plus intenses, c'est-à-dire que la circulation urétérale est plus entravée et la stase veineuse plus accentuée dans les vaisseaux du bassin. Mais il ne faudrait pas croire pour cela que la muqueuse du réservoir soit profondément atteinte ; elle ne l'est même que très légèrement, d'une façon toute superficielle, et généralement quelque temps après la crise, l'infection semble disparaître avec le rétablissement de la libre sortie des urines. La preuve en est fournie par l'examen des reins enlevés dans ces conditions, alors même qu'il y avait du pus dans les urines à la fin de la crise (Obs. Terrier, cas II ; Quénu, etc.).

La muqueuse du bassin peut être à peine touchée : elle est un peu moins lisse, un peu plus terne que d'habitude et les vaisseaux qui serpentent à sa face profonde sont légèrement congestionnés.

Bien entendu, il y a tous les intermédiaires entre cette infection passagère et légère ², d'origine généralement urétérale, peut-être parfois d'origine vasculaire (mais ce n'est pas démontré) ³, et la pyonéphrose véritable, avec accès intermittents, accompagnée d'une pyurie persistant plus ou moins entre les crises. Pour M. Le Dentu, la plupart des faits d'hydronéphrose infectée et suppurée ne seraient que des pyonéphroses primitives mal interprétées ou méconnues ; mais il lui a bien fallu reconnaître pourtant qu'il y a des exemples fort nets d'infection d'une poche hydronéphrotique. Pour nous, tout au contraire, c'est ce dernier processus qui doit être le plus fréquent.

b) *Pyonéphrose intermittente véritable*. — Dans la pyonéphrose

1. Malgré la fréquence de l'infection, il importe de ne pas oublier pourtant que l'hydronéphrose intermittente pure existe réellement et qu'il y en a un certain nombre d'exemples très démonstratifs dans les observations que nous avons rassemblées : ce qui prouve de plus que l'altération préalable des parois du bassin n'est pas *absolument indispensable* pour la production de l'hydronéphrose, comme certains auteurs le pensent.

2. M. le professeur Guyon est désormais de cet avis (sept. 1891). N'a-t-il pas dit tout récemment : « S'il faut à tout prix distinguer la pyonéphrose de l'hydronéphrose, il faut se souvenir aussi qu'il y a des *rétenctions rénales* qui tiennent à la fois de l'hydronéphrose et de la pyonéphrose. Elles tiennent de l'hydronéphrose parce que les rétentions sont aiguës et *passagères*, et de la pyonéphrose, puisqu'elles appartiennent à des sujets infectés. » C'est bien là ce que nous avons appelé la pyonéphrose consécutive à l'hydronéphrose intermittente ou plutôt l'hydronéphrose intermittente infectée, c'est-à-dire compliquée d'urétéropyélite : ce que M. Guyon dénomme l'*uropyonéphrose*. — Ce chirurgien a observé à diverses reprises de *jeunes sujets* atteints d'uropyonéphrose, dont les observations probantes doivent s'ajouter aux cas d'hydronéphrose intermittente type rencontrés déjà par lui.

3. L'infection par la *circulation* ou *infection descendante* est possible et prouvée, mais doit être très rare (Guyon, *loc. cit.*).

véritabile, la poche est remplie d'urine chargée de pus et le bassinnet suppure. La fièvre ne tombe plus après les accès; elle persiste et la température oscille de 37°,5 à 38°,5, avec élévation vespérale comme la plupart des fièvres de suppuration franche; et au moindre obstacle dans la sortie des urines purulentes le thermomètre monte à 40°.

Cette complication n'est pas rare et on connaît bien des cas de pyonéphrose compliquant le rein mobile¹; L. Landau nous écrivait récemment qu'il venait d'en observer deux cas. Inutile d'ajouter que cette complication est fort sérieuse et peut entraîner la mort.

L'infection peut se faire de façons différentes par la voie urétérale ou vasculaire peut-être (cas de Bryant), mais souvent aussi au cours de ponctions exploratrices ou évacuatrices faites sans précautions antiseptiques suffisantes, ou bien après la création d'une fistule du bassinnet par infection secondaire au moment des pansements (Landau, Socin, etc.).

Nous avouons pourtant que ces considérations sont un peu théoriques; elles ne sont basées, en effet, que sur les notions actuellement connues de l'infection urinaire, car aucune recherche bactériologique ne semble avoir porté jusqu'ici sur ce point très spécial².

2° Adhérences péri-rénales.

Il n'est pas besoin que la suppuration du rein soit très accentuée ou même définitive pour que d'autres complications, conséquences possibles d'une très légère infection et moins graves, apparaissent et progressent sans cesse. Nous voulons parler des phénomènes inflammatoires juxta-rénaux (*périnéphrite*, *péripylélite*, etc.) qui accompagnent assez rapidement le début de la pyélite même la moins intense; l'infection semble ici se propager plutôt par les voies lymphatiques.

Il en résulte la formation d'*adhérences* qui fixent définitivement le rein en dehors de sa loge, en position vicieuse et qui le rattachent à différentes parties de l'intestin avec lesquelles il n'est pas normalement en connexion, aux organes voisins, etc. D'où des phénomènes névralgiformes ou bien des douleurs sourdes, des tiraillements, des sortes de coliques, qui peuvent se faire sentir en dehors des crises,

1. Cabot, cité par Newman, p. 223, etc., etc.

2. Il est évident que, quand l'hydronéphrose infectée a pour point de départ un calcul de l'uretère, on peut observer toutes les complications étudiées dans la thèse de M. Legueu. Nous répétons que nous avons laissé de côté dans cette étude la *Pyonéphrose calculeuse, très fréquente*, qu'il y ait eu ou non hydronéphrose préalable.

mais qui, en tous cas, n'ont aucune analogie avec elles; d'où la transformation des hydronéphroses, à leurs débuts *mobiles* (Wanderhydronéphrose), en tumeurs hydronéphrotiques bien *fixées* (Newman, cas II; Israël, cas I; etc.).

Ces adhérences sont parfois assez développées pour qu'on ait pu les considérer jadis — toujours en prenant l'effet pour la cause — comme primitives et capables de déterminer à elles seules le développement de reins mobiles ou tout au moins l'apparition d'un de leurs symptômes : l'étranglement aigu de Dietl. Comme on les a rencontrées plusieurs fois au cours d'autopsies de femmes atteintes de reins mobiles, de néphropexies, on a conclu qu'elles pouvaient en être le point de départ; aujourd'hui que nous connaissons mieux leur mode d'apparition, nous ne pouvons plus leur attribuer un semblable rôle : elles sont certainement secondaires à l'infection de l'uretère.

II. — Modes de terminaison.

1^o *Transformation en Hydronéphrose fermée.* — Par contre, une des conséquences les plus importantes de ces adhérences fibreuses c'est la transformation de l'*Hydronéphrose intermittente* en *Hydronéphrose fermée*.

Nous avons montré, en traitant de l'anatomie pathologique, par quel processus ce changement pouvait se produire. Rappelons-le brièvement : Les adhérences qui se forment dans le tissu cellulograisieux qui englobe le bassin distendu rattachent le coude de l'uretère à la face externe de ce bassin, l'enserrent comme dans une sangle et finissent par déterminer peu à peu la disparition de sa lumière. Au début, ces brides conjonctives sont lâches et extensibles; mais bientôt elles se rétractent et l'obstacle qu'elles opposent à la sortie de l'urine devient infranchissable, quelle que soit la pression de l'urine accumulée en amont.

Ce n'est pas là une simple vue théorique; quelques faits cliniques, très probants, montrent que des hydronéphroses intermittentes se sont transformées à la longue en hydronéphroses fermées, persistantes.

Il suffit de citer ceux de Cole (Obs. IX) et de Socin (Obs. XLIX), les observations XXIX, XXXVII; et si un grand nombre d'autres avaient pu être suivis assez longtemps, tout porte à croire qu'on aurait fait à leur propos une remarque analogue.

De plus nous sommes persuadés que presque toutes — pour ne pas dire toutes — les hydronéphroses définitives, observées sur des

reins mobiles et que nous avons mentionnées plus haut, étaient à leur début intermittentes; mais cette phase d'intermittence a été méconnue ou plutôt confondue avec les crises dites d'Etranglement des reins ou même de simples accès douloureux. N'est-ce pas ce qui ressort des observations suivantes d'Ahlfeld et de Czerny, prises pour exemples?

Observation.

AHLFELD (Traduction résumée) ¹.

*Rein mobile droit. — Hydronéphrose. — Fistule du bassin.
Guérison.*

A. P..., vingt-sept ans, souffre depuis deux ans environ (octobre 1875) de douleurs violentes qui se répètent environ tous les deux ou trois jours. Ces douleurs siègent dans tout l'abdomen. Elles sont ordinairement accompagnées d'accès convulsifs, etc.

En juin 1877, il y a une tumeur dans le bassin, du côté droit de l'utérus; elle est fluctuante. Le 23 juillet, la tumeur est sortie du bassin. Laparotomie. Fistule du bassin. *Guérison.*

Observation.

CZERNY (Cas II) (Traduction résumée) ².

*Hydronéphrose mobile droite. — Néphrectomie abdominale.
Guérison.*

Mme H..., trente-sept ans, a remarqué depuis son dernier accouchement (c'est le 3^e), en mars 1879, l'existence d'une tumeur abdominale, siégeant du côté droit. Cette tumeur a environ 16 millimètres de large; elle est manifestement fluctuante. Le petit bassin est libre. On pose le diagnostic d'hydronéphrose, par exception *mobile*, à caractère peut-être malin, car cette femme a constaté que depuis huit semaines la tumeur s'est notablement accrue et est devenue *douloureuse*. — Néphrectomie abdominale le 6 octobre 1879. *Guérison.*

Le kyste n'était qu'une hydronéphrose classique. L'uretère s'échappait du bassin à angle aigu et formait en ce point une courbure en forme d'S. Il était perméable ³.

1. Ahlfeld. *Loc. cit.*

2. Czerny. *Loc. cit.*

3. Ce cas est intéressant, parce que la lésion de l'uretère est analogue à celles qui ont été signalées dans les hydronéphroses intermittentes, et parce que Czerny dit que cette tumeur ne pouvait être considérée que comme *un rein mobile, devenu hydronéphrotique*. L'uretère était perméable et l'hydronéphrose était cliniquement *fermée*.

L. Landau et tout récemment K. Zawisza ont encore été plus loin en disant que, dans la majorité des cas, toute hydronéphrose définitive, fermée, a dû commencer par être intermittente. Nous ne sommes pas éloignés d'être aussi affirmatifs que le gynécologue berlinois, à condition d'admettre toutefois qu'il y a des hydronéphroses intermittentes qui évoluent sans se manifester bruyamment, sans crises douloureuses. Cela étant, on comprendra facilement pourquoi il doit en être ainsi, si l'on veut bien se souvenir de la loi établie par J. Cohnheim ¹, Straus et Germont ² : « Toutes les fois qu'une ligature hermétique est appliquée *aseptiquement et en une seule séance* sur l'uretère, le rein correspondant s'atrophie, au lieu de présenter une dilatation du bassin ». Pour que celui-ci se dilate, il faut en effet une oblitération *légère et incomplète au début*; autrement dit, il est indispensable d'avoir une cause qui agisse progressivement et développe lentement un rétrécissement graduel, qui laisse libre une partie de la lumière du canal.

Cohnheim, en effet, le premier, a montré qu'on peut obtenir un très haut degré d'hydronéphrose chez le lapin et surtout chez le chien, en liant l'uretère à l'aide d'un fil aseptique ³, très médiocrement serré. Autour de cette ligature il se fait une irritation circonscrite, non suppurée bien entendu, qui amène la formation d'une sorte de gaine conjonctive comprimant de plus en plus l'uretère ⁴.

De cette expérience fondamentale, il nous semble qu'on peut parfaitement rapprocher les résultats de nos examens nécroscopiques. La flexion de l'uretère ne joue-t-elle pas dans le cas de rein mobile, le rôle du fil modérément serré, tout en agissant à portée bien plus longue !

Dans ces conditions, comme l'hydronéphrose intermittente doit fort souvent compliquer, à divers degrés, le rein mobile, affection elle-même bien plus fréquente qu'on ne le croit, on voit comment la grande majorité des hydronéphroses fermées peut être considérée comme une conséquence des déplacements rénaux. Tout cela justifie ce que nous laissons déjà pressentir au début de ce travail, à

1. Julius Cohnheim. *Vorlesungen über allgemeine Pathologie*. Berlin, t. II, 1882, p. 400 et 411.

2. Straus et Germont. *Lésions histol. du rein après ligature des uretères*; in *Arch. de Phys. norm. et pathol.*, 1882. — Voir aussi les remarques cliniques de James (*Edinburg med. Journal*, 1877 et 1878).

3. Il a employé du fil préparé à l'acide phénique.

4. *A priori*, on aurait pu prévoir qu'il devait en être ainsi, les oblitérations totales et instantanées de l'uretère n'existant pas ou à peu près en clinique. Il suffit de parcourir la liste classique des causes de l'hydronéphrose pour s'en assurer.

savoir que le type de l'Hydronéphrose classique devrait être bien plutôt l'Hydronéphrose intermittente que l'Hydronéphrose définitive ou fermée ! Maintenant que l'attention est attirée sur ces faits, nous sommes convaincus qu'on saura bien mieux dépister ces intermittences chez les malades qui oubliaient de les signaler à leurs médecins. Dès lors, cette petite révolution, ébauchée en nosographie par Landau — car c'est à lui qu'en revient tout le mérite — sera chose accomplie.

Cette transformation est donc un des modes de terminaison de l'hydronéphrose intermittente qui semble assez fréquent. Mais ce n'est pas le plus grave, surtout si l'autre rein reste sain, et si l'hydronéphrose, devenue persistante, ne se complique pas à son tour.

2° *Terminaison mortelle.* — Les autres modes de terminaison de l'hydronéphrose, sauf la guérison sur laquelle nous allons revenir, sont bien plus graves. Ils sont même presque fatalement mortels, s'ils ne s'observent que très exceptionnellement; ce sont : 1° la rupture de la poche; 2° la néphrite plus ou moins aiguë, c'est-à-dire l'infection du rein conduisant vite à l'urémie, surtout si le rein du côté opposé est frappé lui aussi.

a) *Rupture de la poche.* — Cette éventualité doit être très rare, surtout dans la variété d'hydronéphrose qui nous occupe, en raison de la possibilité de l'évacuation de la poche. Mais, quand la maladie est ancienne, les parois du bassinet très dilatées et en même temps altérées par suite d'une pyélite plus ou moins intense, il n'y a rien d'extraordinaire à ce que, au cours d'une crise, l'urine puisse faire plutôt éclater le sac que forcer le défilé urétéral.

C'est ce qui arriva dans le cas de Thompson, unique pour l'hydronéphrose intermittente du moins; comme l'urine ¹ avait dû être au préalable infectée par les ponctions faites antérieurement dans la poche (on était en 1862), une péritonite septique suraiguë se déclara et enleva rapidement le malade. De telles ruptures du sac seront toujours très graves, car elles ne peuvent guère se produire que si les parois du bassinet sont altérées, c'est-à-dire quand l'urine est infectée, et la laparotomie ² en pareille occurrence sera toujours très aléatoire.

b) *Néphrite et Urémie.* — Dans d'autres cas, malheureusement plus fréquents, la mort est due à une infection des reins ³ ou à de

1. On sait que l'urine normale n'est pas septique.

2. Elle a été faite une fois avec succès dans un cas d'hydronéphrose fermée (J.-W. Taylor; in *Lancet*, 1888, vol. II, p. 158).

3. Il peut très bien y avoir des poussées de néphrite qui guérissent momentanément si elles sont légères ou qui évoluent très lentement (Eger; Newman cas II; etc.).

l'urémie. Les autopsies publiées n'ont pas été rédigées avec assez de soin et sont de date trop ancienne pour que nous nous appesantissions longtemps sur ce point. Qu'il nous suffise de rappeler que la terminaison fatale a eu lieu dans ces conditions dans les cas de Johnson, de Hare (hydronéphrose double dans ce fait), de Wilse (néphrite chronique mentionnée), de Bryant (après incision de la poche), de Fürbringer (néphrite diffuse double à *forme hématurique*, avec anurie et urémie). Nous n'insistons pas; il n'y a rien là de spécial à l'hydronéphrose intermittente. Chez la malade de Morris, il y eut en même temps des phénomènes d'*occlusion intestinale*.

3° *Guérison spontanée*. — La guérison de l'hydronéphrose intermittente est parfaitement possible si l'on en croit certaines observations, publiées même après une longue période d'observation des malades : Hillier (Obs. V), dix ans; Hare (Obs. II), vingt-cinq ans. On pourra s'en convaincre à la lecture des cas de Hillier, Hare (cas II et III), Thiriart, Terrier (cas I), par exemple ¹.

Bien entendu, si comme dans le cas de Rockwell, le calcul, cause de tout le mal, est éliminé, l'affection peut guérir, si un autre calcul du bassinet ne se forme pas. Par contre, la guérison est impossible dans les cas analogues à ceux de Morris.

Mais faut-il accepter ces faits de guérison sans autre forme de procès? La guérison a-t-elle bien été réelle, radicale? Pour quelques cas au moins, le médecin ne s'en est-il point laissé imposer par des rémissions de plus ou moins longue durée? Dans d'autres, l'hydronéphrose intermittente ne s'est-elle point transformée en une poche complètement fermée, partant non douloureuse, qui a pu réussir à passer inaperçue et à rester inconnue, si la tumeur n'était pas considérable et si l'autre rein était sain?

Cela est fort probable et les cas de guérison véritables, c'est-à-dire de disparition absolue de l'hydronéphrose, en temps que tumeur et cause d'accès douloureux, doivent être en somme plus rares que certains l'ont pensé. D'ailleurs on ne peut guère compter sur la guérison que lorsqu'il s'agit d'hydronéphrose pure, due à un *rein mobile, non encore infecté*, comme dans notre première observation (Terrier, cas I). Il est à peu près certain que s'il y a de la pyélite, même à un léger degré, la disparition des accidents devient des plus aléatoires. Nous aurons à nous souvenir de ces réflexions quand nous discuterons le mode de traitement à préconiser dans les différents cas.

1. Le cas de M. Guyon, cité déjà de la thèse de M. Arnould (réimpression), en est un autre exemple.

§ III. — Pronostic.

De tout ce que nous venons de voir, il résulte que l'hydronéphrose intermittente est toujours une affection fort sérieuse. C'est d'abord une porte d'entrée toute ouverte à la Pyonéphrose ou plutôt à l'infection du rein, par suite à la néphrite et à l'urémie. De plus, elle peut se transformer en Hydronéphrose fermée susceptible de suppurer aussi et de se rompre dans le péritoine. La possibilité d'une guérison spontanée et complète, admise par certains, n'est peut-être qu'un leurre; elle doit être au moins fort rare, car certaines conditions doivent être réalisées (disparition de la cause première, pas d'infection intense, etc.), et elles ne peuvent l'être qu'exceptionnellement.

Il faut de plus tenir grand compte du point de départ de la lésion. Il est évident que si c'est une tumeur de la vessie, comme dans le cas de Morris, il n'y a rien à espérer sans intervention chirurgicale énergique, et encore ! Le pronostic est moins sombre dans le cas de calcul de l'uretère, le corps du délit pouvant s'éliminer de lui-même; mais tout cela ne constitue que la grande exception.

Reste le rein mobile. Eh bien, même dans ces cas, pour les raisons que nous venons d'énumérer, l'hydronéphrose intermittente doit être considérée comme une lésion qu'il ne faut pas négliger, laisser évoluer à sa guise. Traitée de bonne heure, elle peut guérir par des moyens assez simples; abandonnée à elle-même au contraire, elle peut entraîner les plus graves désordres et même la mort à plus ou moins longue échéance. Et si elle disparaît, ou, pour parler peut-être plus exactement, si les crises douloureuses s'atténuent assez et deviennent assez rares pour que la vie soit réellement supportable, il faut toujours songer aux ennuis que peut occasionner un rein resté mobile ou un rein antérieurement mobile, fixé désormais en une position vicieuse par des adhérences solides. Elle peut, en désespoir de cause, obliger à l'extirpation du rein.

On le voit donc, à laisser s'aggraver le rein mobile, les malades risquent tout simplement leur vie sur l'état de leur autre rein, et celui-ci est frappé quelquefois de son côté; c'est là une alternative qui doit donner à réfléchir au malade et au chirurgien.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC.

SOMMAIRE : § I. — Diagnostic de l'Hydronéphrose intermittente. —

I. Il y a des crises intermittentes de douleurs sans tumeur rénale appréciable : A. Affections avec lesquelles l'erreur a été commise : a). Crises à douleurs mal localisées : Hystérie; ataxie locomotrice; coliques hépatiques; névralgies lombo-abdominale, vésicale, etc. — b). Crises à douleurs localisées au rein et à l'uretère : Néphralgie; coliques néphrétiques. — c). Crises compliquées de symptômes insolites : 1° Crises avec hématurie (Hémoglobinurie); 2° Crises avec urines muco-purulentes (Pyélite simple sans hydronéphrose). — B. Interventions exploratrices. — II. Tumeur rénale sans crises manifestes : A. Affections avec lesquelles l'erreur a été faite : a). Kystes de l'ovaire; b). Affections des reins : kystes; reins mobiles; périnéphrose; tumeurs solides; c). Tumeurs diverses de l'abdomen (rate, foie, etc.). — d). Ureterhydrose. — B. Interventions exploratrices : Ponction; incision. — III. Tumeur abdominale et crises intermittentes.

§ II. — Diagnostic de la cause de l'Hydronéphrose : 1° H. congénitales; 2° H. par calculs rénaux; 3° H. par déplacements rénaux; 4° H. de causes diverses.

Il serait réellement exagéré de dire que le diagnostic d'hydronéphrose intermittente typique est aujourd'hui très malaisé à poser. Il y a quelques années, alors que l'attention n'avait pas encore été attirée sur les faits de ce genre, l'on aurait pu, sans crainte d'être taxé d'ignorance, émettre pareille assertion. Mais désormais, hormis certains cas particuliers à symptômes mal accusés, on peut y arriver, ce nous semble, sans trop de peine. Pour les hydronéphroses infectées, la chose est encore plus simple.

Ce n'est pas à dire qu'il ne faille apporter à l'étude de l'évolution de la maladie tous ses soins et tout son savoir. Certaines difficultés ne peuvent même être levées qu'en analysant minutieusement tous les renseignements fournis par les malades. Il n'existe en effet aucun symptôme pathognomonique : c'est le complexe clinique, envisagé dans ses caractères et dans sa marche, qui est seul caractéristique. Malheureusement il n'est pas toujours au grand complet, même à une période avancée de la maladie, et, si quelques traits manquent ainsi au tableau, le clinicien le plus sagace peut très bien se lancer sur

une fausse piste, quitte à s'apercevoir ultérieurement de son erreur.

Les signes cardinaux de l'hydronéphrose intermittente sont constitués, on le sait, par des *crises douloureuses* survenant à intervalles variables, séparées par des périodes de calme plus ou moins marquées, et ces crises sont accompagnées du développement d'une *tumeur* dans la région du rein, disparaissant avec les douleurs elles-mêmes. Quand ces deux symptômes, crises douloureuses et tumeur intermittente des lombes, se trouvent réunies; quand on examine un malade au moment de l'accès, il est difficile de se tromper, si l'on connaît l'histoire de cette affection et surtout si l'on veut bien admettre qu'elle est en somme bien moins rare qu'on ne l'a dit.

Par contre, quand il n'y a ni tumeur ni crise; quand on est consulté pendant les périodes d'accalmie; quand on n'a pour se guider que des commémoratifs plus ou moins précis, que les renseignements, toujours assez vagues, fournis par les malades, les choses se compliquent et le mieux est d'attendre. Il faut réserver son opinion jusqu'au moment où l'on peut soi-même assister à une attaque franche.

En dehors de ces circonstances, il y en a deux autres où l'on peut être encore réellement embarrassé. C'est quand, d'une part, l'affection est encore à ses *débuts* et que la tumeur hydronéphrotique, en raison de son peu d'importance, est à peine perceptible, ou même n'est pas appréciable cliniquement parlant; quand, d'autre part, la maladie étant plus avancée, c'est l'existence d'une tumeur à évacuations rares (pouvant par suite être considérée à un moment donné comme persistante), qui attire surtout l'attention du patient et domine tout le tableau clinique. On conçoit que dans ces cas atypiques, où un symptôme prédomine nettement sur l'autre, où l'un s'efface même parfois presque complètement devant l'autre, l'affirmation soit dangereuse. Pourtant, pour le plus grand nombre, à l'heure actuelle du moins, nous pensons qu'on peut arriver à formuler une opinion avec un certain degré de certitude. Il suffit de savoir distinguer les *crises douloureuses* des phénomènes analogues qui peuvent les simuler, et la *tumeur hydronéphrotique* ordinaire des autres tumeurs de l'abdomen. Certes, tout cela n'est pas toujours aisé, et nous ne voulons pas ici — ce qui nous entraînerait trop loin — montrer que par malheur le diagnostic d'hydronéphrose *fermée* reste souvent incertain, tandis qu'une tumeur hydronéphrotique *intermittente* est, au contraire, presque impossible à confondre avec une autre affection. Nous préférons, nous plaçant à un point de vue plus pratique, indiquer quelles sont les erreurs qui peuvent être commises. C'est la meilleure façon d'empêcher ceux qui auront l'occasion de rencontrer de tels malades de retomber à nouveau dans les mêmes errements.

§ I. — Diagnostic de l'hydronéphrose intermittente typique.

On peut avoir à poser le diagnostic d'hydronéphrose intermittente dans les circonstances suivantes :

1° Il n'y a *pas de tumeur* constatable dans la région rénale : le malade raconte seulement qu'il présente des *crises douloureuses intermittentes*, au niveau de l'un des reins, ou est en proie actuellement à un accès de ce genre. Dans ces conditions, c'est le phénomène *douleur rénale*, revenant par crises, qui frappe l'observateur.

2° Il y a une *tumeur rénale* appréciable, ayant les caractères d'une tumeur liquide, mais il n'y a pas de crise douloureuse à l'heure actuelle et le malade ne peut pas suffisamment préciser s'il y en a eu ou non antérieurement ; si cette tumeur s'est vidée ou non autrefois. Dans ces cas, c'est la notion *tumeur liquide, persistante, abdominale*, qui domine.

3° Enfin, il y a *crises douloureuses* intenses et *tumeur abdominale, liquide*, nettement intermittente. Ce sont les cas classiques : ici l'erreur est presque impardonnable, s'il n'y a pas de symptômes insolites surajoutés, capables de modifier l'allure de la maladie.

I. Crises douloureuses intermittentes, sans tumeur rénale appréciable.

I. *Affections avec lesquelles l'erreur a été commise.* — On peut croire, dans ces conditions, à une foule d'affections douloureuses, localisées ou non à la cavité abdominale, suivant les caractères que revêtent les douleurs, suivant la particularité de l'accès qui devient la note dominante dans cet ensemble symptomatique, suivant l'atténuation de tel symptôme, suivant aussi que le malade attire l'attention sur tel ou tel point.

a. C'est ainsi que *si les douleurs ne sont pas très bien localisées* par le patient au niveau du rein, qu'il s'agisse de douleurs spontanées ou de douleurs provoquées à l'examen de la région par le chirurgien, on peut penser à des crises d'*hystérie*, ou à des crises d'*ataxie locomotrice* (crises néphrétiques ou autres). A la rigueur, quand c'est le rein droit qui est atteint, on peut croire aussi à des *coliques hépatiques frustes*, si l'on ne détermine pas très exactement le point qui représente à la pression le maximum ou l'origine des phénomènes

douloureux. Dans les cas où les crises ne sont pas très nettes, où des douleurs persistent dans leur intervalle, le change peut être donné par une *névralgie lombo-abdominale*, des poussées de *péritonite périrénale*, et même par une *névralgie vésicale*, s'il s'agit — ce qui est rarement probable — d'une hydronéphrose intermittente par calcul de l'uretère.

b. Par contre, quand la douleur est *nettement localisée*, on peut avoir affaire à une *névralgie rénale* essentielle. Mais le diagnostic le plus important et le plus difficile à faire est de beaucoup celui de la *colique néphrétique* simple, pure, en raison surtout de la grande fréquence de cette affection.

c. S'il y a avec ces crises des *symptômes insolites*, des complications précoces, comme l'hématurie par exemple, on conçoit qu'on ait pu diagnostiquer une *hémoglobinurie paroxystique*. Quant à la simple *pyélite* légère, supposition à laquelle on peut s'arrêter un moment si les urines sont muco-purulentes, elle ne s'accompagne pas de phénomènes intermittents analogues à ceux dont nous nous occupons.

A. *Crises intermittentes à douleurs très mal localisées*. — 1° *Hystérie*. — Chez les femmes, ces crises d'hydronéphrose peuvent être prises pour des phénomènes hystériques, comme cela a eu lieu dans un cas de Landau (Obs. XXXV). Dans ces conditions, pour que cette erreur soit commise jusqu'au moment où apparaît enfin la tumeur caractéristique, il faut que certains phénomènes nerveux importants se produisent en même temps, comme dans l'observation que nous venons de rappeler (nous pouvons citer, à ce point de vue, les crampes), et que les douleurs soient très mal localisées et assez mal définies. Certes, c'est une erreur qui se comprend au début d'une affection qui s'observe, comme l'hystérie, surtout chez la femme. De plus, rien ne s'opposant à ce qu'une hydronéphrose intermittente, aussi bien qu'un calcul du bassin¹, apparaisse chez une hystérique, il ne faut pas trop s'étonner si, parfois, il a fallu attendre le développement de la tumeur rénale pour se prononcer. Pourtant un médecin exercé ne se laissera pas prendre en défaut, s'il connaît bien l'histoire des *stigmates hystériques* d'une part, celle de l'hydronéphrose intermittente d'autre part. En recherchant tous ces stigmates avec un grand soin et avec méthode, il verra de suite si la malade est réellement hystérique, à moins que tous ces stigmates fassent défaut; de plus, en étudiant ce qui se passe au moment des crises, du côté des urines, les caractères des douleurs lombaires, il pourra se rendre compte

1. Voir Legueu, p. 87.

s'il y a en plus des phénomènes d'origine rénale. Nous ne pouvons indiquer ici la façon de dévoiler l'hystérie ni reprendre un à un tous les caractères de la crise d'hydronéphrose intermittente. En se reportant à cette description on verra qu'en somme il n'y a pas là une difficulté aussi grande qu'on pourrait le croire.

2° *Ataxie locomotrice*. — Les mêmes réflexions peuvent s'appliquer aux accès tabétiques. On sait que cette affection peut présenter une forme fruste où les *crises néphrétiques* constituent pour ainsi dire les seuls symptômes (M. Raynaud); mais, généralement, ces crises ne sont pas seulement néphrétiques¹ et diffèrent un peu de celles de l'hydronéphrose intermittente. Les irradiations douloureuses y semblent plus diffuses et il y a assez souvent de la rétraction testiculaire : ce qui les rapproche plutôt des crises de coliques néphrétiques. De plus d'autres signes de tabes ne tardent pas à se montrer (douleurs fulgurantes, phénomènes oculaires, etc.). Cela suffit dès lors pour mettre sur la voie du diagnostic. C'est chez l'homme qu'au début l'erreur peut être surtout commise, l'ataxie étant moins fréquente chez la femme. Mais là encore, comme pour l'hystérie, il peut y avoir coïncidence et une hydronéphrose intermittente peut très bien apparaître chez un tabétique. C'est précisément ce qui a eu lieu pour le cas de Kœhler², comme l'a démontré l'opération en amenant seulement la disparition des troubles dus à l'hydronéphrose et en n'agissant en rien sur d'autres phénomènes, qui, par suite, ne pouvaient être rattachés qu'au tabes. Chez ce malade, le professeur Leyden (de Berlin) fit, à la première phase de la maladie, l'erreur de diagnostic; il diagnostiqua bien l'ataxie, mais on ne dépista l'hydronéphrose qu'à l'apparition de la tumeur : c'est dire que bien d'autres pourront ne pas être plus heureux.

3° *Coliques hépatiques*. — Même lorsque les crises douloureuses du début de l'hydronéphrose intermittente siègent du côté droit, leur confusion est assez difficile à faire avec les coliques hépatiques.

Evidemment la coexistence des deux affections semble possible, quoique nous ne possédions pas d'observation qui le démontre. Mais, en dehors de ces cas où il y aurait superposition et confusion des symptômes, en recherchant avec soin le siège de la douleur et le sens des irradiations, en constatant la prédominance des réflexes

1. Elles peuvent se compliquer de *crises gastriques*, qui d'ailleurs, à elles seules, pourraient donner le change (Obs. Kœhler).

2. Peut-être faudrait-il rapprocher de ce cas l'observation de M. Laget (*Assoc. fr. pour l'av. des Sc., Congrès de Marseille, 1891, août*; voir l'analyse dans les *journaux médicaux*) ayant trait à des crises rénales d'origine ataxique, prises au début pour des crises de coliques néphrétiques dues à un calcul de l'uretère.

du côté du tube digestif plutôt que du côté des voies urinaires, on peut assez facilement reconnaître le point de départ de tous les phénomènes. Bien entendu, s'il y a de l'ictère, la tâche est rendue singulièrement facile. En somme, l'erreur ne semble avoir été faite que deux fois jusqu'à présent (Zawisza, cas II et cas III), et cela parce que les malades n'avaient pas été suivies assez longtemps.

4^o Nous n'insisterons pas ici sur le diagnostic avec la *névralgie lombo-abdominale*, le *lumbago*, la *névralgie vésicale*, la *péritonite périrénale*, etc.

Les névralgies ne présentent point de crises analogues à celles de l'hydronéphrose intermittente au début; il y a en outre des points douloureux très spéciaux qu'on ne retrouve pas quand le bassinnet seul est en cause (*névralgie lombo-abdominale*). La douleur est superficielle au lieu d'être profonde; les irradiations, au lieu d'être diffuses, se font sur le trajet des nerfs; il n'y a pas de troubles urinaires, etc.

S'il y a un calcul du bassinnet on peut songer un instant à la *névralgie vésicale*, si ce calcul s'accompagne de cystalgie réflexe et s'il est impossible à reconnaître par les procédés d'exploration habituels. Dans ces cas, l'exploration méthodique de la vessie, suivant toutes les indications fournies par M. le professeur Guyon, sera d'un très grand secours.

Quoi qu'en aient dit bien des auteurs, les poussées de *péritonite périrénale* seront difficiles à confondre avec les crises douloureuses de l'hydronéphrose, à moins de ne pas analyser avec la minutie voulue les caractères des accès. D'ailleurs on a fait jouer à ces poussées, à cette péritonite localisée, un rôle trop considérable, en tant qu'affection primitive, et si elle existe c'est bien plutôt à titre de lésion secondaire à l'altération d'un organe voisin, rein, bassinnet ou autre.

B. *Crises à douleurs localisées au rein et à l'uretère*. — 1^o *Névralgie rénale*. — Nous ne nous arrêterons pas à la *névralgie dite essentielle du rein* ou *Néphralgie*, étudiée récemment par quelques auteurs anglais et Malécot, etc.¹. Une discussion approfondie de ces faits,

1. Voir le tout récent mémoire de M. F. Legueu (*Des névralgies rénales*; in *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, août, septembre et octobre 1891). M. Legueu est un peu trop affirmatif quand il dit (p. 792) qu'il existe toujours un gonflement intermittent du rein, survenant pendant les crises et se terminant avec elles, dans les cas d'hydronéphrose intermittente: ce qui, d'après lui, permet de faire facilement le diagnostic de cette affection avec la névralgie rénale. Si ce gonflement existe toujours au sens anatomique, cliniquement il peut ne pas être appréciable et alors la confusion est à la rigueur possible. M. Legueu ne comprend pas (septembre, p. 635) comment Morris peut admettre qu'un rein légèrement déplacé, à peine mobile, puisse être la cause d'un complexus symptomatique analogue à celui de la névralgie rénale, et il se demande comment, à un

dont la plupart ne sont pas très probants et dont un certain nombre ne sont peut-être que des hydronéphroses intermittentes frustes, nous entrainerait trop loin. Nous préférons discuter avec soin le diagnostic des crises de l'hydronéphrose intermittente avec la *colique néphrétique*, sujet d'un intérêt capital.

2° *Coliques néphrétiques*. — A l'heure qu'il est où, malgré tout ce que l'on a écrit sur ce point, l'on n'est pas encore très bien fixé sur la physiologie pathologique du syndrome clinique dit colique néphrétique, la question est plus difficile à résoudre qu'on ne pourrait le supposer. Tant que la *tumeur* de l'hydronéphrose n'est point appréciable, le doute est absolument permis, sauf toutefois les cas où un petit calcul, rendu par les urines, vient indiquer nettement, en mettant sous les yeux le corps du délit et la cause de la colique, que c'est bien à la lithiase rénale que l'on a affaire. Pourtant la colique néphrétique franche¹, sans hydronéphrose, a à son actif quelques caractères spéciaux. C'est ainsi que la douleur commence généralement en un point donné de l'uretère et *non pas au niveau du bassinnet*. Elle s'irradie plus particulièrement en haut et en bas, en suivant une ligne correspondant au grand axe prolongé de ce conduit (irradiations rectilignes), au lieu de s'étendre à la façon des ondulations provoquées dans une pièce d'eau par la chute d'une pierre (irradiations concentriques). Souvent il y a une *hématurie prémonitoire* : ce qui est très rare dans l'hydronéphrose intermittente ne reconnaissant point pour cause un calcul du bassinnet, c'est-à-dire dans la très grande majorité des cas.

Puis, à mesure que les phénomènes s'accroissent, la douleur se propage du côté de l'aîne ou du testicule du même côté : ce qui est encore exceptionnel dans l'hydronéphrose non calculeuse. Parfois elle est calmée par la pression, phénomène qui n'existe pas dans la crise d'origine hydronéphrotique : on sait que la pression détermine même dans ce cas une douleur plus vive, en même temps qu'elle réveille un irrésistible besoin d'uriner (ce qui se comprend, puisqu'elle a pour effet de comprimer la quantité d'urine — si petite soit-elle — qui s'est accumulée dans le bassinnet). La tympanite semble plutôt du domaine de la colique néphrétique.

L'*hématurie durant la crise* est bien plus importante ; cette héma-

si léger degré, la mobilité presque inappréciable d'un rein peut produire des symptômes si intenses. Nous avons vu plus haut comment les choses devaient se passer (voir : Pathogénie de l'Etranglement des reins mobiles) dans les cas où la mobilité du rein peut être invoquée pour expliquer les crises douloureuses.

1. La colique néphrétique, au point de vue où nous nous plaçons ici, est considérée comme le symptôme le plus important des *calculs du rein et de l'uretère*.

turie est très rare dans l'hydronéphrose intermittente, très commune dans la colique. Nous y revenons plus loin. — Quand le rein saigne *entre les crises* et sous l'influence des mouvements, il est probable — probable seulement — qu'on a affaire à un calcul, c'est-à-dire à une colique. La palpation de l'uretère (palper abdominal ou toucher rectal) fournit aussi de précieux renseignements sur la douleur propre à ce conduit. Certes il y a des causes d'erreurs; mais souvent, en se basant sur ces données, on pourra formuler un diagnostic sans courir trop de chances de se tromper.

Par contre, l'état général est fréquemment le même dans les deux cas: pâleur de la face, sueurs froides, refroidissement des extrémités, angoisse inexprimable, etc. C'est ce qui dérouté souvent le clinicien, frappé seulement par les grandes lignes du tableau. Mais il est inutile d'ajouter que dès que l'on sent une tuméfaction légère, lisse, arrondie, au niveau du bassin, la question est résolue en faveur de l'hydronéphrose, surtout si le rein est mobile. On conçoit que dans les cas où cette hydronéphrose existe réellement, mais est très faible et est due à un calcul du bassin, le diagnostic soit vraiment impossible, jusqu'à l'élimination du calcul: ce qui explique l'erreur probable de diagnostic dans le cas de Cole, et bien d'autres analogues.

D'ailleurs Rockwel va plus loin que nous: même dans les cas où un calcul est rendu ¹, l'hydronéphrose pourrait être, dit-il, due à une autre cause. Cette simple remarque montre avec quelle circonspection il faut soutenir un diagnostic dans les cas où il s'agit de crises avortées ou de coliques néphrétiques frustes, comme on en observe si souvent.

C. *Crises compliquées de symptômes insolites.* — 1° *Crises avec hématurie.* — Parfois les accès d'hydronéphrose peuvent être accompagnés de complications, rares il est vrai, mais capables au plus haut point d'entraîner de fatales erreurs; et, s'il n'y a pas de tumeur ou si elle passe inaperçue, on peut songer à des maladies qui ne ressemblent en rien à l'hydronéphrose. Prenons par exemple l'hématurie.

a. Quand ce symptôme vient compliquer une crise douloureuse, on doit songer d'abord, *surtout s'il se produit aussi dans l'intervalle des accès*, à des *calculs rénaux* ². Mais si tout porte à croire qu'il

1. Nous avons précédemment montré que l'expulsion de graviers ne prouvait pas grand'chose et qu'hydronéphrose intermittente et gravelle urinaire pouvaient parfaitement exister concurremment chez le même malade, sans qu'il y ait de relation de cause à effet.

2. Voir Zawisza (cas I).

n'en existe pas, si le malade ne rend pas de graviers, ne présente pas des symptômes plus spécialement en rapport avec la colique néphrétique, force est bien de songer à autre chose.

b. C'est ce qui eut lieu dans une observation de Fürbringer (cas III), où l'on crut un instant à une *Hémoglobinurie paroxystique*¹.

L'examen approfondi des urines permet toujours, il est vrai, de lever rapidement la difficulté. On ne devra donc jamais manquer d'y avoir recours quand l'hématurie sera assez abondante pour simuler le passage de l'hémoglobine dans les urines.

c. On sait que dans les cas de *torsion du pédicule vasculaire d'un rein mobile*, l'urine est trouble, albumineuse et sanguinolente; par suite dans les cas d'hématurie légère ou tout au moins d'urines sanguinolentes accompagnant une crise douloureuse analogue à celles de l'hydronéphrose intermittente, on pourrait penser — et on l'a fait — à un accident de ce genre. Pour nous, qui ne croyons guère à l'existence de cette torsion ou du moins qui ne lui attribuons aucun rôle dans la pathogénie des divers accès douloureux des reins mobiles, nous ne pouvons avoir à faire un tel diagnostic. Nous ne nions pas de parti pris que cette torsion ne puisse se produire; mais elle ne peut être cause de crises comparables à celles de l'hydronéphrose intermittente typique², et, si elle existe, avec ou sans coudure de l'uretère, elle est pour nous d'intérêt tout secondaire. Aussi, malgré l'opinion de quelques médecins³, croyons-nous inutile d'insister davantage sur la possibilité de différencier l'hydronéphrose intermittente de la torsion des vaisseaux du rein.

2° *Crises avec urines muco-purulentes*. — Sans parler ici des cas où les urines sont et restent nettement purulentes dans l'intervalle des accès (Pyonéphroses vraies) et pour nous borner à ceux où, au moment des crises, il y a un peu de pus dans les urines et une fièvre plus ou moins marquée (Hydronéphrose compliquée de pyélite légère⁴), on peut être induit en erreur si l'on ne tient pas un compte suffisant — nous ne disons pas de l'existence de la tumeur, puisque

1. Il ne faudrait pas croire que le cas de Sabatier (*Rev. de Chir.*, 1889, p. 62), auquel on a accolé l'étiquette de *néphralgie hématurique chez une hystérique*, rentrât dans la même catégorie de faits que celui de Fürbringer. Il est tout différent : pas d'hydronéphrose, rein sain, etc.

2. Les expériences faites sur les animaux montrent jusqu'à nouvel ordre que la ligature des veines rénales ne produit que les accidents suivants : gonflement du rein, qui atteint des dimensions 3 à 4 fois supérieures(?) à son volume normal, et secondairement anurie ou du moins oligurie, l'urine contenant du sang et de l'albumine. Ces troubles disparaissent d'ailleurs spontanément quand le sang reprend son cours normal et la polyurie marque la fin de l'expérience.

3. Gaillard. An. de deux observations d'Oppenheimer; in *Arch. gén. de méd.*, septembre 1891, p. 338.

4. *Uropyonéphroses* de M. le Pr Guyon.

nous supposons qu'elle n'est pas appréciable — des caractères nettement intermittents et paroxystiques des douleurs. On peut croire à une *Pyélite simple*, primitive, d'origine banale, au lieu de songer à une pyélite secondaire, compliquant une hydronéphrose au début, et restant latente. L'étude minutieuse d'une crise permet seule de lever cette difficulté, qui mérite seulement d'être soulevée ici ¹.

Si nous avons tant insisté sur ces différentes affections, ce n'est point tant à cause des difficultés réelles qui se posent, en face d'un cas donné, que pour mettre sous les yeux toutes les erreurs qui ont été commises. Un homme prévenu, dit-on, en vaut deux ! Il en est de même pour le clinicien, qui « malgré tout le génie qu'il peut avoir et la science qu'il a pu acquérir » ne saurait être ni devin ni sorcier. Quand les éléments d'un diagnostic scientifique manquent, il est plus *scientifique* de commencer par n'en point faire, plus honnête d'avouer son ignorance, et même plus prudent de se tenir sur la réserve, — surtout à une époque où un chirurgien peut être amené à démontrer un jour l'inanité d'une affirmation aventurée, quand les indications d'une opération, au moins exploratrice, se posent formellement.

II. *Interventions exploratrices*. — Ce serait peut-être le lieu de se demander si, dans les cas où l'on reste dans le doute, une *opération exploratrice* est de mise pour décider la nature des crises, la tumeur tardant à se montrer. Mais, en pratique, cela revient à se demander si dans un cas donné il existe oui ou non un calcul du bassinet ou du rein, derrière ces accès intermittents. Cette question ayant été suffisamment traitée par M. Legueu dans sa thèse, nous croyons inutile d'y insister, d'autant plus que dans ces cas la *tumeur hydronéphrotique apparaît toujours bien avant* que l'on puisse avoir la main forcée par la violence et la répétition des attaques.

Nous voulons simplement ajouter que nous repoussons de toutes nos forces — surtout quand il n'y a pas encore de tumeur appréciable — la *ponction exploratrice* et n'admettons comme opération exploratrice que l'*incision*, lombaire ou abdominale. D'ailleurs cette incision est pour nous absolument bénigne, et non point grave comme on l'a écrit (Récamier). Il faut donc rejeter la ponction, incertaine et aveugle, qui, la plupart du temps, ne fournit que des renseignements insuffisants, et qui de plus peut amener les plus graves accidents, en mettant en communication la cavité péritonéale avec celle du bassinet, très souvent infectée, et en exposant à une perforation de l'intestin.

1. Voir A. Robin, *loc. cit.*

Répétons, en terminant, que généralement, à cette période de la maladie, *en face des seules crises intermittentes, on pourra presque toujours se dispenser de toute exploration sanglante*. La tumeur n'étant pas longue à se montrer généralement, il vaut mieux l'attendre. A ce moment-là, par contre, une incision exploratrice peut être parfaitement utile et l'on n'hésitera pas à y avoir recours, si besoin est, comme nous allons le montrer dans un instant.

II. Tumeur rénale sans crises manifestes.

I. *Affections avec lesquelles l'erreur a été faite*. — Quand chez un malade on a pu constater l'existence d'une tumeur rénale, et que l'on ne sait pas si cette tumeur a présenté jadis ou présente encore actuellement, de temps à autre, des *modifications importantes de volume*, il s'agit de déterminer d'abord si cette tumeur est vraiment une *hydronéphrose*, puis d'établir qu'elle est *intermittente*.

Les symptômes de l'*Hydronéphrose classique* sont connus. Nous ne les rappellerons pas ici, et il suffit d'ajouter que dans ces dernières années on a montré que la sonorité normale prérénale pouvait ne plus exister quand le bassinot se dilatait d'une façon notable, par suite du refoulement vers la ligne médiane des côlons ascendant ou descendant, et que la zone sonore, étendue entre le rein et le foie à droite, pouvait aussi ne plus persister dans l'hydronéphrose; ce qui rend plus difficile le diagnostic de cette lésion et explique pourquoi elle a été confondue si souvent avec d'autres tumeurs kystiques de l'abdomen.

Voici d'ailleurs la liste des erreurs qui ont été faites dans les faits d'hydronéphrose recueillis par nous, à une époque de la maladie où l'intermittence n'avait pu être formellement reconnue.

1° *Kystes de l'ovaire*. — C'est surtout dans les cas où l'on avait affaire à un sac hydronéphrotique très volumineux, *bien mobile*, à intermittences très rares ou à évacuations brusques, c'est-à-dire à la forme distincte, intermédiaire entre l'hydronéphrose intermittente typique et l'hydronéphrose fermée — forme clinique sur laquelle nous avons insisté — que cette erreur de diagnostic a été faite (cas de Johnson, Thiriar, Landau, Bryant, etc. ¹); et, même dans le cas de Rosenstein où l'on avait constaté à un moment

1. Dans un article récent (*Pathogénie de l'hydronéphrose*; in *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, n° 48, 28 novembre 1891, p. 571), M. Hartmann cite un cas qui peut rentrer dans cette catégorie de faits (voir p. 573). On crut à un kyste de l'ovaire; mais à ce moment l'hydronéphrose n'était plus intermittente : elle n'était que *mobile*.

donné la disparition de la tumeur, on n'avait pas hésité à voir là une évacuation de kyste ovarique dans la vessie ou l'uretère.

Inutile de dire que désormais, lorsqu'on verra se produire pareille disparition d'une poche kystique, il faudra tout d'abord songer à une hydronéphrose, bien plutôt qu'à l'ouverture spontanée d'un kyste de l'ovaire. Si le liquide évacué a le caractère de l'urine, le doute n'est plus permis¹. Mais, quand on est en présence d'une tumeur kystique, plus ou moins fluctuante, régulièrement arrondie, avec ou sans bosselure, extrêmement *mobile*, comme cela se voit dans certaines hydronéphroses développées sur des reins mobiles; quand on n'a pas assisté soi-même à la disparition et au retour de cette poche, on peut très bien se tromper. La ponction exploratrice elle-même — dont on se gardera d'ailleurs — peut être insuffisante, puisque le liquide de l'hydronéphrose présente parfois les mêmes caractères que celui d'un kyste de l'ovaire. En se guidant sur une série de constatations cliniques, qu'il serait déplacé de rappeler ici², on pourra peut-être, dans ces cas-là, éviter l'erreur. Mais il faut bien savoir qu'elle a été faite par des chirurgiens distingués et qu'elle est parfois inévitable, bien entendu quand les phénomènes douloureux manquent complètement.

2^o *Affections des reins*. — *a. Kystes*. — Dans d'autres cas [Thompson; Hillier (cas II)] on a songé un instant à des *kystes séreux du rein*; mais il s'agit là d'une affection bien plus rare³. Si l'on rappelle que des reins déplacés⁴ ou mobiles peuvent présenter des kystes (Czerny,

1. Il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'un certain nombre de prétendus kystes de l'ovaire ouverts dans la vessie ne soient que des hydronéphroses comparables à celles observées par Rosenstein (Morris, 1876).

2. Examen des urines (voir cas de Thiriari), commémoratifs, et surtout crises douloureuses, quand elles existent.

3. F. Terrier. *Grand kyste séreux du rein gauche*; in *Revue de Chirurgie*, p. 545, 1890.

4. C'est dans les cas de cette catégorie que l'opinion émise par M. Poirier (*Soc. an.*, 17-24 juillet 1891; voir in *Mercredi méd.*, n° 30, 1891, p. 379) pourrait à la rigueur être admissible. D'après cet anatomiste en effet le kyste d'un rein en ectopie congénitale pourrait se vider à un moment donné dans les voies d'excrétion de l'urine par une effraction comparable à celle qu'il a constatée au cours de ses injections dans l'uretère. Comme dans ces circonstances le tableau clinique de l'hydronéphrose à évacuation brusque se trouverait en partie réalisé, on serait susceptible de prendre une lésion l'une pour l'autre. Mais, comme l'a fait remarquer à ce propos M. Cornil, « cette évacuation des kystes, si elle existe vraiment, doit être des plus exceptionnelles, tandis que l'existence de l'hydronéphrose intermittente est absolument prouvée ». M. Poirier a dit à l'occasion du même fait : « le bassinot n'était nullement dilaté, quoique l'uretère fût coudé. » Nous ferons remarquer simplement que le rein en question n'était pas *mobile*, quoique déplacé congénitalement. Il ne faut pas confondre le développement du rein en un siège anormal avec le déplacement congénital ou non d'un rein qui s'est développé à sa place habituelle.

Walter, Riegner, Pozzi, etc.), on conçoit que cette affection complexe puisse donner le change, quand l'hydronéphrose constitue une tumeur mobile, ou faiblement mobilisable, vaguement fluctuante et peu volumineuse. L'évolution des accidents pourra seule mettre sur la voie, car il ne faudrait pas croire, avec Stiller, que les kystes du rein représentent les seules tumeurs liquides de cet organe qui ne soient pas fluctuantes. (Nous avons vu que l'hydronéphrose l'est rarement.)

Rappelons encore, pour mémoire, que dans le *Kyste hydatique* du rein, on peut observer une élimination intermittente d'hydatides par l'urèthre quand le kyste communique avec le bassinnet.

b. Reins mobiles. — La tumeur constituée par un rein mobile simple, non kystique, cause de beaucoup la plus fréquente d'hydronéphrose intermittente, empêche souvent, surtout s'il y a des crises douloureuses plus ou moins marquées, de soupçonner l'existence de cette complication (Wilse, Desnos et Barrié, Fell, etc.), ou accapare à elle seule l'attention du clinicien (cas I de Guyon). Pourtant, avec un peu de patience on arrivera à la découvrir ; il suffit d'une palpation faite avec soin quand, pendant l'accès, le bassinnet est distendu¹. D'ailleurs les crises douloureuses, comme nous avons essayé de le montrer, trahissent très vraisemblablement l'hydronéphrose dès ses débuts. Dès lors, dès que les accès se montrent, on doit songer à l'apparition probable, à plus ou moins longue échéance, d'une tumeur hydronéphrotique. Quand l'hydronéphrose très distendue présente une certaine dureté et ne semble pas fluctuante à l'examen clinique, l'erreur peut être encore plus facilement commise avec le rein mobile.

c. Périnéphrose. — Au cours de la discussion qui suivit la communication où Symonds a fait connaître à la *Société Huntérienne de Londres*, le 14 janvier 1891, une observation d'hydronéphrose, Cl. Lucas a émis l'hypothèse qu'il pouvait s'agir dans de tels cas d'une *Périnéphrose*, dans laquelle le liquide serait collecté en kyste. D'autres auteurs ont depuis récemment attiré l'attention sur des faits de ce genre ; mais nous avouons que, jusqu'à plus ample informé, nous ne pensons pas qu'il y ait lieu de s'arrêter davantage à la possibilité d'une confusion de cette nature.

d. Tumeurs solides du rein. — D'ailleurs, dans ces cas-là, on peut plus facilement encore songer à une *tumeur maligne du rein* (cas de Kappe, Zawisza), de même qu'à une *tuberculose rénale*, surtout s'il y a des hématuries (voir Zawisza, cas I). Il est évident que la

1. On sent deux tumeurs accolées l'une à l'autre ; l'une externe, dure, tendue : c'est le rein mobile ; l'autre interne, arrondie, lisse, élastique, plus ou moins fluctuante : c'est le bassinnet distendu (voir Hare, cas I, figure I de ce travail).

marche de la maladie permet rapidement de rectifier un tel diagnostic, sur lequel il serait enfantin de nous arrêter.

3° *Tumeurs diverses de l'abdomen*. — Nous n'insisterons pas non plus sur les autres suppositions qui ont pu être faites. On a cru, tantôt à des *lésions de la rate*, quand l'affection siégeait à gauche (hypertrophie de la rate, Cole; rate mobile, Wilse); tantôt à des *lésions du foie* (kyste hydatique, Landau (cas I); tumeur solide du foie¹ ou de la vésicule biliaire² (Fürbringer, cas III, etc.), quand la tumeur prédominait à droite; tantôt à des *kystes de l'abdomen* (Socin, Landau (cas V), etc.); à de l'*ascite* même (Hillier, cas II). Il serait fastidieux de discuter un à un tous ces cas, d'autant plus que quelquefois il n'y a guère que la notion du mode de développement de l'hydronéphrose intermittente qui puisse mettre sur la voie.

Faut-il rappeler encore les *Tumeurs-fantômes*? Peut-être certaines d'entre elles ne sont-elles que des hydronéphroses à évacuations brusques³? C'est un point à surveiller.

4° *Ureterhydrose*. — En terminant cette trop longue énumération, qu'on nous permette toutefois de signaler encore, au point de vue historique au moins, la simple *rétenion vésicale d'urine*, puisque Tulpius qui fit cette erreur a le premier observé cette variété d'hydronéphrose et l'*Ureterhydrose* ou *dilatation de l'uretère* sans élargissement du bassin. On connaît au moins trois cas de cette affection fort rare (Thompson, 1837, cité par Morris, 1876), qui, elle aussi, peut être intermittente (Estlin⁴, Robert⁵). Cette poche urétérale s'était vidée dans la vessie à différentes reprises. Il est difficile d'indiquer les signes qui permettraient de diagnostiquer une telle lésion, qui n'a pas été observée à nouveau dans ces dernières années et qui n'a jamais été reconnue sur un malade. Il semble pourtant que l'on pourrait peut-être y parvenir, en se basant sur le *siège* de la tumeur

1. Peut-être *lobe du foie flottant* (Landau), surtout quand l'hydronéphrose adhère à la face inférieure du foie.

2. Il faudra peut-être songer un jour à la *dilatation intermittente calculeuse de la vésicule biliaire*. On nous citait récemment un fait pour lequel, en face du diagnostic : « Tumeur liquide de la vésicule », un chirurgien étranger avait posé celui d'hydronéphrose intermittente.

3. Lire à ce propos la leçon de M. Thiriart (*Entretiens chirurgicaux faits à l'hôpital Saint-Jean de 1886 à 1890*, Bruxelles, 1891, p. 412) et surtout un récent article de Cl. Lucas (voir p. 308).

4. John Bishop Estlin. *Case of enlarged Bladder*; in *the London Medical Gazette*, 30 août 1828, vol. II, n° 39, p. 394. — *A case of retention of Urine from tumors with his the bladder, with a acculated bladder and large accumulation of calculs*; brochure analysée in *the London medical Gazette*, 17 juin 1837, p. 441 (complément de l'observation précédente; malgré le titre, il s'agit bien là d'une ureterhydrose).

5. Roberts (New-York). *On diseases of the fœtus*; in *American journal of medical sciences*, 1844, p. 394, vol. II.

et l'absence des crises douloureuses qui semblent caractéristiques de l'hydronéphrose. Mais il serait prématuré d'affirmer quoi que ce soit à ce sujet.

II. *Interventions exploratrices.* — *a. Ponction.* — Pas plus dans ces circonstances que lorsqu'il n'y a pas de tuméfaction appréciable — autrement dit dans tous les cas où il y a tumeur de la région rénale — nous n'admettons la ponction exploratrice comme moyen de diagnostic. Là, comme chez les malades où l'hydronéphrose ne peut qu'être soupçonnée, elle est trop souvent insuffisante et partant inutile; elle peut même être dangereuse, partant inférieure à l'incision exploratrice, opération réglée où rien n'est laissé au hasard, sans compter qu'elle peut rendre plus complexe l'intervention *reconnue ultérieurement nécessaire*. L. Landau a pourtant défendu avec chaleur cette ponction qui, à son avis, fournirait presque toujours des renseignements précieux. Nous ne nions pas qu'il soit très important d'examiner le liquide qu'on se procure grâce à elle; mais elle présente tant d'inconvénients qu'il ne faudra y avoir recours que dans les cas où l'incision ne pourra être utilisée. Cette ponction, d'ailleurs, comme toute opération, devra être rigoureusement *aseptique*.

b. Incision. — *L'incision exploratrice* a seule une réelle valeur, au point de vue du diagnostic complet. Quand l'examen clinique, méthodiquement fait, est resté au-dessous de sa tâche, elle doit aujourd'hui, en raison de sa bénignité, faire reléguer la ponction, jadis si utilisée, au second plan. Mais elle ne sera tentée autant que possible que le jour où l'on sera prêt à une intervention thérapeutique aussi radicale que possible, de façon à reconnaître la maladie et à la guérir, si la chose est faisable, en une seule séance opératoire, comme nous allons y insister dans un instant.

Ajoutons seulement que, dans ces cas, elle devra être tantôt *abdominale*, tantôt *lombaire*. On préférera la laparotomie, si la tumeur hydronéphrotique présente un certain volume, si l'état de l'autre rein est douteux. L'incision lombaire sera surtout réservée au cas d'hydronéphroses infectées, de petit volume, ou de pyonéphroses de date peu ancienne. Celle-ci a l'inconvénient de ne pas permettre la mise à nu du rein sur une grande étendue, ni l'examen du rein du côté opposé; mais quand il y a infection, elle expose moins que l'incision abdominale à des complications post-opératoires¹.

1. Voir, sur l'incision rénale exploratrice, Legueu, *loc. cit.*, p. 93; etc., etc.

III. Tumeur abdominale et crises intermittentes.

Y a-t-il à la fois *tumeur de l'abdomen et crises intermittentes*, il est impossible d'être induit en erreur, à moins d'examiner très incomplètement le malade. Aucune affection ne donne lieu à un complexus symptomatique analogue, pas même l'*Ureterhydrose*.

On a bien insisté récemment sur l'intermittence dans les *tumeurs salpingiennes*; mais dans ce cas la tumeur ne peut guère être comparée à une hydronéphrose. — Les urines restant claires, si elles sont évacuées en plus grande quantité la crise terminée, le doute n'est pas admissible.

Mais, dans les cas plus complexes, il n'est pas inutile de prêter une certaine attention aux phénomènes qui viennent s'ajouter au tableau clinique habituel.

S'il y a *pyurie* par exemple, il est parfois assez difficile de dire quand finit la pyélite, quand débute la pyonéphrose. On trouvera dans les auteurs beaucoup d'exemples où ce diagnostic a présenté d'insurmontables difficultés. A une période plus avancée, au début d'accidents urémiques, au cours d'une crise d'*anurie*, possible *a priori* dans les cas d'hydronéphrose par calcul du bassinet, il peut en être de même. Les antécédents du malade, les commémoratifs, l'exploration attentive des reins et des uretères devront servir de base à la discussion; mais si l'on voit le sujet pour la première fois et si les renseignements fournis ne sont pas très précis, on peut très bien laisser échapper les conditions dans lesquelles s'est développée cette anurie.

Dans les cas anciens il peut y avoir intérêt, là comme dans toutes les hydronéphroses, à déterminer si le rein hydronéphrotique est détruit en totalité ou fonctionne encore. Pour ce faire on peut se servir de l'ingénieux moyen déjà employé par Hillier en 1865 et remis en honneur récemment par M. Chauffard : administrer à l'intérieur un sel quelconque s'éliminant par le rein et rechercher cette substance dans le liquide de l'hydronéphrose, après ponction exploratrice. Malheureusement ce procédé oblige à faire une ponction à la seringue de Pravaz. On n'y aura donc recours qu'en cas de réelle nécessité, car il faut s'abstenir, autant que possible, même de ces ponctions capillaires, à l'aide desquelles on infecte trop souvent les malades, sans s'en douter d'ailleurs.

§ II. — Diagnostic de la cause de l'hydronéphrose intermittente.

En présence d'une hydronéphrose intermittente, il reste à en reconnaître la cause, à déterminer dans quelles conditions elle a pu se développer.

1° *H. congénitales.* — Les *Hydronéphroses d'origine congénitale* se reconnaissent à l'âge seul du malade. Elles apparaissent en effet soit dès la naissance, soit très peu de temps après, et au bout de quelques années elles se sont généralement transformées en hydronéphroses fermées. Il n'est pas probable en effet que les hydronéphroses qui apparaissent dans l'adolescence ou dans l'âge adulte puissent être rattachées à la notion de congénitalité directe; elles se montreraient plutôt vers cinq, dix ou douze ans, ce qui n'a pas encore été bien observé.

Ce n'est pas à dire par là que les hydronéphroses *acquises*, qui débutent de quinze à vingt-cinq ans, ne puissent pas avoir quelques rapports avec certaines dispositions d'origine congénitale des tissus périrénaux ou des moyens de fixation du rein. La chose est possible, mais elle n'est pas démontrée. Et de ce que l'hydronéphrose intermittente s'observe surtout dans des reins mobiles et de ce que les reins mobiles peuvent être congénitaux, nous n'avons pas le droit, jusqu'à nouvel ordre, de conclure que l'hydronéphrose qui commence à se manifester de quinze à trente ans, reconnaît pour cause une anomalie dans les moyens de fixité du rein. Mais nous répétons que cette *congénitalité indirecte* (par l'intermédiaire du rein mobile) semble admissible *a priori*.

2° *H. par déplacements rénaux.* — Quand, en particulier, on voit l'hydronéphrose survenir chez une femme encore jeune, chez une femme qui a plusieurs fois accouché, la première idée qui doit venir à l'esprit est l'existence d'un *déplacement du rein*. Dans presque tous ces cas on trouvera en effet tous les symptômes de *rein mobile* ou du rein flottant, au début du moins de la maladie. Plus tard, en effet, par les progrès de la lésion hydronéphrotique ou par un autre mécanisme, le rein déplacé *peut se fixer*, de même que l'hydronéphrose, sous l'influence de phénomènes d'irritation dans les régions circonvoisines. L'hydronéphrose présentera alors le tableau clinique que nous avons décrit avec détails.

3° *H. par calcul du bassinnet.* — On pourra admettre comme cause de l'hydronéphrose un *calcul du rein, du bassinnet ou de l'uretère*, si l'on constate : 1° l'expulsion de graviers dans l'intervalle des crises; 2° de l'hématurie, entre et pendant les crises; 3° des douleurs à caractères un peu spéciaux (irradiations axiales, permettant de les rapprocher plutôt de celles de la colique néphrétique); 4° enfin la sortie d'un calcul plus ou moins gros après la terminaison de l'attaque. Ce dernier symptôme est le plus important; mais il manque souvent, et le diagnostic ne pourra guère être regardé comme à peu près certain que si les quatre symptômes mentionnés ci-dessus se trouvent réunis; encore faudra-t-il toujours apporter une certaine réserve dans son affirmation.

Nous avons montré en effet que l'expulsion de graviers, dans l'intervalle des crises, avant le début de l'hydronéphrose, n'était pas un signe diagnostique d'une bien grande valeur. De plus, il ne faudrait pas croire que l'apparition d'une hématurie, au cours d'un accès d'hydronéphrose intermittente, soit une raison suffisante pour faire admettre l'existence d'un calcul du rein ou du bassinnet. Dans les cas de Fürbringer (cas III) et de Hahn entre autres, ces hématuries avaient été notées et l'autopsie ou l'opération a montré qu'il n'y avait aucune concrétion calculeuse dans l'organe. Pourtant ce symptôme peut mettre sur la voie de la lésion primordiale. S'il se produit dans certaines conditions, s'il survient dans l'intervalle des accès de rétention d'urine dans le bassinnet par exemple, dans les conditions où habituellement se rencontre l'hématurie des calculeux (marche, voyage en voiture, etc.), il y a de fortes présomptions pour que les crises d'hydronéphrose reconnaissent un calcul comme point de départ, surtout si le rein n'a pas changé de place et n'est pas mobile.

Nous venons d'insister sur la difficulté de ce diagnostic et il importe de ne pas oublier qu'il n'y a là *aucun signe pathognomonique*. On ne devra donc formuler à ce propos qu'un diagnostic basé sur le calcul des probabilités, surtout si l'examen du rein, de l'uretère et du bassinnet est resté négatif.

4° *H. de causes diverses.* — Enfin dans quelques cas, bien plus rares, où ces symptômes fonctionnels feront défaut, où on ne trouvera pas de déplacement rénal, il faudra songer à la possibilité de *lésions du côté de l'extrémité inférieure de l'uretère*, et à toutes les affections que nous avons mentionnées comme pouvant être capables de provoquer une hydronéphrose intermittente (cancer de la vessie¹, de l'utérus², du vagin, prolapsus utérin, etc.).

1. Au moment où nous corrigeons ces épreuves, M. le prof. Guillet (de Caen) nous informe qu'il y a dans sa thèse (*Des tumeurs malignes du rein*, 1889,

Les hydronéphroses intermittentes dues à une cause d'un autre ordre sont tellement problématiques qu'il est inutile de s'y arrêter davantage.

Obs. XXII) une observation tout à fait comparable à celle de M. Morris : ce qui est exact. Elle nous avait échappé en raison du titre qu'elle porte. Il y eut autopsie.

2. M. H. Hartmann (*loc. cit.* plus haut) a cité tout récemment un cas d'Hydronéphrose intermittente due à un *cancer du col utérin* (voir p. 572); mais il n'y eut pas d'autopsie.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT.

SOMMAIRE : § I. **Traitement de la cause de l'hydronéphrose intermittente** : A. Causes diverses; B. Calculs rénaux; C. Reins mobiles.

§ II. **Traitement de l'hydronéphrose intermittente elle-même** : A. Ponctions exploratrices; B. Fistulisation du bassinet (lésions doubles); C. Néphrectomie : ses avantages. 1° Néphrectomie abdominale ou transpéritonéale; 2° Néphrectomie lombaire.

Conclusions.

Dans le traitement de l'Hydronéphrose intermittente, ce n'est point à la *lésion* elle-même qu'il faut s'adresser tout d'abord, s'il en est encore temps : c'est à sa *cause*. Et si l'on peut s'attaquer de bonne heure à celle-ci, la pousser dans ses derniers retranchements, le succès est d'autant plus certain que l'on est intervenu plus vite. Au contraire, à une phase un peu plus avancée de la maladie (et cette phase malheureusement n'est pas longue à se montrer) ou dans des cas spéciaux (ceux qui sont d'origine congénitale, par exemple), le point de départ de l'hydronéphrose est souvent au-dessus des ressources de l'art. Il est impossible de remettre les choses en état, de faire rétrograder les altérations anatomiques qui se sont déjà produites. Il ne reste plus qu'à se garer des éventualités fâcheuses qui menacent l'existence, qu'à parer aux accidents graves, et plus ou moins imminents, causés par cette affection.

Voyons donc quelles sont les ressources dont dispose le chirurgien dans ces différentes circonstances.

§ I. — Traitement de la cause de l'hydronéphrose.

A. *Causes diverses.* — Eliminons d'abord tout ce qui a trait aux faits exceptionnels. S'il s'agit d'une lésion intéressant l'extrémité inférieure de l'uretère, la comprimant ou l'obturant, il est évident qu'il faudra sans tarder dégager cette extrémité. Si la chose est praticable, si l'intervention présente certaines chances de réussite, il n'y a pas à hésiter (Hydronéphrose due à un prolapsus utérin, etc.). Dans d'autres cas il n'en sera pas ainsi. La lésion primordiale nécessiterait une opération très délicate, très difficile, très aléatoire : le remède serait pire que le mal, comme dans le cas de Morris ¹ par exemple. Dans ces conditions la conduite à suivre est bien simple : il faut laisser l'hydronéphrose suivre son cours ; elle n'est qu'un accident sans grande importance dans l'évolution d'une affection rapidement mortelle et au-dessus des ressources de l'art. Le chirurgien perdrait son temps et sa peine à vouloir tenter de guérir cette complication, puisque tout ce qu'il pourrait faire n'empêcherait pas la lésion primitive d'amener à brève échéance un dénouement fatal.

C'est ce qui peut se présenter au cours d'un cancer de la vessie et même parfois de l'utérus, du vagin, etc. Nous n'insistons pas.

B. *Calculs rénaux.* — Il n'en est plus de même lorsque l'on peut incriminer un *calcul du rein, du bassin* ou même *de l'uretère*. Une intervention bien conduite peut amener la guérison complète, si l'on ne croit pas devoir se fier à la nature et compter exclusivement sur elle pour l'élimination du corps du délit.

Mais nous ne pouvons entreprendre ici l'étude de la thérapeutique chirurgicale des calculs du rein, cela nous entraînerait trop loin. Aussi bien aucun cas d'hydronéphrose nettement intermittente n'a-t-il jusqu'ici été opéré dans ces conditions ; nous nous bornons donc à renvoyer sur ce point, qui sort en réalité de notre sujet, au chapitre de la thèse de M. Legueu qui traite avec détails des divers modes de traitement à employer suivant les circonstances. On trouvera là presque toutes les données du problème à résoudre.

C. *Reins mobiles (Néphropexie).* — Dans la très grande majorité des cas, comme nous l'avons démontré, la cause de l'Hydronéphrose

1. Et dans celui de Guillet.

intermittente est un *déplacement du rein*. Cette complication survient généralement de bonne heure, quand elle se produit dans un rein mobile; de bonne heure aussi elle attire l'attention sur elle par la violence des crises douloureuses qu'elle détermine. Il est donc possible de la soupçonner dès son début, de la reconnaître alors qu'elle commence à peine; et si l'on tente de guérir à ce moment le rein mobile lui-même en le fixant artificiellement on peut parfaitement amener par contre-coup la disparition de l'Hydronéphrose intermittente ¹, si la lésion n'est pas trop avancée, si surtout le bassinot n'est pas déjà infecté, c'est-à-dire atteint de pyélite légère.

L'observation du professeur Guyon (cas I) est très intéressante et très démonstrative à ce point de vue; elle démontre de la façon la plus nette que, dans un cas de rein mobile accompagné d'hydronéphrose intermittente à grandes crises douloureuses, la simple *néphropexie* ² a pu amener la cessation complète de tous les accidents en assurant la fixation du rein, et 7 mois après l'opération la guérison était encore parfaite.

Ce fait, le seul d'ailleurs, en dehors de celui de M. Quénu, qui soit parvenu à notre connaissance, prouve donc que si l'on intervient à temps dans cette variété d'Hydronéphrose on peut supprimer radicalement la cause, c'est-à-dire guérir la maladie. On doit en conclure que dans tous les cas où une hydronéphrose intermittente de dimensions restreintes peut se vider avec facilité et presque totalement à la fin de chaque crise, c'est-à-dire quand le rein mobile reprend sa place normale, l'indication qui se pose nettement est la *néphropexie* ³. La seule contre-indication serait peut-être l'infection du bassinot; mais encore faut-il que les urines soient

1. Ce qui prouve qu'il faut opérer le rein mobile de bonne heure, pour empêcher cette complication de survenir.

2. La *néphropexie* est la fixation artificielle du rein. Ce terme a été préféré par l'un de nous dès 1888, immédiatement après la création de celui d'*Hystéropexie* par le Prof. Trélat (voir *Prog. méd.*, in *C. R. de la Soc. de Chirurgie*, 28 novembre 1888, p. 453, 2^e partie). Si nous nous permettons cette petite remarque, c'est que M. le Prof. Le Dentu, *loc. cit.*, p. 719, écrivait en 1889 : « Ne pourrait-on pas dire *Néphropexie* comme on dit *Hystéropexie*? » (Voir aussi Baudouin, *Hystéropexie abdominale antérieure*, thèse, 1890, p. 12.)

3. C'est L. Landau qui le premier (1888) a dit, d'une façon assez peu nette d'ailleurs, comme nous le rappelons plus loin, que l'opération de Hahn était parfaitement de mise pour rétablir le cours normal de l'urine dans l'hydronéphrose intermittente; mais c'est M. le Prof. Guyon qui a démontré la justesse de cette conception. On doit reconnaître qu'il opérait, non pas pour guérir l'hydronéphrose intermittente, diagnostiquée pourtant, mais le rein mobile, ce qui tient à ce que jusqu'à ces temps-ci on n'avait pas reconnu l'identité des crises d'étranglement aigu des reins mobiles avec les accès d'hydronéphrose intermittente.

franchement purulentes après les crises, c'est-à-dire que l'infection ait atteint un certain degré ¹. Alors en effet la néphropexie peut ne donner rien ou presque rien, comme l'un de nous l'a observé chez la malade de M. Quénu, à l'hôpital Cochin; l'infection n'en continue pas moins, les urines restent purulentes (Quénu) et les accès persistent — quoique moins fréquents peut-être — parce qu'il existe déjà à ce moment des altérations anatomiques de l'extrémité supérieure de l'uretère qui sont trop avancées pour être influencées par la fixation du rein. Le coude uretérin adhère au bassin et est trop accentué pour que le maintien du rein à sa place normale puisse en amener la disparition à la longue.

La néphropexie, quand elle sera indiquée, sera faite autant que possible dans l'intervalle des crises; de la sorte on opérera dans les meilleures conditions d'asepsie pour le rein, de résistance pour les malades. Si des accidents absolument menaçants apparaissent ², on pourrait très bien la tenter au cours de l'attaque; mais il ne faudrait pas s'étonner outre mesure si l'évacuation ne se faisait pas de suite. On comprend très bien qu'au cours d'une néphropexie, au lieu de détordre ou de redresser l'uretère, on ne puisse par malheur qu'augmenter la lésion existante.

Le manuel opératoire à suivre sera, évidemment, celui qui semble présenter le plus de chances de réussite, c'est-à-dire la *néphropexie lombaire* avec suspension du rein à la dernière côte, à l'aide de fils de soie verticaux, et fixation de sa capsule propre à l'aponévrose du carré des lombes, à l'aide de soies horizontales traversant aussi la substance rénale elle-même. C'est tout ce que nous voulons dire ici de cette opération, pour ne pas sortir de notre sujet. Bien entendu, elle est pour nous le seul mode de traitement rationnel des reins mobiles, simples ou compliqués de légères hydronéphroses; car dans la très grande majorité des cas toutes les sortes de *bandages* proposés ne procurent aucun soulagement durable. Ils ont de plus un grave inconvénient sur lequel on n'insiste pas assez : *ils laissent évoluer la lésion* ³, alors même qu'ils sont bien appliqués par les malades, ce qui est des plus rares. Enfin leur port constant est chose absolument désagréable, et il n'y a rien d'étonnant à voir avec quel enthousiasme les patients préfèrent aujourd'hui recourir d'emblée à l'opération si simple et si bénigne

1. Dans les cas II et III de Zawisza, par exemple, on aurait très probablement obtenu une guérison complète par la néphropexie.

2. Voir le cas I de M. le Prof. Guyon.

3. Voir le cas d'Israël où un bandage a été appliqué; il y eut soulagement, diminution des douleurs, mais l'hydronéphrose ne fit que croître.

que nous devons à Hahn, plutôt que porter à perpétuité et leur bandage et leur rein mobile. Pourtant il ne faudrait pas s'illusionner et croire que dans tous les cas de rein mobile avec hydronéphrose intermittente, alors même que celle-ci n'est pas encore infectée, la simple néphropexie amènera la cessation des crises. Non ; mais c'est l'opération à laquelle il faut d'abord avoir recours, parce qu'elle est essentiellement conservatrice. Si elle ne suffit pas avec ou sans port de bandage, il sera toujours temps à un moment donné de recourir à un moyen plus énergique. Autant en effet on peut facilement se décider à la fixation du rein, autant il faut être circonspect quand il s'agit de faire subir à un patient l'extirpation totale de cet organe.

En terminant ce paragraphe nous devons faire remarquer encore que certains auteurs admettent comme assez fréquente la guérison spontanée de ces sortes d'hydronéphroses, quoique nous ne croyions guère personnellement à une guérison radicale.

On pourrait donc être tenté d'abandonner les malades à eux-mêmes ; or nous tenons à mettre en garde les médecins contre semblable tendance. Il se peut certainement que dans tel cas donné la nature amène la guérison ; tout se voit en pathologie. Mais pour un malade qui aura pu guérir de la sorte, combien n'en conduira-t-on pas tranquillement à la mort, en leur mettant sans cesse sous les yeux le spectre d'une intervention sanglante ?

Pareille manière de raisonner était admissible jadis quand la moindre incision au bistouri pouvait faire éclore des accidents formidables. Aujourd'hui, c'est négliger certainement de grandes chances de guérison que d'attendre, pour se décider à la néphropexie, que les crises douloureuses rendent la vie absolument impossible.

§ II. — Traitement de l'hydronéphrose elle-même.

On a reconnu qu'étant donnés l'âge et la nature de la lésion primordiale, on ne peut atteindre la cause de l'hydronéphrose, ce qui a lieu surtout dans les cas d'origine congénitale, dans ceux où le rein n'est plus mobile, où il ne l'a peut-être jamais été et où cependant il ne s'agit pas de calcul du bassinet. Que faire, si, après une néphropexie pratiquée alors que le rein était mobile et non infecté, les accès ont reparu et si l'infection s'est montrée, si les symptômes prennent un caractère grave ¹, si le patient ne peut supporter la violence des crises et réclame à tout prix d'être délivré de son mal; si, les accès se répétant très fréquemment, la poche hydronéphrotique, extrêmement distendue, menace de se rompre; si les accidents urémiques apparaissent; si, enfin, l'infection rénale et la pyonéphrose font des progrès tels que les complications les plus sérieuses et même une terminaison fatale sont à redouter à plus ou moins longue échéance?

On ne peut raisonnablement que songer à traiter la tumeur elle-même et deux méthodes chirurgicales restent seules aujourd'hui en présence : 1° la *création d'une fistule du bassinet* par marsupialisation de la poche hydronéphrotique; 2° l'*extirpation de cette poche et du rein*, c'est-à-dire la *néphrectomie totale*. Mais il faut dire que ces deux opérations s'appliquent aussi bien à l'hydronéphrose fermée qu'à l'hydronéphrose intermittente. Quelques auteurs pensent que dans certains cas l'on peut s'abstenir de toute intervention, se borner à des moyens médicaux au moment des crises, à des tentatives de *massage* pour favoriser l'évacuation de l'urine, etc. Pour nous, pareille manière de voir n'est soutenable que pour les cas très bénins; il n'est pas admissible que l'on refuse d'intervenir quand les douleurs sont telles que les malades réclament à tout prix une opération pour les soulager. Par contre, il est bien certain qu'il n'y a aucune opération à proposer à une personne porteur d'une hydronéphrose dont elle ne souffre pas.

1. Landau n'intervient que s'il y a de la pyélonéphrite; ce qui revient à dire qu'il faut n'opérer que quand les crises s'accompagnent de phénomènes fébriles et de douleurs vives.

A. *Ponctions évacuatrices*. — Jadis, avant que la chirurgie du rein fût entrée dans la voie où elle marche aujourd'hui, on n'admettait que les *ponctions évacuatrices* répétées. Elles étaient destinées à permettre de parer aux accidents en diminuant le volume de la tumeur (Thompson, Hillier, Bryant, Fagge, etc.), et il faut arriver à Hillier en 1865 pour trouver une tentative d'établissement de fistule du bassinnet, tentative qui n'aboutit pas d'ailleurs.

Désormais toute ponction doit être rejetée. Nous avons déjà montré les dangers et l'inutilité de la ponction exploratrice, qui, malgré son nom, ne permet pas d'explorer quoi que ce soit, et en tout cas ne fournit pas des renseignements aussi précieux que le pense L. Landau.

La ponction évacuatrice, employée même comme moyen palliatif, ne vaut guère mieux. On peut drainer la poche par l'orifice même de la ponction, mais cette manière de faire présente de réels inconvénients et, tant qu'à faire, il est préférable d'ouvrir largement le bassinnet que d'y faire un petit trou à l'aide d'un simple trocart. Il est inutile de rappeler que presque tous les malades ainsi traités d'une façon exclusive par la ponction ont été à peine améliorés. Lors d'hydronéphroses fermées, beaucoup ont succombé. D'ailleurs ces tentatives sont trop anciennes pour avoir aujourd'hui une valeur statistique quelconque ¹.

B. *Fistulisation du bassinnet (Lésions doubles)*. — 1° Reste à décider ce qui vaut le mieux : la simple incision du bassinnet avec fixation de la poche à la paroi de l'abdomen, ou la néphrectomie totale d'emblée. C'est là une question qui aujourd'hui nous semble bien près d'être résolue ; mais comme tous les chirurgiens sont loin d'être du même avis sur ce point, il ne saurait être déplacé de plaider avec détails la cause que nous voulons soutenir.

Et d'abord il importe d'écarter de suite du débat certains faits pour lesquels tout le monde s'entend : ce sont ceux dans lesquels la lésion est *double*. Ici, il n'y a pas à parler de néphrectomie totale ; elle est formellement contre-indiquée. Du côté le plus atteint on établira une fistule urinaire ; mais on n'interviendra que lorsque le malade sera réellement menacé de mort ou quand les phénomènes douloureux rendront la vie absolument intolérable. Au niveau du rein le plus anciennement frappé, on créera une fistule du bassinnet et attendra la suite des événements. Si besoin est, si les douleurs ne s'amendent pas, si même l'autre tumeur devient trop volumineuse

1. Dans le cas de Thompson, la poche hydronéphrotique se rompit dans l'abdomen, au point où avait pénétré le trocart.

à son tour, on devra intervenir de la même façon de ce côté-là; mais, dans aucun cas, on n'extirpera la moindre parcelle de tissu rénal. S'il se développe des abcès de voisinage comme dans certaines pyonéphroses, on se bornera à les ouvrir et conduira ainsi paisiblement les patients à la mort dans la plupart des cas. Certes, si les lésions sont d'une intensité moyenne, on peut vivre assez longtemps avec une fistule urinaire simple ou double; parfois même la guérison complète peut survenir; mais ce n'est là qu'une exception.

A la rigueur on pourrait *inciser le rein*, comme l'a fait, non intentionnellement, Winckel dans un cas d'hydronéphrose fermée (*Berl. Kl. Woch.*, 1877), puis M. Baker, dans une hydronéphrose intermittente (Obs. XX); mais nous préférons de beaucoup la *pyélotomie* à la *néphrotomie*.

Le manuel opératoire de la pyélotomie ne présente rien de particulier dans le cas où l'hydronéphrose est intermittente. On rejettera l'incision lombaire dans la très grande majorité des cas pour lui préférer la laparotomie latérale généralement facile à cause du volume de la poche. On mettra à profit cette incision (*Pyélotomie abdominale*) pour explorer avec prudence la tumeur et pour déterminer l'état du rein. On ponctionnera la poche en évitant le rein s'il est possible ¹, comme s'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire, en prenant soin de bien protéger la cavité abdominale, car le liquide de l'hydronéphrose est presque toujours infecté; on attirera au dehors pour la réséquer toute la partie de la poche qu'on pourra dégager des anses intestinales voisines et la réséquera pour diminuer l'étendue de la cavité. Puis l'on suturera aux bords de l'incision abdominale, soit comme on le fait pour les kystes hydatiques du foie, soit plutôt à l'aide de sutures analogues à celles que l'un de nous a décrites pour la gastrostomie : *sutures séro-séreuses*, à cause de l'infection possible de la muqueuse du bassinet (*Marsupialisation de la poche*).

La laparotomie sera *latérale*, c'est-à-dire correspondra à la partie la plus saillante, la plus fluctuante de la tumeur hydronéphrotique et l'incision de la paroi aura une étendue suffisante pour que l'on puisse manœuvrer à l'aise et explorer à loisir la poche, quitte à la refermer à ses deux extrémités à l'aide de points de suture, de chaque côté des gros drains qu'on aura placés à demeure dans la poche, pour la laver si besoin en est ou assurer l'écoulement de l'urine au dehors. Il en résultera une *fistule urinaire permanente*.

1. On s'est demandé s'il ne valait pas mieux recourir toujours à la méthode extrapéritonéale. C'est compliquer à plaisir l'intervention, car la fistule peut toujours être établie par la voie péritonéale; il suffit de prendre quelques précautions. Cette manière de faire nous paraît beaucoup plus simple.

Pour être obligé de s'en tenir à la création d'une fistule du bassin, point n'est besoin même que l'autre rein soit bien malade : il suffit que l'on ne soit pas certain de son intégrité absolue pour repousser catégoriquement la néphrectomie. Il y a un tel danger à faire l'extirpation du rein, si celui du côté opposé n'est pas complètement indemne, que l'hésitation n'est pas permise un instant. On conçoit que dans ces conditions il y ait un intérêt majeur à s'assurer d'abord de l'état du rein sur lequel le malade n'attire pas l'attention. Mais tout cela n'a rien de spécial à l'hydronéphrose intermittente et nous passons sur les moyens d'arriver à ce diagnostic.

On se trouve dans de tout autres conditions quand le rein du côté opposé à la lésion qui attire l'attention est jugé réellement sain, de par l'examen clinique le plus minutieux. Ici la discussion est possible. Les uns sont pour la fistulisation du bassin; les autres pour l'extirpation totale du sac, c'est-à-dire la néphrectomie d'emblée. Nous n'hésitons pas à dire dès maintenant que nos préférences sont pour la néphrectomie quand elle est praticable.

Le procès de la fistule du bassin dans l'hydronéphrose en général est délicat à faire; mais cette opération, qui a été défendue par Landau entre autres pour l'*hydronéphrose intermittente* comme pour l'*hydronéphrose persistante*¹, présente pourtant de grands inconvénients. Dans une telle affection la fistule urinaire, c'est l'anus artificiel des cas de volvulus, transporté des voies digestives sur les voies urinaires! Et de même que l'on tend, dans l'occlusion intestinale, à ne pas avoir recours à ce procédé détourné de guérison, de même, dans l'hydronéphrose, on doit faire tous ses efforts pour échapper à la nécessité de la création d'une fistule du bassin. L'idéal serait certainement dans les cas récents de *restaurer l'extrémité supérieure de l'uretère*, comme l'a déjà fait remarquer Kœhler. Mais comme la chose semble irréalisable jusqu'à nouvel ordre par la suture de ce conduit², force est bien de se rabattre sur l'ablation de l'organe, de même que dans certains cas d'obstruction on peut être obligé de sacrifier quelques centimètres d'intestin!

Il persiste donc une *fistule* et le malade n'est pas dans une situation bien digne d'envie. Certes les douleurs ont cessé; mais l'urine coule sans cesse au dehors, ce qui nécessite des pansements répétés, le port d'un appareil qui fonctionne plus ou moins mal, etc. Si encore à la longue cette fistule pouvait guérir spontanément! Mais ce doit

1. Landau l'a pratiquée au moins deux fois pour des hydronéphroses fermées, une fois pour une hydronéphrose intermittente.

2. On pourrait peut-être imaginer quelque procédé analogue à l'*entéro-anastomose*, etc.: mais nous ne voulons pas insister actuellement sur ce point.

être là une éventualité très rare — surtout dans les cas d'hydronéphrose intermittente où il persiste toujours dans le rein hydronéphrotique une certaine quantité de tissu capable de fonctionner encore ¹, — si même elle est possible. Chez cinq malades qui ont été opérés de la sorte pour de telles hydronéphroses (Baker ², Landau, Socin, Kœhler, Hahn), la fistule ne s'est pas en effet fermée spontanément. On conçoit d'ailleurs très bien qu'il en soit ainsi, étant données les modifications qui existent du côté de l'extrémité supérieure de l'uretère. Les urines ne peuvent pas s'écouler désormais beaucoup plus facilement par ce conduit qu'avant l'opération, puisqu'on n'a pas détruit la lésion cause de l'hydronéphrose, c'est-à-dire la coudure (Kœhler).

On a fait par la fistule des tentatives de *cathétérisme rétrograde* (Kœhler, Socin) pour essayer de redresser l'uretère à son origine et pour rétablir le cours de l'urine (cathétérisme curatif). Malheureusement on n'a rien obtenu de la sorte. La nature des lésions encourage peu d'ailleurs à continuer dans cette voie, pleine de dangers par elle-même. On infecte ainsi très facilement le bassin et l'uretère et, en tout cas, on a quelques chances de perforer la poche, si l'on n'est pas extrêmement prudent. Cette manœuvre, dans le cas particulier, ne peut avoir qu'un intérêt diagnostique (recherche d'un calcul dans l'uretère, etc.); à ce point de vue (cathétérisme explorateur), on ne la négligera pas (Kœhler), mais on se gardera de la renouveler trop souvent ³.

Si même la fistule pouvait se fermer spontanément et l'urine reprendre son cours, les accès douloureux réapparaîtraient très probablement, puisque l'opération n'a, nous le répétons, rien changé à la disposition de l'uretère. Il vaut donc probablement mieux, somme toute, que cette fermeture de la fistule ne se fasse pas ⁴. Dans ces conditions il n'y a rien d'étonnant à ce qu'on soit ultérieurement

1. Sans cela l'hydronéphrose n'aurait pu être intermittente, quoique le bassin fût resté ouvert.

2. Le cas de Baker a trait à une néphrotomie et non à une pyélotomie.

3. Voir, sur ce sujet, le récent travail de M. Legueu (*L'anat. chir. du bassin et l'exploration intérieure du rein*; loc. cit.).

4. L. Landau prétend qu'on pourrait peut-être rendre l'uretère à nouveau perméable, en suturant la poche hydronéphrotique (sans l'ouvrir) à la peau d'une certaine manière; si, par exemple, on la remontait et la redressait avant la suture, de telle sorte que l'uretère ne soit plus coudé ni tordu et que son orifice dans le bassin corresponde bien à la partie la plus déclive. Mais tout cela revient en réalité à recommander la *Nephropexie* pour redresser l'uretère, en même temps que pour fixer le rein. C'est d'ailleurs ce que nous avons préconisé plus haut sous une autre forme, en montrant ce qu'il y a à faire d'abord, quand il s'agit de rein mobile compliqué d'hydronéphrose intermittente, et en mentionnant l'observation du Prof. Guyon (cas I), qui est la première de ce genre.

obligé de recourir à une néphrectomie secondaire, comme l'ont fait Kœhler et Socin, et personne ne prétendra qu'une seule opération n'aurait pas été préférable.

Il n'y a qu'un argument valable en faveur de la fistule urinaire, le rein opposé étant sain : c'est la *difficulté de l'extirpation totale*, quand l'hydronéphrose a atteint des dimensions énormes, contracté des adhérences solides avec les organes voisins, ce qui se voit rarement d'ailleurs dans la variété à intermittences. Il vaut mieux alors inciser et drainer franchement que d'être obligé de faire une opération incomplète, toujours plus sérieuse, et qui dure tellement que le choc opératoire est fort à craindre.

2° *Néphrectomie (Ses avantages)*. — Dans les 9 cas au contraire où l'on a fait la néphrectomie primitive, la guérison a parfaitement eu lieu; et dans 8 d'entre eux (Lloyd, Fowler, Braun, Fell, F. Terrier, Quénu) elle s'est parfaitement maintenue; le seul cas de mort a trait à une hydronéphrose congénitale chez un tout jeune enfant, c'est-à-dire à un cas tout particulier (Lloyd).

La néphrectomie est certes plus grave que la fistulisation du bassin. Mais, quand elle est possible, elle se comprend bien mieux que cette dernière opération. De la sorte, la guérison est complète, radicale en quelques jours : il ne persiste pas une infirmité aussi pénible qu'une fistule urinaire. Il n'y a pas d'inconvénients, au point de vue fonctionnel, à enlever un rein qui est généralement détruit en grande partie dans les cas d'hydronéphroses volumineuses¹; l'autre, s'il est sain, on le sait aujourd'hui, suffit amplement à la tâche de chaque jour. De plus une telle fistule peut s'infecter (Kœhler) et s'infecte presque toujours. Elle se transforme presque inévitablement en *fistule purulente*, si bien qu'il peut se développer des abcès dans le voisinage ou dans ce qui reste du rein, et qu'en fin de compte on est obligé d'en arriver à une *néphrectomie secondaire*. Ce qui fait une opération en plus, toujours aussi sérieuse et très souvent plus difficile à mener à bien qu'une néphrectomie primitive.

Dans les hydronéphroses congénitales, c'est-à-dire lorsqu'il s'agit d'enfants très jeunes, il est encore bien plus difficile de se rendre compte de l'état de l'autre rein que lorsqu'il s'agit de sujets adultes. Aussi sera-t-il plus prudent dans ce cas de s'adresser d'abord à la fistule du bassin, quitte à faire ultérieurement l'ablation du rein; mais ce n'est là qu'une simple considération théorique qui

1. Braun, dans son cas, fit la néphrectomie à cause de douleurs intolérables et la préféra à la fistule, parce qu'il diagnostiqua qu'il devait persister très peu de substance rénale.

nous est suggérée par l'insuccès de la néphrectomie dans un cas de Lloyd.

Certes on pourra toujours prétendre qu'il est presque impossible de savoir si l'autre rein est vraiment sain, même chez un adulte. Mais on avouera que force sera bien d'arriver à cette conclusion si ce rein n'a jamais été douloureux et ne présente aucune modification de volume, si l'urine qu'il sécrète est normale ¹; ou alors il faudrait renoncer à la valeur des renseignements fournis par la clinique.

On dit encore que la fistulisation du bassinnet peut permettre de juger dans une certaine mesure de l'état du rein opposé. Là nous comprenons moins, sauf dans le cas où l'urine passerait exclusivement par la fistule, laissant celle sécrétée par l'autre rein passer dans la vessie, ce qui peut s'observer.

A. *Néphrectomie abdominale ou transpéritonéale*. — D'ailleurs la néphrectomie, si on la pratique par la voie abdominale et la ligne médiane ², peut permettre l'exploration directe, à l'aide de l'incision de la laparotomie, de la partie antérieure du rein supposé sain, et si, par hasard et par malheur, on le trouvait altéré, il serait encore temps de battre prudemment en retraite. Cette considération est assez puissante pour que l'on puisse être entraîné, surtout dans les cas où il persiste encore un léger doute sur l'état de l'autre rein, à choisir de préférence la voie abdominale à la voie lombaire dans la néphrectomie pour hydronéphrose ³.

Cette manière de faire, si elle présente un peu moins de sécurité pour ceux qui ne sont pas accoutumés à la chirurgie abdominale, a donc le grand avantage pour les autres opérateurs de permettre l'exploration de la lésion et de l'autre rein; elle fournit en outre la possibilité de la création d'une fistule du bassinnet, si c'est le seul moyen à tenter, par suite des difficultés probables de l'extirpation ou s'il y a des altérations du rein opposé; ou enfin par cette voie, on exécute rapidement la néphrectomie quand elle n'est pas contre-indiquée ⁴.

1. On peut s'en assurer par le *cathétérisme des uretères* (Newman); il l'a fait dans un cas d'hydronéphrose intermittente (cas II).

2. Nous rejetons sans discussion la néphrectomie abdominale à l'aide d'une incision *latérale*.

3. Certains chirurgiens, dans ce but, n'ont jamais recours qu'à la voie intrapéritonéale pour toutes les interventions sur le rein (Thornton, L. Tait, Martin, Ruge, etc.).

4. Legueu (p. 128) prétend que l'exploration intrapéritonéale du rein supposé sain ne peut être qu'approximative et grossière; il exagère certainement quand il s'agit en particulier d'hydronéphrose récente (voir Hartmann, *loc. cit.*). Après avoir écarté la masse intestinale, on peut assez bien se rendre compte des modifications survenues dans le bassinnet.

Le principal argument contre la néphrectomie transpéritonéale, qui est tout à fait de mise dans les cas de *tumeur volumineuse, saillante dans l'abdomen*, est peut-être l'infection établie du bassin et de l'uretère. Mais, à l'aide de certaines précautions, on sait très bien aujourd'hui éviter, au cours de l'intervention, l'inoculation du péritoine. N'opère-t-on pas d'ailleurs presque toujours complètement en dehors de la grande cavité péritonéale? Et, d'autre part, ne sait-on pas détruire la septicité du pédicule¹, et en particulier de la section de l'uretère qui y est contenue?

B. *Néphrectomie lombaire*. — La néphrectomie par la voie lombaire devrait donc être réservée aux cas où la *tumeur est petite*, où le rein est assez *mobile* encore, et surtout aux cas où l'on est aussi certain que possible de l'intégrité de l'autre rein. Mais comme elle est d'une exécution plus facile, d'une gravité notablement moindre, elle est encore préférée par bon nombre de chirurgiens. Elle a d'ailleurs donné jusqu'ici de très brillants résultats dans l'hydronéphrose intermittente, qui n'atteint jamais des dimensions bien considérables. Les succès de Lloyd, de Braun, Fowler, F. Terrier, Quénu, etc., ont été obtenus par cette voie. C'est dire qu'elle ne sera pas abandonnée de sitôt².

Nous ne croyons pas utile d'insister ici sur le traitement des *complications* de l'hydronéphrose intermittente; il est absolument le même que pour celles de l'hydronéphrose fermée.

Bornons-nous donc, en terminant, à résumer de la façon suivante la conduite à tenir dans cette variété d'hydronéphrose : s'il n'y a pas de complications, pas de pyélonéphrite, si les douleurs ne sont pas trop vives au moment des crises, on peut se borner au traitement médical³ ou plutôt à une expectation déguisée.

Mais dès que les attaques prennent une allure sérieuse, il ne faut pas hésiter à intervenir. Dans les cas où la lésion est double, dans

1. Nous sommes persuadés que dans les hydronéphroses intermittentes par rein mobile la néphrectomie abdominale sera presque toujours des plus faciles à exécuter; mais on ne semble pas avoir eu encore recours à ce procédé dans ces cas particuliers.

2. Au point de vue de l'étude scientifique de l'hydronéphrose intermittente, il y aurait aujourd'hui encore un certain intérêt à faire avec prudence, après chaque néphrectomie, pour cette variété de rétention pyélique, le *cathétérisme rétrograde de l'uretère*. De la sorte on s'assurerait qu'il ne reste pas ou qu'il n'y a pas de calcul enclavé dans la partie inférieure de l'uretère et que le diagnostic posé est absolument exact. On a dit si souvent que les calculs de l'uretère jouaient un grand rôle dans la pathogénie des crises douloureuses néphrétiques qu'il faut tout tenter pour prouver qu'on a fort exagéré en l'espèce.

3. Dans le traitement médical, nous comprenons l'*antiseptie des voies urinaires* (acide borique, salol, etc.).

ceux où l'on soupçonne une altération quelconque de l'autre rein, on se bornera à créer une fistule du bassinet; mais comme il ne s'agit alors que d'une opération palliative, il faudra la reculer le plus possible. Dans les hydronéphroses d'origine congénitale, chez de jeunes enfants, dans les cas où l'autre rein étant sain on ne croit pas pouvoir extirper totalement la poche sans faire courir trop de risques au malade, il vaut mieux encore recourir à la fistule urinaire, quitte à faire ultérieurement une néphrectomie secondaire. Dans toutes les autres circonstances, il faudra faire d'emblée la néphrectomie par la voie péritonéale, si l'on a besoin de contrôler l'état de l'autre rein ou si la poche hydronéphrotique est énorme, par la voie lombaire quand cette dernière est petite et le rein à peine altéré, c'est-à-dire dans la très grande majorité des cas.

CONCLUSIONS.

Il existe une variété d'hydronéphrose mal connue jusqu'à ces dernières années, qui semble bien plus fréquente qu'on ne l'a dit : c'est l'*Hydronéphrose intermittente*. Elle est très souvent le premier stade d'une hydronéphrose fermée.

Cette variété clinique reconnaît pour cause plusieurs sortes de lésions : dans la très grande majorité des cas, elle constitue une complication assez commune des *déplacements rénaux* ; elle s'observe alors chez la femme plutôt que chez l'homme et siège surtout à *droite* dans le sexe féminin, surtout à *gauche* dans le sexe masculin. Plus rarement elle peut être la conséquence d'un calcul du bassinet ou même d'une compression ou d'une oblitération temporaire de l'extrémité inférieure de l'uretère. Dans quelques cas elle est d'origine congénitale.

Elle se produit dans le *rein mobile* par le mécanisme suivant mis en lumière par l'expérimentation et l'anatomie pathologique : couture avec ou sans torsion de l'uretère, lors du déplacement rénal ; arrêt momentané dans l'évacuation des urines et développement progressif d'une poche hydronéphrotique se vidant dès que le rein reprend sa place ; irritation péripyélique par gêne circulatoire ou infection de la muqueuse du bassinet ; adhérences fibreuses unissant le sac à la partie supérieure de l'uretère et finissant par amener la transformation de l'hydronéphrose intermittente en hydronéphrose fermée.

Ces alternatives de remplissage et d'évacuation du bassinet, consécutives à l'oblitération passagère de l'uretère, se traduisent cliniquement par des *accès douloureux* presque caractéristiques, survenant au cours d'une santé plus ou moins altérée, environ tous les mois, parfois plus souvent.

Ces accès qui présentent trois phases (début, acmé, phase terminale) sont constitués par des *douleurs* extrêmement intenses, quelquefois absolument intolérables, coïncidant avec l'apparition d'une *tumeur* liquide, mais rarement fluctuante, siégeant le plus souvent

dans le flanc droit, et une notable diminution dans la quantité d'urine rendue. Ce sont là les conséquences de la coudure brusque de l'uretère, à la suite d'un déplacement du rein mobile. Chaque crise dure quelques heures ; subitement elle cesse au moment même où le rein reprend sa place. La tumeur disparaît avec les douleurs et il se produit une émission assez considérable d'urine : le bassinnet se vide.

Les *crises d'étranglement aigu des reins mobiles* ne paraissent être que des accès d'hydronéphrose intermittente à leur début.

L'hydronéphrose peut rester ainsi fort longtemps intermittente, s'aggravant ou non sous l'influence des grossesses, présentant tantôt une prédominance des phénomènes douloureux sur les symptômes objectifs et réciproquement. Bientôt elle s'infecte ; les urines deviennent purulentes et on a à redouter tous les accidents d'infection connus des voies urinaires supérieures.

Tant qu'il n'y a que des crises douloureuses on peut tenter de les calmer par les moyens médicaux, puisqu'en somme elles reviennent à assez longs intervalles. Toutefois, s'il y a mobilité rénale, il faut de suite faire la *néphropexie*.

Mais dès que la tumeur hydronéphrotique s'est montrée et progressée, il faut intervenir d'une façon plus radicale, la néphropexie étant presque sûrement insuffisante à cette époque pour arrêter l'évolution du mal. On rejettera absolument les ponctions ; si les lésions sont doubles, on fera, à la dernière extrémité, du côté le plus atteint, une *fistule du bassinnet*. Dans les autres cas, l'autre rein étant complètement sain, il vaut mieux recourir immédiatement à la *néphrectomie*. Si l'on procédait autrement et si l'on se contentait de la simple fistulisation de la poche, on serait en effet obligé de faire ultérieurement une néphrectomie secondaire.

DEUXIÈME PARTIE



PIÈCES JUSTIFICATIVES

DE L'HYDRONÉPHROSE INTERMITTENTE

I. — Tableaux synoptiques :

I. — *Observations utilisées.*

II. — *Observations non utilisées.*

II. — Bibliographie.

III. — Observations publiées antérieurement :

I. — *Observations utilisées.*

II. — *Observations non utilisées.*

I. — TABLEAUX SYNOPTIQUES

HYDRONÉPHROSE

ÉTUDE CLINIQUE

1	Numéros d'ordre	Observateurs	Données étiologiques				ÉTUDE CLINIQUE				
			3	4	5	6	7	8	LES ACCÈS		
									9	10	11
INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	Sexe	Age	Grossesses antérieures Antécédents	Côté mal.	ANTÉCÉDENTS ET DÉBUT	INTERVALLE DES ACCÈS	Nombre	Début, causes	Aspect		
1	N. TULPIUS (Obs. médic.) 1672	H.	41	»	G.	»	Bon état général.	Tous les mois (influence lunaire?).	»	Anurie. Altération fonde de la générale.	
2	JOHNSON (Medic. chir. J. a. Rev.) 1816	F.	40	2 grossesses.	D.	<i>Douleurs et troubles urinaires depuis 2 ans, au 5^e mois de la 1^{re} grossesse, atténuées par premier accouchement.</i> <i>Tumeur constatée au 5^e mois de la 2^e grossesse en cours.</i> <i>Début certainement plus ancien.</i>	<i>Douleurs continues et progressives</i> <i>Urines rares.</i> <i>Fièvre.</i> <i>Tumeur rénale.</i> <i>Utérus gravide, de 8 mois, incliné à gauche.</i> <i>Accouchement prématuré au 8^e mois.</i>	1 seul accès.	»	Pas d'écoulement pur.	
3	HARE (Cas I). (Med. Times a. Gaz.) 1857	F.	38	Pas de grossesses.	D. G.	<i>Douleurs dans la région lombaire gauche depuis l'âge de 12 ans.</i> <i>Tumeur à gauche à 16 ans.</i> <i>Douleurs à droite, à 28 ans, et tumeur.</i>	<i>Douleurs dans les reins.</i> <i>Masse dure, à droite, un peu mobile.</i>	1 accès par mois ordinairement.	<i>Engourdissement dans le côté droit.</i> <i>Douleur sourde.</i> <i>Masse dure, devenant sensible, à droite.</i>	<i>Douleur extrêmement violente irradiation.</i> <i>Tumeur au moins formée de 2 ans, seurs distincte droite.</i>	
4	THOMPSON (Tr. of the Path. Soc.) 1862	H.	»	Une affection des reins indéterminée.	G.	<i>Douleurs vives dans le côté gauche depuis plusieurs années.</i> <i>Tuméfaction rénale.</i> <i>Sensibilité à la pression.</i>	Bon état général en dehors des accès.	Accès à 6 mois d'intervalle.	<i>Douleurs dans le côté gauche, augmentant progressivement d'intensité.</i>	<i>Douleur.</i> <i>Dyspnée.</i> <i>(Diaphragme foulé).</i> <i>Tumeur du côté gauche, vaguement liguante, aneurysme.</i>	

1. Observations utilisées pour la rédaction de ce travail.

I

INTERMITTENTES 1

12	Durée 13	COMPLICATIONS Influence de la grossesse 14	DIA- GNOSTIC clinique 15	TRAITEMENT CHIRURGICAL				ANATOMIE PATHOLOGIQUE 20	REMARQUES 21
				PONCTIONS 16	NÉPHRO- PEXIE 17	MAR-UPIA- LISATION de la poche FISTULE du bassinot 18	NÉPHREC- TOMIE 19		
abon- nement de l'urine.	"	Mort.	Pas de diagnostic précis, (<i>Ischurie lunati- que?</i>)	"	"	"	"	Dilatation du bassinot. (A.) (2)	<i>Hydroné- phrose inter- mittente gau- che.</i>
Evacuation de l'hy- droné- phrose. L'urine pendante. Dispari- tion com- me la tu- meur loca- le inten-	"	Mort au bout de 4 jours, après disparition to- tale (clinique- ment) de la tu- meur. — Chacune des 2 grossesses a aggravé les symptômes d'une façon no- table. Amélioration après les 2 ac- couchements.	Kyste de l'ovaire.	"	"	"	"	Poche hydro- néphrotique volumineuse. Uretere tor- tueux et dilaté. Pas de trace de pyélite. (A.)	Variété clini- que spéciale : <i>H. à évacua- tion brusque,</i> sans crises in- termittentes nettes.
Evacuation de l'hy- droné- phrose. L'urine pendante. Dispari- tion com- me la tu- meur loca- le inten-	24 heures environ.	Alternance de D. à G. : appa- rition des mê- mes symptô- mes à gauche, avec dispari- tion de ceux de droite. Puis réapparition de ceux de droite. — <i>Accidents uré- miques. Mort.</i>	Hydroné- phrose double.	"	"	"	"	R. D. : hydro- néphrose con- tenant de 1 ^l /2 à 2 ^l . Flexion de l'extr. sup. de l'uretère dr. et adhérence de ce repli au bas- sinot. Uretere permeable. Pas de pyélite. R. G. : hydro- néphrose fer- mée (1). Fle- xion de l'extr. sup. de l'ure- tere avec repli adhérent. Uretere to- talement obli- téré. (A.)	<i>Hydroné- phrose inter- mittente dou- ble, d'abord à droite (mobile), puis à gauche (cliniquement). Transforma- tion en H. fer- mée à gauche ultérieure- ment.</i>
Evacuation de l'hy- droné- phrose. L'urine pendante. Dispari- tion com- me la tu- meur loca- le inten-	7 à 8 jours environ.	Ponctions (évacuation in- complète) pen- dant les accès : le reste du sac se vida de lui- même, à chaque fois, après la ponction. — <i>Rupture du sac hydroné- phrotique.</i>	Calcul du rein ; puis hydroné- phrose ou kyste du rein.	2 pon- ctions éva- cuatrices sans résultat.	"	"	"	Rupture du sac. Péritonite manifeste. <i>Hydroné- phrose très vo- lumineuse.</i> L'uretère en- traîné dans le sac par la partie an- térieure et infé- rieure et tra-	<i>Hydroné- phrose inter- mittente. (Lésion spé- ciale de l'ure- tere.)</i>

(A.) = Lésions constatées à l'autopsie du malade.

Numéros d'ordre	Observateurs	Données étiologiques				ÉTUDE CLINIQUE				
		Sexe	Age	Grossesses antérieures Antécédents	Côté mal.	ANTÉCÉDENTS ET DÉBUT	INTERVALLE DES ACCÈS	LES ACCÈS		
								Nombre	Début, causes	Acme
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
5	HILLIER (Cas I). (Tr. of Roy. M. et S. Soc.) 1865	F.	47	»	D.	Depuis 3 ou 4 ans douleurs intermittentes dans l'abdomen à droite. Grosseur ovale dans la région lombaire correspondante.	Douleurs dans le ventre.	»	»	Douleurs vives à droite. Tumeur dans l'abdomen à droite, dure, le, vaguement fluctuante. Urine réduite en très petites quantités (1 tasse d'urine par jour). Délire, fièvre.
6	HILLIER (Cas II). (Tr. of Roy. M. et S. Soc.) 1865	H.	3 1/2	Affection d'origine congénitale. — Père phthisique.	D.	Tumeur dans l'abdomen depuis la naissance. A 16 mois, 1 ^{re} évacuation. Alternatives d'augment et de diminution dans la tumeur.	Abdomen très volumineux. Aspect d'un enfant rachitique. Peau de l'abdomen très distendue. Tumeur fluctuante, Urine claire.	Accès rares.	Tumeur augmentant de volume.	Tumeur augmentée dans ses dimensions, dure, élastique, devenant grosse. Urine claire.
7	ROSENSTEIN (Tr. prat. mal. d. reins) 1872	F.	»	»	G.	»	Tumeur abdominale, considérable, à gauche, mobile, bosselée; Région sensible. Urines normales.	1 seul accès.	»	»
8	WILSE (Norsk. Mag. f. Læg.) 1873	F.	39	Très bonne santé dans son enfance. — 11 grossesses. — Mariée à 22 ans.	G.	Vers 14-15 ans, douleurs sous les côtes gauches, après danse et équitation. Après 2 ^e et 3 ^e accouchement, douleurs plus vives. Albuminurie passagère.	Tumeur sensible à gauche. (Rein mobile sans doute à gauche.) Douleurs vives. Constipation. Vomissements. 11 ^e grossesse au 6 ^e mois.	Tous les mois.	»	Tumeur sensible à gauche. Douleurs répétées. Vomissements. Évacuation male des reins.

		COMPLICATIONS Influence de la grossesse	DIA- GNOSTIC clinique	TRAITEMENT CHIRURGICAL				ANATOMIE PATHOLOGIQUE	REMARQUES
Fin 12	Durée 13			14	15	PONCTIONS 16	NÉPHRO- PEXIE 17		
		<i>Péritonite.</i> Mort.						<i>versait obli- quement la pa- roi. (Pénétra- tion oblique.)</i> (A.)	
apparition des crises apparition de meur. apparition d'une grande quan- tité d'urine, res- semblable plus à la urine (1 li- vres).	3 jours en mo- yenne.	Disparition des crises et amélioration très notable. (Observation publiée 10 ans plus tard.)	Hydroné- phrose.	"	"	"	"	"	<i>Hydroné- phrose inter- mittente.</i> (Amélioration spontanée.) Longue du- rée.
évacuation brusque, mais elle seule-	Plus- sieurs jours.	2 ^e ponction partielle amé- nant une dimi- nution sponta- née de la tumeur. Augment : Dyspnée, etc. 3 ^e ponction : <i>sortie de l'urine spontanément.</i> La fistule éta- blie se referme. <i>Apparition d'une hydroné- phrose à gau- che : Ponction.</i> Amélioration.	Aseite; puis kyste du rein; enfin hydroné- phrose.	2 <i>ponctions</i> succes- sives. — (Tenta- tive de fis- tule.) — 3 ^e pon- ction. — 4 ^e pon- ction.	"	a). Tenta- tive de <i>fistule du</i> <i>bassinot</i> à l'aide de la potasse caustique e appliquée sur l'ab- domen. Insuccès. (3 ^e pon- ction.) Sonde à demeure dans l'orifice. Obitéra- tion. b). Se- conde tentative. [Pon- ction (5 ^e).]	"	"	<i>Hydroné- phrose inter- mittente droite</i> <i>à évacuation</i> <i>brusque, sans</i> <i>accès bien nets.</i> <i>Hydroné- phrose fixe à</i> <i>gauche. (Con- génitale.)</i>
évacuation brusque, sortie d'une grande quantité d'urine. apparition de meur.	"	"	Kyste de l'ovaire ouvert dans les voies uri- naires (vessie) (Rosens- tein). Hydroné- phrose (Dr G..., Landau.)	"	"	"	"	"	<i>Hydroné- phrose à éva- cuation brus- que, sans cri- ses et sans in- termittences.</i> (Mobile). (Discussion du diagnostic : Landau et Ro- senstein.)
apparition de meur. apparition de meur.	2 à 3 jours à la fin.	Pendant cha- que grossesse, la malade se trouvait mieux. — Eclampsie : accouchement prématuré. <i>Urémie.</i> Mort.	Rate mobile. Rein mobile.	"	"	"	"	<i>Néph. chron.</i> Pas de rein mobile constaté. <i>Hydroné- phrose gauche.</i> <i>Flexion de</i> <i>l'extrémité su- périeure de l'uretère</i> <i>avec valvule.</i> (A.)	<i>Hydroné- phrose inter- mittente (sans</i> <i>évacuation d'u- rine exagérée).</i>

Numéros d'ordre	Observateurs	Données étiologiques				ÉTUDE CLINIQUE				
		Sexe	Age	Grossesses ou antérieures Antécédents	Côté mal.	ANTÉCÉDENTS ET DÉBUT	INTERVALLE DES ACCÈS	LES ACCÈS		
								Nombre	Début, causes	Aspect
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
9	TH. COLE (<i>Brit. med. J.</i>) 1874	H.	23	Santé parfaite antérieurement. — Aucune cause spéciale à noter.	G.	Il y a 4 ans, douleurs dans le côté gauche et nausées. Les crises se renouvellent de plus en plus souvent. Le malade n'a pas remarqué de tumeur.	État général bon. <i>Id.</i> Constipation habituelle. Pas de tumeur appréciable. Urine normale.	Tous les 2 mois; puis tous les mois; enfla tous les 15 jours.	Après un repas, ou une marche, ou un voyage en chemin de fer. — Tuméfaction dans le côté gauche (1 ^{er} signe); puis douleur, très aiguë d'abord, moins	Douleurs peu intenses dans la crise. Expectoration abondante, très visqueuse parfois rouge. Vomissements (2 à 3). Tumeur vaguement tumeur, élastique, poing, mobile. Urine émise faible quantité souvent.
10	H. MORRIS (Cas 1). (<i>Tr. of Roy. M. et S. Soc.</i>) 1876	F.	56	"	D.	Il y a 6 ans, douleurs périvésicales. Urines sanguinolentes pendant longtemps. Amaigrissement. Tumeur faisant saillie dans l'urèthre. Exploration vésicale par l'urèthre.	Tumeur de la vessie, très appréciable. Douleurs vives au niveau de la vessie. Incontinence d'urine.	Quelques accès seulement avant la mort.	"	Nausées. Vomissements. Douleurs dans région lombaire droite. Tumeur grosse comme tête de fœtus fluctuante.
11	BRYANT (Voir Morris) 1876	F.	47	Mariée après 20 ans. — 2 grossesses.	G.	A l'âge de 20 ans, tumeur de l'abdomen qui disparut spontanément. Il y a 8 ans, fièvre typhoïde et tumeur à gauche. Guérison. Il y a 1 an, nouvelle tumeur et grosseur à gauche.	Tumeur dans la fosse iliaque gauche. Urine très colorée.	"	"	"
12	FAGGE (Voir Morris) 1876	F.	37	5 enfants.	G.	Il y a deux ans, lors du dernier accouchement, douleurs intermittentes dans le ventre et apparition d'une tumeur.	Tumeur globuleuse. Urine ordinairement claire, normale.	"	"	Douleurs légères. Tumeur peu tendue, arrondie, dans la région lombaire et la fosse iliaque gauche.
13	HARE (Cas II). (<i>Brit. Med. J.</i> , avril) 1876	F.	Jeune.	Plusieurs enfants.	D. (1)	Malade depuis 25 ans.	"	"	Bon état général.	Tumeur normale intermittente.

1. L'une de ces hydronéphroses siégeait à droite, l'autre à gauche; mais Hare ne dit pas quelle était celle de droite.

		COMPLICATIONS Influence de la grossesse		DIA- GNOSTIC clinique	TRAITEMENT CHIRURGICAL				ANATOMIE PATHOLOGIQUE	REMARQUES
Fin 12	Durée 13	14	15		PONCTIONS 16	NÉPHRO- PEXIE 17	MARSUPIA- LISATION de la poche 18	NÉPHREC- TOMIE 19		
Disparition de pneum. inévies fré- quentes d'uriner.) de dou- leur, en même temps qu'écua- isses consi- dérables d'urine. Appétit re- venu un peu plus.	De quel- ques heures à plu- sieurs jours. (12 à 30 heures en moyen- ne.)	Amélioration. — 2 ans après : l' <i>Hydroné- phrose</i> était de- venue <i>perma- nente</i> .	Hypertro- phie de la rate. — Hydroné- phrose inter- mittente par <i>calcul</i> du <i>bassin</i> et <i>oxalate</i> de (Cole.)	"	"	"	"	"	<i>Hydroné- phrose inter- mittente</i> typi- que. (Calcul de bassin?) (Rein mobile probable.)	
Disparition de pneum., com- plètement.	1 jour.	<i>Accidents d'oc- clusion intesti- nale</i> . Mort.	Hydroné- phrose.	"	"	"	"	R. D. : Hydro- néphrose con- sidérable. Ure- tère dilaté. R. G. : petit : <i>Hydronéphrose</i> légère de ce côté. Uretère dilaté. Vessie : tu- meur obstruant et comprimant l'extr. infér. des uretères. (A.)	<i>Hydroné- phrose inter- mittente à droite</i> . (Lésion de l'extrém. infér. de l'uretère, de la vessie.) <i>Hydroné- phrose droite</i> .	
"	"	Un peu de mieux après une ponction. Nouvelle ponction. Incision. <i>Péritonite</i> après l'inci- sion. Mort.	Kyste de l'ovaire, puis pyo- néphrose.	<i>Ponction</i> à deux reprises.	"	<i>Incision</i> de la poche. Flot de sang et de pus. (Périto- nite.)	"	Autopsie faite, mais non publiée.	<i>Pyonéphrose</i> à évacuation <i>brusque</i> . (Sans inter- mittences et sans crises ré- gulières.)	
Fin des troubles aigus.	"	"	Hydroné- phrose.	<i>1 ponction</i> . On retira du liquide analogue à celui d'une hydroné- phrose <i>fermée</i> et ancienne. (Eau et Na Cl).	"	"	"	"	<i>Hydroné- phrose inter- mittente</i> . (<i>Mobile</i> .)	
Évacuation de grande abondance d'urine.	"	Après 25 ans, guérison, mais encore des cri- ses.	Hydroné- phrose in- termittente.	"	"	"	"	"	<i>Hydroné- phrose inter- mittente</i> . (Longue du- rée de l'affec- tion.)	

Numéros d'ordre	Observateurs	Données étiologiques				ÉTUDE CLINIQUE				
		Sexe	Age	Grossesses antérieures Antécédents	Côté mal.	ANTÉCÉDENTS ET DÉBUT	INTERVALLE DES ACCÈS	LES ACCÈS		
								Nombre	Début, causes	Asomé
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
14	HARE (Cas III). (Br. M. J., avril) 1876	F.	Jeune.	"	G. (1)	"	"	"	"	Tumeur abdominale intermittente.
15 à 17	SMITH (Cas I, II, III) (Br. M. J., avril) 1876	"	"	"	"	"	Urines purulentes.	"	"	Pyonéphrose.
18	DESNOS et BARIÉ (An. de Gyn.) 1876	F.	19	Réglée à 16 ans. Pas d'enfants. Règles irrégulières.	G.	A 2 ans, chute du haut d'un meuble; contusion de la région lombaire. Douleurs depuis cette époque dans le côté gauche, plus vives depuis les règles. Aménorrhée pendant 4 mois.	Chlorose et dysménorrhée. Douleur persistante dans la région lombaire gauche, continue. Utérus rétrofléchi. Urines normales.	Tous les mois environ.	L'apparition des douleurs et de la tumeur coïncide ordinairement avec l'apparition des règles.	Douleurs très pénibles, irradiées (lombes, ses iliaques). Vomissements. Tumeur dans fosse iliaque gauche, lisse, tendue, résistante, elliptique (0,13 x 0,09). Tympanisme.
19	EGER (Berl. Kl. Woch.) 1876	F.	29	Chlorose au moment de la puberté. 1 accouchement à 19 ans; 1 autre à 25 ans.	G.	Malaise dans la région lombaire gauche après le 1 ^{er} accouchement. Mêmes phénomènes pendant la 2 ^e grossesse. Après le 2 ^e accouchement, douleurs, puis crises douloureuses.	Malaise, sans douleurs bien vives.	Tous les 15 à 20 jours.	Incapacité de travailler. Tremblements, frissons, douleurs. Sensation d'urine retenue dans une vessie distendue.	Douleurs de la région lombaire très vives; irradiations. Pas de fièvre. Vomissements lents. Refroidissement. Pâleur des extrémités. Tumeur dure, immobile ordinairement. Quelques gouttes d'urine claire.
20	M. BAKER (Intern. med. Congres of London) 1881	H.	16	"	G.	Douleurs depuis 4 ans dans la région rénale gauche. Tumeur à gauche.	Rien dans l'intervalles des crises. Urine claire.	Tous les 8 jours.	"	Douleurs très vives de la région rein gauche. Tumeur tumeur dure, insensible. Pas d'évacuation d'urine.
21 22	MORRIS (Cas II, III). (Surg. Dis. of the Kid.) 1885	F. F.	"	"	"	"	"	"	"	"
23	LLOYD (Cas I). (Birm. med. Rev.) 1886	H.	"	"	D.	Douleurs depuis 19 ans dans le côté droit.	"	"	"	Accès accompagnés parfois de maturie et pyurie.

1. Voir la note du cas II de Hare.

Fin 12	Durée 13	COMPLICATIONS Influence de la grossesse 14	DIA- GNOSTIC clinique 15	TRAITEMENT CHIRURGICAL				ANATOMIE PATHOLOGIQUE 20	REMARQUES 21
				PONCTIONS 16	NÉPHRO- PRIXIE 17	MARSUPIA- LISATION de la poche FISTULE du bassinot 18	NEPHREC- TOMIE 19		
Émission d'une grande quantité d'urine.	"	Guérison pro- bable.	Hydroné- phrose in- termittente.	"	"	"	"	"	Hydronéphrose intermittente. (Guérison probable.)
"	"	2 morts par septicémie. 1 guérison après ponction (femme).	Pyoné- phroses in- termittentes.	2 cas : ponction et drainage. - 1 cas : ponction (F.).	"	"	"	"	3 Pyonéphro- ses intermittentes sans calculs.
différentes phases de la grosse (2). Dis- tension complète de la tumeur. On sent plus qu'un nodon dur.	4 à 5 jours.	"	Rein mo- bile et Tumeur intermittente, fai- sant corps avec le rein.	"	"	"	"	"	Hydroné- phrose inter- mittente typi- que. (Mécon- nué.) (Rein mobile. Accès en rap- port avec les règles.)
Disparition su- bit des douleurs, accès au vomis- sant, évacua- tion d'une grande quantité d'urine claire. Dispara- tion totale de la tumeur tout à coup. Bien-être.	1 jour ordinaire- ment.	3 ^e grossesse : apparition des accès pendant les 4 premiers mois. Au 5 ^e , disp. des accès. Après l'ac- couchement, réapparition de la tumeur. Nou- veaux accès. Urine claire. 4 ^e grossesse : accès. — Accou- chement à 7 mois. Accès. Néphrite.	Rein mo- bile et hydroné- phrose.	"	"	"	"	"	Hydroné- phrose inter- mittente typi- que. (Rein mo- bile.)
Disparition des douleurs. Disparition de la tumeur totale- ment. Urine épaisse, contenant du pus. Douleur dispa- raissant graduel- lement.	8 à 10 heures.	"	Hydroné- phrose.	"	"	Néphro- tomie lombarie. Fistule rénale. Drainage. Persis- tance de la fistule encore 4 mois après. Guérison.	"	"	Hydroné- phrose inter- mittente. (Méconnué.)
"	"	"	Hydroné- phrose in- termittente.	"	"	"	"	"	Hydroné- phrose inter- mittente (2 cas). (Citation.)
"	"	"	Hydroné- phrose in- termittente.	"	"	"	Néphrec- tomie lombarie. Guérison.	R. D. : très dilaté. On ne trouva pas la cause de l'obs-	Hydroné- phrose inter- mittente. (Rein mobile.)

1. Communication récente de M. Barié.

			DIA-GNOSTIC clinique 15	TRAITEMENT CHIRURGICAL				ANATOMIE PATHOLOGIQUE 20	REMARQUES 21
Fin 12	Durée 13	COMPLICATIONS Influence de la grossesse 14		POINCTIONS 16	NÉPHRO- PEXIE 17	MARSUPIA- LISATION de la poche FISTULE du bassin et 18	NÉPHREC- TOMIE 19		
							Résultats éloignés très bons. Guérison radicale.	struction de l'uretère. (N.) (2).	
"	"	"	Hydroné- phrose inter- mittente d'ori- gine con- génitale.	"	"	"	Néphr. lombar. Guérison. Résultats éloignés très bons.	R. G. : très dilaté. Flexion de l'extrémité supérieure de l'uretère. (N.).	Hydroné- phrose inter- mittente. (Congé- nitale.)
"	"	"	Hydroné- phrose con- génitale (1).	"	"	"	Néphrec- tomie lombar. Mort le 4 ^e jour subi- tement.	Rein gauche malade, le droit l'était aussi. (A.)	H. intermit- tente. (Congé- nitale.)
Evacuation de la tumeur.	"	Réapparition de la tumeur.	Hydroné- phrose.	"	"	"	"	"	H. à évacua- tion brusque, sans crises bien nettes. (Obs. très incompl.)
Disparition de la douleur. Disparition to- tale de la tumeur.	2 jours environ.	"	Rein mo- bile; puis hydroné- phrose.	"	"	"	Néphrec- tomie lombar. Guérison Après 8 mois : très bon- ne santé.	R. D. : Hydro- néphrose assez vaste. Mu- queuse du bas- sin enflammée ou tout au moins conges- tionnée. Pas de cause d'obstruction de l'uretère. (N.)	Hydroné- phrose inter- mittente type. (Méconnue.) (Rein mobile.)
Emission d'une grande quan- tité d'urine. (Voir tableau I obs.)	De 5 à 6 h. à 24 heures.	"	Rein mo- bile et hy- droné- phrose inter- mittente.	"	"	"	"	"	Hydroné- phrose inter- mittente. (Rein mobile.)
Evacuation sine concen- tration de la tumeur et des doul. Evacuation ulté- rieure d'urine très dense.	Quel- ques h. à 36 heures.	Les accès naissent tout à fait différents des douleurs qui survien- nent pendant les règles. Celles-ci sont moins aiguës. Ultérieure- ment : Albumi- nurie. Tumeur de- venue fixe.	Rein mo- bile et hydroné- phrose inter- mittente.	"	"	"	"	"	Hydroné- phrose inter- mittente type. (Rein mobile.)

Obs. p. 205, que les 3 cas observés par lui étaient bien des hydronéphroses intermittentes.

Numéros d'ordre	Observateurs	Données étiologiques				ÉTUDE CLINIQUE				
		Sexe	Age	Grossesses antérieures Antécédents	Côté mal.	ANTÉCÉDENTS ET DÉBUT	INTERVALLE DES ACCÈS	LES ACCÈS		
								Nombre	Début, causes	Acmé
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
30	NEWMAN (Cas III). (Dis. of the Kid.) 1888	F.	32	7 enfants en 11 ans. Prolapsus utérin et Cystocèle.	D. G.	Depuis le prolapsus utérin, douleurs. Reins mobiles en outre des 2 côtés.	Quand l'utérus était réduit: presque pas de douleurs.	"	Si l'utérus était prolabé, apparition d'un accès, débutant par des douleurs légères. Douleurs vives à chaque époque.	Douleurs violentes dans les régions rénales. Vomissements. Diminution dans la quantité d'urine excrétée. Augmentation de volume des reins mobiles.
31	NEWMAN (Cas IV). (Dis. of the Kid.) 1888	F.	25	Menstruation irrégulière. Rein mobile.	D.	"	Amaigrissement. Dyspepsie.	"	Accès ordinairement en rapport avec la menstruation.	Accès avec oppression d'urine. Douleurs dans la région lombaire.
32	NEWMAN (Cas V). (Dis. of the Kid.) 1888	H.	"	"	G.	"	"	Toutes les 4 à 7 semaines.	Accès apparaissant surtout quand la vessie est distendue.	Douleurs marquées. Augmentation considérable de rein gauche.
33	LANDAU (Cas I). (Berlin. Kl. Woch.) 1888.	F.	60	2 enfants, le dernier à 36 ans. Prolapsus des organes génitaux depuis cette époque (utérus et paroi antér. du vagin).	D.	Depuis 10 ans seulement, douleurs lombaires, malaise abdominal, etc. Depuis 8 ans, tumeur à droite. Rein mobile.	Amaigrissement. Dans le flanc droit, tumeur sphérique, tendue, élastique, très mobile, mate. Malaise. Cardialgie. Crises gastriques.	On en constata 4 seulement.	"	Phénomènes de compression marqués. Tumeur élastique, très tendue.
34	LANDAU (Cas II). (Berlin. Kl. Woch.) 1888.	F.	35	4 enfants.	D.	Depuis 4 ans, cardialgie, douleurs dans les lombes à droite; tumeur de ce côté, de temps en temps seulement.	Douleurs vagues à droite. On ne sent pas de tumeur en temps ordinaire. Grossesse de 2 à 3 mois (rétroflexion de l'utérus gravidé).	Un seul accès a été vu.	"	Tumeur dans le psoas, grosse comme deux poings, dure, tendue, sans fluctuation.
35	LANDAU (Cas III). (Berlin. Kl. Woch.) 1888.	F.	31	Une grossesse sans incidents il y a 10 ans.	D.	Malade depuis l'âge de 16 ans; douleurs dans le côté droit survenues sans cause; puis plus tard, tumeur à droite.	Pas de fièvre. Urine bien. Rein droit mobile. Prolapsus du rein gauche.	Répétés.	"	Crampes. Vomissements. Nausées. Douleurs très violentes parfois. Tumeur dure, solide, grosse comme une tête d'enfant. Diminution de l'urine évacuée.

			DIA-GNOSTIC clinique	TRAITEMENT CHIRURGICAL				ANATOMIE PATHOLOGIQUE	REMARQUES
Fin 12	Durée 13	COMPLICATIONS Influence de la grossesse 14		POSITIONS 16	NÉPHRO-PXIE 17	MARSUPLI-SATION de la poche FISTULE du bassinnet 18	NÉPHREC-TOMIE 19		
Reins était-ils? Aussi-Evacuation de grande quantité d'urine.	"	"	Hydronéphroses intermittentes. Reins mobiles et prolapsus utérin.	"	"	"	"	"	Hydronéphrose intermittente double, simultanée, par prolapsus utérin. (Reins mobiles des 2 côtés.)
"	"	"	Rein mobile et h. intermittente.	"	"	"	"	"	Hydronéphrose intermittente. (Rein mobile.)
Diminution des urines et de la consécration des consen-	48 à 56 heures.	"	Hydronéphrose intermittente.	"	"	"	"	"	H. intermittente. (Rein mobile probable.)
Apparition de tumeur. Volage ment obli. Consécration d'une urine consistante d'urine normale.	"	Transformation rapide en pyonéphrose définitive (fièvre, tumeur plus grosse, très sensible, urines purulentes).	Kyste hydatique ou tumeur du foie. Tumeur de l'ovaire. Puis, rein mobile et hydronéphrose.	Ponctions exploratrices (cause probable de l'infection de la poche).	"	Marsupialisation de la poche ayant le volume d'une tête de fœtus: Fistule du bassinnet. Amélioration. 8 ans ap. (1888): fistule rénale persistante. Bon état.	"	"	Hydronéphrose intermittente, sans accès très caractérisés. (Fistule rénale depuis 8 ans.) (Rein mobile.) (Prolapsus utérin.)
Apparition d'une tumeur de la poche.	"	Grossesse. Malade non suivie.	Hydron. intermittente.	Ponctions exploratrices. (Liquide clair, contenant urée et chlorures.)	"	"	"	"	Hydronéphrose intermittente. (Rein mobile.)
Apparition de tumeur. Urines d'urine normale. Consécration de grande quantité d'urine.	"	Pendant la grossesse, pas de crises; elles ont recommencé 3 mois après l'accouchement.	Hystérie, en raison des crises douloureuses. Puis, hydronéphrose intermittente.	"	"	"	"	"	Hydronéphrose intermittente typique. (Reins mobiles des 2 côtés.)

Numéros d'ordre	Observateurs INDICATIONS BIBLIO- GRAPHIQUES	Données étiologiques				ÉTUDE CLINIQUE					
		Sexe	Age	Grossesses et antécédents	Côté mal.	ANTÉCÉDENTS ET DÉBUT	INTERVALLE DES ACCÈS	LES ACCÈS			
								Nombre	Début, causes	Aspect	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
36	LANDAU (Cas IV). (Berlin. Kl. Woch.) 1888.	F.	42	"	G.	Observée par M. le D ^r Kalischer.	"	"	"	"	Crise habituelle.
37	ISRAËL (Cas I). (Berlin. Kl. Woch.) 1888.	F.	22	"	D.	<i>Douleurs</i> depuis l'âge de 11 ans; <i>tumeur</i> de temps à autre dans le flanc droit.	Très bon état général. <i>Rein flottant à droite.</i>	Toutes les 4 se- maines.	<i>Début</i> : ma- laise; sensation de chaleur ab- dominale. <i>Causes</i> : sta- tion debout prolongée; in- gestion de bois- sons gazeuses, d'aliments fé- culents.	<i>Douleurs</i> vives. <i>Vomissements</i> parfois. <i>Tumeur</i> dans flanc droit, tumeur, persis- tante, per- méable, mou- vement mobile. Diminution de sécrétion urina- le.	
38	FURBRINGER (Cas I). (Berlin. Kl. Woch.) 1888.	F.	"	"	"	"	"	"	"	Crise habituelle.	
39	FURBRINGER (Cas II). (Berlin. Kl. Woch.) 1888.	F.	"	"	"	"	"	"	"	Accès à ma- typique.	
40	FURBRINGER (Cas III). (Berlin. Kl. Woch.) 1888.	H.	33	Chute d'un tramway il y a 3 ans. Anurie pendant 2 jours, puis hé- maturie. Refroidis- sement. Coliques de plomb.	D.	Depuis sa chute, crises douloureu- ses.	Homme bien portant, mais pâle. Rien dans l'in- tervalle des cri- ses. Urine claire et limpide.	Assez fréquem- ment.	Boissons froi- des; refroidis- sement.	<i>Douleurs</i> . Abattement trême. <i>Tumeur</i> dans flanc droit, dure, fluctuante, persis- tante avec le doigt. <i>Arrêt</i> dans l'é- mission des urines, début de l'hé- maturie.	
41	LANCEREAUX (Cas I). (Union méd.) 1888	F.	25	Pas de mala- dies. 3 gros- sesses sans ac- cidents. Mi- graines avant la mens- truation.	D.	Début brusque par un accès.	"	"	<i>Douleurs</i> vives dans le flanc droit, irra- diées.	<i>Douleurs</i> vives dans le flanc droit, avec quelques rémissions. <i>Vomissements</i> . <i>Tumeur</i> dans flanc droit, à peu douloureux.	
42	LANCEREAUX (Cas II). (Id.) 1888	F.	26	"	G.	Coliques néphré- tiques.	"	"	"	<i>Douleurs</i> très marquées. <i>Tumeur</i> du flanc gauche.	
43	LANCEREAUX (Cas III). (Id.) 1888	"	26	"	"	"	"	"	"	Comme dans II.	

			DIA-GNOSTIC clinique 15	TRAITEMENT CHIRURGICAL				ANATOMIE PATHOLOGIQUE 20	REMARQUES 21
12	Durée 13	COMPLICATIONS Influence de la grossesse 14		16	NÉPHRO- PEXIE 17	MARSUPIA- LISATION de la poche PISTULE du bassinot 18	NÉPHREC- TOMIE 19		
"	"	"	Hydrôn- intermit- tente.	"	"	"	"	"	Hydrôné- phrose inter- mittente.
Disparition rapide de la tumeur. Vieux be- soin d'uriner et de l'urine en grande quantité.	Parfois 4 jours.	Grossesse : 5 premiers mois sans accès ; et depuis cette époque (il y a 6 ans de cela), plus d'accès. Mais les accès sont revenus récemment et l'hydrônéphro- se est devenue fixe (tumeur adhérente).	Hydrôn- intermit- tente.	"	"	"	"	"	Hydrôné- phrose inter- mittente typi- que. (Rein mo- bile.) Tumeur de- venue fixe, de mobile qu'elle était.
"	"	"	Hydrôn- intermit- tente.	"	"	"	"	"	Hydrônéphr. intermittente.
"	"	"	Hydrôn- intermit- tente.	"	"	"	"	"	Hydrônéphr. intermittente.
Disparition des crises. Insuffisance de la fonction d'une néphrite. Hématurie	"	Accidents urémiques : Coma et délire. Vomisse- ment. Albumine. Néphrite. Anurie. Pas de modi- fication dans la tumeur. Mort.	Hémo- globinurie paroxysti- que. Tumeur du foie ou de la vési- cule biliaire. Néphrite diffuse.	"	"	"	"	R. D. : Hy- drônéphrose de la grosseur d'une noix de coco. Urètre dilata- té et tortueux. Pas de cause d'obstruction. R. G. : Hy- drônéphrose. Urètre nor- mal. Néphrite double diffuse. (A.)	Hydrôné- phrose inter- mittente droite avec néphrite. (Hématurie.) Hydrôné- phrose légère à gauche.
Disparition d'a- pres dou- bles abou- sses, mais trou-	Plusieurs jours.	Disparition par oscillations successives.	Hydrôné- phrose par calcul de l'urètre.	"	"	"	"	"	Hydrôné- phrose inter- mittente. (Calcul du bassinot?)
Disparition de la tumeur. Plus de crises.	48 heures.	"	Id.	"	"	"	"	"	Hydrôné- phrose inter- mittente. (Id.)
"	"	"	Id.	"	"	"	"	"	Hydrônéphrose intermittente. (Id.)

1	2	Données étiologiques				ÉTUDE CLINIQUE				
		3	4	5	6	7	8	LES ACCÈS		
								9	10	11
Observateurs	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	Sexe	Age	Grossesses antérieures ou Antécédents	Côté mal.	ANTÉCÉDENTS ET DÉBUT	INTERVALLE DES ACCÈS	Nombre	Début, causes	Acme
44	LANCEREAUX (Cas IV). (Id.) 1888	H.	"	"	D.	"	"	"	Après abus de boissons et voyage en chemin de fer.	Coliques névralgiques intenses. Etat gastrique. Tumeur dans flanc droit. Diminution l'urine.
45	LANCEREAUX (Cas V). (Id.) 1888	F.	40	"	"	"	"	"	"	Comme dans III.
46	LANCEREAUX (Cas VI). (Id.) 1888	H.	33	"	D.	"	"	"	"	Douleurs lombaires. Vomissements. Tumeur du flanc droit. Pas de troubles urinaires.
47	ROCKWELL (New York med. Journ.) 1888	H.	41	"	D.	Crises d'hématurie depuis l'enfance. Expulsion de calcul. Douleurs vives dans le rein droit. Rétraction du testicule; névralgie génito-crurale.	Névralgies.	Fréquence variable.	"	Douleurs lombaires. Vomissements. Tumeur du flanc droit, mate.
48	THIRIAR (Revue de Chir.) 1888	F.	30	Coliques néphrétiques. Sable dans les urines.	D.	Tumeur depuis 6 semaines.	Urines troubles jadis, claires depuis la tumeur.	1 seule crise constatée.	"	Pas de douleurs vives. Tumeur dans flanc droit.
49	LINDNER (Cas I). (Wander-niere der Frauen) 1888	F.	"	"	G.	Rein mobile à gauche; puis tout à coup apparition de crises douloureuses.	Tumeur de la région rénale gauche.	"	"	Douleurs lombaires, au niveau du rein. Augmentation double de la tumeur du flanc gauche. Notable diminution des urines.
50	SOCIN (Beitr. z. klin. Chir.) 1888	F.	47	Règles régulières. Pas d'enfants.	D.	Début à 17 ans, par des accès douloureux. Douleurs siégeant à droite de l'abdomen. 3 ans après: tumeur dans le flanc droit. Après la ménopause, accès plus fréquents et plus intenses.	A partir de la ménopause: perte d'appétit, constipation, suffocation, frissons. Tumeur très grosse. Douleurs sourdes, travail impossible, urine normale. Pas de rein dans la région lombaire droite.	Fréquent.	"	Douleurs vives dans flanc droit. Tumeur, sensible à la pression, mobile, grosse, comme un œuf dans la partie du ventre. Vomissements fréquents.

12	13	14	15	TRAITEMENT CHIRURGICAL				20	21
				16	17	18	19		
Fin	Durée	COMPLICATIONS Influence de la grossesse	DIA- GNOSTIC clinique	POSITIONS	NÉPHRO- PEXIE	MARSUPIA- LISATION de la poche FISTULE du bassinnet	NÉPHREC- TOMIE	ANATOMIE PATHOLOGIQUE	REMARQUES
Parturition de seur.	Près de 12 jours.	"	Hydroné- phrose par calcul de l'uretère.	"	"	"	"	"	Hydroné- phrose inter- mittente. (Calcul du bassinnet.)
"	"	"	Id.	"	"	"	"	"	Hydroné- phrose inter- mittente. (Id.)
Parturition de seur.	7 jours environ.	"	Id.	"	"	"	"	"	Hydroné- phrose inter- mittente. (Id.)
Parturition de seur et dis- son.	2 à 3 jours.	Elimination ultérieure de calcul par l'u- rèthre. Amélioration.	Hydroné- phrose par calcul du bassinnet.	"	"	Incision explora- trice lombaire, puis à la suite, fistule spontanée du bassinnet. Guérison.	"	"	Hydroné- phrose inter- mittente. (Calcul du bassinnet.)
Evacuation de grande tumeur de l'urine, de.	Plus- sieurs jours.	L'affection n'avait pas re- paru en 1888.	Kyste de l'ovaire. — Hydroné- phrose droite. (Thiriar.)	"	"	"	"	"	Hydroné- phrose inter- mittente. (Evacuation brusque, sans crise doulou- reuse.)
18 à 24 heu- res tumeur re- tardée dimen- sions normales, une abon- dante émission de.	6 à 8 jours.	"	Hydroné- phrose intermit- tente.	"	"	"	"	"	Hydroné- phrose inter- mittente. (Rein mobile.)
Parturition de seur. — Pas de notable modification de l'émission d'urine.	Quel- ques heures au début; plus long- temps ultérieu- rement.	Accès pen- dant de lon- gues années. La tumeur finit par deve- nir persistante; tumeur grosse comme une tête d'enfant.	Déplace- ment du rein droit et hydro- néphrose ou kyste de l'abdo- men (pancréas?)	"	"	Fistule du bassin- net après marsupia- lisation de la poche par la voie abdomi- nale laté- rale. Tentati- ves de cathété- risme ré- trograde de l'ure- tère,	Quelques semaines après : néphrec- tomie lombaire second- aire. Opération difficile sur rein en fer à cheval. Guérison. Urines normales. 6 mois après :	R. D. : Bas- sinet dilaté en forme de po- che. L'extré- mité supérie- re de l'uretère est dilatée aussi. (Examen in- complet.) (N.)	Hydroné- phrose inter- mittente (mé- connue). (Rein déplacé.) — (Rein en fer à cheval uni- que.) (Partie de droite dépla- cée.)

Numéros d'ordre	Observateurs	Données étiologiques				ÉTUDE CLINIQUE					
		INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	Sexe	Age	Grossesses antérieures Antécédents	Côté mal.	ANTÉCÉDENTS ET DÉBUT	INTERVALLE DES ACCÈS	LES ACCÈS		
									Nombre	Début, causes	Accompagnés
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
51	HAHN (Cohn : <i>Berl. klin. Woch.</i>) 1889	F.	30	1 enfant. 1 fausse couche.	D.	Il y a 2 ans, après avoir soulevé un fardeau, douleur à droite; puis hématuries légères. Enfin tumeur dans l'hypondre droit.	<i>Douleurs</i> vives Grosse <i>tumeur</i> du rein du côté droit, lisse, non fluctuante. Urines abondantes. Hématuries.	"	"	"	
52	KAPPE (<i>Berl. Kl. Woch.</i>) 1889	F.	38	Mère morte cancéreuse. Frères et sœurs tuberculeux.	D.	Il y a 2 ans, <i>douleur</i> dans le flanc droit; elle avait été jusque-là bien portante.	Amalgissement. Disparition presque totale de la tumeur. Douleurs modérées. Urine claire, sans albumine.	Toutes les 2 à 6 semaines.	Pas de cause appréciable.	<i>Douleurs</i> <i>Tumeur</i> cr... comme les... poings, à... sous le foie... sensible à... sion.	
53	KEHLE (<i>Charité-Annalen</i>) 1889 et 1890	H.	30	"	G.	Il y a 3 ans, après un refroidissement, <i>premières crises</i> . Cette année, on constate l'apparition d'une <i>tumeur</i> .	Ordinairement, pas de tumeur en dehors des crises.	Très fréquents: presque tous les jours.	"	<i>Douleurs</i> dans la région st... <i>Vomissements</i> <i>tumeur</i> dans la région abdom... supérieure gau... <i>mobile</i> , semblé à un gros rein. <i>Mictions</i> pénibles parfois.	
54	GUYON (<i>Académie de Médecine</i>) 1889	F.	20	Pas d'enfants. Régles régulières.	D.	A 15 ans, <i>tumeur</i> sans cause appréciable, dans le flanc droit, et <i>douleurs</i> vives.	<i>Rein droit mobile</i> , parfois introuvable. Bon état général. Digestions pénibles.	Tous les jours, ou toutes les 6 semaines ou les 2 mois.	- Pas de relations avec les règles. Equitation, marche, sans rapports avec les accès, qui semblent survenir après des <i>digestions pénibles</i> , une <i>émotion</i> vive. Influence de certains mets.	<i>Douleurs</i> <i>Vomissements</i> <i>Tumeur</i> dure, au... de volume... tible, sauf... manœuvres... les, du volume... deux points... <i>mobile</i> . <i>Notable</i> ... <i>tion des urines</i>	

			DIA- GNOSTIC clinique	TRAITEMENT CHIRURGICAL				ANATOMIE PATHOLOGIQUE	REMARQUES
Fin 12	Durée 13	COMPLICATIONS Influence de la grossesse 14		FONCTIONS 16	NEPHRO- PTICIE 17	MARSUPIA- LISATION de la poche FISTULE du bas-sinet 18	NEPHREC- TOMIE 19		
						restées infruc- tueuses. Pyélite.	bon résultat.		
	"	"	Hydroné- phrose intermit- tente (d'a- près Hahn: <i>Congres de Chirurgie de Berlin</i> , 1890, p. 114).	"	"	<i>Fistule du bassi- net</i> sur la ligne axillaire. <i>Infection</i> . Drainage du basi- sinet.	"	"	<i>Hydroné- phrose inter- mittente.</i>
cessation tardive de la urine à la suite d'un accès d'urémie exté- rieur. cessation d'un accès. pas clair.	"	"	Tumeur maligne du rein (au début). — Plus tard : rein mobile avec calcul ou torsion de l'ure- tère. (Delrio.) Hydroné- phrose intermit- tente. (Kappe.)	"	"	"	"	"	Hydroné- phrose inter- mittente. (<i>Rein mobile.</i>)
apparition de l'urine.	1 jour en mo- yenne.	<i>Tabes.</i> (Symptômes spéciaux.)	Hydroné- phrose. — (Crises né- phrétiques du tabes.) (Leyden.) — Hydroné- phrose intermit- tente. (Kähler.)	Fonction explora- trice. — Laparo- tomie explora- trice proposée.	"	<i>Fistule du bassi- net</i> par marsupia- lisation de la poche. <i>Cathé- risme ré- trograde de l'uretère.</i> Guérison. (Dispari- tion des crises.)	4 mois après : nephrec- tomie lombaire secon- daire. Infection de la plaie (abcès). Mort.	R. G. : Exa- men non pu- blié. R. D. : mo- bile; uretère droit normal. (A.)	<i>Hydroné- phrose inter- mittente type.</i> <i>Rein mobile.</i> — <i>Tabes.</i>
cessation du urine suite de l'urémie ou d'un accès. cessation de l'urine.	"	"	Hernie du rein. — Rein mo- bile avec hydroné- phrose intermit- tente. (Guyon.)	"	<i>Nephro- ptérie</i> à l'aide de 12 points desuture. Guérison. 7 mois après : guérison absolue. Plus de crises ; plus de tumeur.	"	"	"	<i>Hydroné- phrose inter- mittente typi- que.</i> (<i>Rein mobile.</i>)

Numéros d'ordre 1	Observateurs INDICATIONS BIBLIO- GRAPHIQUES 2	Données étiologiques				ÉTUDE CLINIQUE				
		Sexe 3	Age 4	Grossesses antérieures Antécédents 5	Côté mal. 6	ANTÉCÉDENTS ET DÉBUT 7	INTERVALLE DES ACCÈS 8	LES ACCÈS		
								Nombre 9	Début, causes 10	Aspect 11
55	HUNTER (Brit. med. Journ.) 1889	F.	30	"	D.	Tumeur dans le côté droit depuis 3 semaines.	"	"	"	Douleurs Tumeur dans le droite, fluctuante. Urines normales.
56	LE DENTU (Cas I). (Maladies des reins) 1889	F.	"	"	D.	"	"	"	"	Tumeur assez complé- ment.
57	LE DENTU (Cas II). (Maladies des reins) 1889	H.	60	"	G.	"	"	"	"	Tumeur vidée une fois. Urines purulentes.
58	LINDNER (Cas II). (Munch. med. Woch.) 1890	F.	40	"	D.	"	Rein mobile droit.	"	"	Douleurs lentes. Tumeur grosse qu'une d'homme dans le flanc droit.
59	BRAUN (Arch. f. clin. Chir.) 1890	F.	45	Graviers uriques d'abord, puis phosphati- ques. Calculs, autre- fois.	G.	Douleurs depuis 14 ans; Crises très vives à gauche. Tumeur depuis 13 ans dans la même région. (Hypocondre.)	Urines sans graviers, norma- les.	Tous les 5 à 7 jours.	Travail im- possible à cause de la fré- quence des accè- s.	Douleurs miment im- menses. Tumeur tendue, mais fluctuante.
60	ZAWISZA (Cas I). (Medycyna) 1890-91	H.	41	Acci- dents dyspep- tiques.	D.	Depuis l'âge de 16 ans, douleurs par accès dans la région lombaire droite. Tumeur tout à fait récente. Crises d'hématuries pendant 3 à 8 jours, d'abord de- puis 3 ans.	Pas de fièvre. Bon état.	Variable.	Après écarts de régime, in- gestion de bière blanche, cer- tains aliments.	Douleurs dans région lombaire droite, avec hématuries. Vomissements. Tumeur douloureuse. Apparition l'hématurie même temps que la tumeur (dou- leurs moindres depuis ce tème).
61	ZAWISZA (Cas II). (Medycyna) 1890-91	F.	24	Pas de jaunisse. Anémie. Pas d'en- fants.	D.	Douleurs depuis l'adolescence dans l'épigastre et l'hy- pocondre droit.	Rein mobile droit. Rien dans l'in- tervalle des cri- ses.	Variable.	Ingestion de certains ali- ments (priva- tion de nourri- ture pour éviter les accès), ou sans cause.	Douleurs dans la région lombaire droite. Nausées, vomissements. Tumeur douloureuse à l'hypocondre droit.
62	ZAWISZA (Cas III). (Medycyna) 1890-91 (1)	F.	30	Pas d'ictère.	D.	Douleurs dans le côté droit depuis longtemps.	Rein mobile droit. Rien dans l'in-	Variable; mais cri- ses assez	"	Douleurs lentes dans l'hy- pocondre droit.

1. Quoi qu'en ait pu dire Trzebiecky (de Cracovie) (C. f. Gyn., p. 407, n° 20, 1891), il s'agit bien aussi, dans ces deux cas, de reins mobiles, Ch. V.)

		COMPLICATIONS Influence de la grossesse	DIA- GNOSTIC clinique	TRAITEMENT CHIRURGICAL				ANATOMIE PATHOLOGIQUE	REMARQUES
Fin 12	Durée 13			FONCTIONS 16	NÉPHRO- PEXIE 17	MARSUPIA- LISATION de la poche FISTULE du bass. net 18	NÉPHREC- TOMIE 19		
		14	15				20	21	
Évacuation de l'urine, sein pressant dur. Apparition de la douleur.	"	"	Hydroné- phrose.	"	"	"	"	"	<i>Hydroné- phrose à éva- cuation brus- que. (Rein mobile probable?)</i>
"	"	Guérison.	Pyoné- phrose.	"	"	"	"	"	<i>Pyonéphrose intermittente.</i>
"	"	"	Pyoné- phrose.	"	"	"	"	"	<i>Pyonéphrose intermittente.</i>
Évacuation d'u- rines abondante, Apparition de la douleur. Après les dou- leurs se dimi- nuent pas en un temps.	"	"	Hydroné- phrose intermit- tente.	"	"	"	"	"	<i>Hydroné- phrose inter- mittente. (Rein mobile.)</i>
Apparition de la douleur et de la douleur. Évacuation de grande abondance d'urine.	"	"	Hydroné- phrose intermit- tente avec ou sans calcul rénal.	"	"	"	Néphrec- tomie lombaire. Guérison. 3 ans après : très bon état ; quelques graviers.	R. G. : Dila- tation du bas- sinet. Pas de calcul. 2 ure- tères : l'un obli- téré, l'autre ou- vert, mais <i>con-</i> <i>duit</i> et appliqué sur le bassin par le premier. (Figure) (N.)	<i>Hydroné- phrose inter- mittente type.</i>
Continuation des douleurs et de la douleur. Évacuation d'uri- nes abondantes, Anémie de l'héma- t.	Plus- ieurs heures.	Pyélite lé- gère. (Un peu de pus dans les urines.)	On rejette les hypo- thèses de calcul, néoplasme ou tuber- culose du rein. — Hydroné- phrose intermit- tente.	"	"	"	"	"	<i>Hydroné- phrose inter- mittente. (Rein mobile.)</i>
Apparition des douleurs.	12 heures environ.	"	Colique hépatique. — Hydroné- phrose intermit- tente.	"	"	"	"	"	<i>Hydroné- phrose inter- mittente. (Rein mobile.)</i>
Apparition de la douleur, etc.	Une journée environ.	"	Colique hépatique (un <i>méde-</i> <i>cin</i>).	"	"	"	"	"	<i>Hydroné- phrose inter- mittente. (Rein mobile.)</i>

Cas d'hydronéphrose intermittente. (Voir les rapports de cette complication avec les crises douloureuses des reins)

1 Numéros d'ordre	Observateurs INDICATIONS BIBLIO- GRAPHIQUES 2	Données étiologiques				ÉTUDE CLINIQUE				
		3 Sexe	4 Age	5 Grossesses antérieures Antécédents	6 Côté mal.	7 ANTÉCÉDENTS ET DÉBUT	8 INTERVALLE DES ACCÈS	9 LES ACCÈS		
								9 Nombre	10 Début, causes	11 Aspect
							tervalle des crises.	rapprochées.		Tumeur douloureuse, très douloureuse.
63	FOWLER (Cas I). (New-York med. Journ.) 1891	F.	24	"	G.	Douleurs dans la région lombaire gauche, depuis l'enfance.	Douleurs vagues. Impotence à cause des accès. Albumine et pus dans les urines.	"	"	Douleurs vagues. Tumeur. Diminution de la tumeur rendue.
64	FOWLER (Cas II). (New-York med. Journ.) 1891	F.	24	"	D.	Tumeur dans le côté droit depuis l'âge de 14 ans.	Urines purulentes.	Tous les 15 jours ou tous les mois.	Fièvre paroxysmale.	Douleurs dans le côté droit. Coup plus gros. Pouls fréquemment élevé.
65	TERRIER (Cas I). (Inédit.) 1891	H.	29	Mère tuberculeuse. Rhumatisme. Scrofule. Abscès au cou.	G.	Douleur dans le côté gauche à 7 ans, intermittente. Tumeur depuis 4 ans seulement.	Urines non purulentes. Pas de graviers.	Tous les 2 ou 3 mois.	Malaise vague dans l'abdomen, mictions fréquentes, urines noires.	Douleur dans le côté gauche de l'abdomen, vive, aiguë. Vomissements fréquents. Tumefaction de la région hypogastrique gauche.
66	TERRIER (Cas II). (Inédit.) 1891	F.	30	Pas d'enfants ni de fausses couches. Fièvre typhoïde grave.	D.	A 14 ans, douleurs intermittentes dans la région lombaire droite. — Depuis 4 ans, tumeur dans la même région.	Santé parfaite, température normale, appétit conservé. Rien dans le flanc droit. Urines normales. Pas de douleurs.	1 ou 2 par mois.	"	Douleurs dans le flanc droit, très vives (iris, face tonéal). Nausées sans vomissements. Tumeur dans la région rénale droite, grosse comme une tête de fœtus à terroir, très sensible. Fièvre : 38°, 39°. Urines diminue mais normales.
67	LANDAU (Cas V). (Inédit.) (1) 1891	F.	42	Fièvre typhoïde. Paramétrite postérieure.	D.	Il y a 10 ans, rein mobile à droite. Douleur dans les reins depuis 6 ans.	Pas de tumeur. Prolapsus du foie. Sensation de poche flasque à la place du rein.	"	"	Douleurs postérieures. Tumeur immobile, dure. Ponction (lors d'accès) : liquide clair, jaunâtre.

1. Observation communiquée, comme les suivantes, par M. le Dr Landau.

		COMPLICATIONS influence de la grossesse	DIA- GNOSTIC clinique	TRAITEMENT CHIRURGICAL				ANATOMIE PATHOLOGIQUE	REMARQUES
Fin 12	Durée 13			14	15	16 FONCTIONS	17 NEPHRO- PEXIE		
			— Hydronephrose intermittente. (Zawisza.)						
Evacuation d'une grande quantité de urine laiteuse.	"	"	Hydronephrose.	"	"	"	Néphrectomie lombaire. Guérison. 1 ^{re} grossesse. Guérison prolongée. Urines saines.	R. G. : Dila- tation du bas- sinet. (Examen in- complet.) (N.)	Hydronephrose inter- mittente avec pyélite. (Méconnue.)
Charge d'urine abondante. Evacuation des urines.	"	"	Hydronephrose infectée.	"	"	"	Néphrectomie lombaire. Guérison.	R. D. : Pyo- néphrose et né- phrite intersti- tielle. (Examen incomplet.) (N.)	Pyonéphrose intermittente. (Méconnue.)
Fièvre avec des hématuries. Evacuation des urines petit à petit. L'hématurie parfois à 3 jours.	4 à 6 jours.	Amélioration.	Hydronephrose intermittente.	"	"	"	"	"	Hydronephrose inter- mittente. (Rein mobile probable.)
Evacuation de l'urine et des doulou- rues rendues plus grande- ment. Troubles parulents.	1 jour à 1 jour et demi.	"	Rein déplacé. Hydronephrose intermittente.	"	"	"	Néphrectomie lombaire. Guérison. 1 an après : Guérison parfaite.	R. D. : Légè- re hydronephrose. Cou- dure et torsion de l'uretère à son extrémité supérieure. (Figure) (N.)	Hydronephrose inter- mittente. (Rein mobile.)
Evacuation de grande quantité d'urine. Douleurs	"	"	Tumeur kystique. — Hydronephrose intermittente.	"	"	"	"	"	Hydronephrose inter- mittente. (Rein mobile.)

Numéros d'ordre 1	Observateurs INDICATIONS BIBLIO- GRAPHIQUES 2	Données étiologiques				ÉTUDE CLINIQUE				
		Sexe 3	Age 4	Grossesses antérieures. Antécédents 5	Côté mal. 6	ANTÉCÉDENTS ET DÉBUT 7	INTERVALLE DES ACCÈS 8	LES ACCÈS		
								Nombre 9	Début, causes 10	Acmé 11
68	LANDAU (Cas VI). (Inédit.) 1891	F.	40	3 enfants. 2 avor- tements.	D.	Depuis 3 ans <i>douleurs</i> dans les reins.	<i>Pyosalpinx</i> <i>double.</i> <i>Rein mobile</i> <i>droit kystique.</i>	»	»	Accès habituels
69	LANDAU (Cas VII). (Inédit.) 1891	F.	28	3 ac- couche- ments. 1 fausse couche.	D.	<i>Douleur</i> depuis 1 an dans les reins, après une violente secousse. <i>Tumeur</i> depuis quelque temps.	Amaigrisse- ment. Anémie.	Tous les 8 jours; parfois toutes les 3 se- maines.	»	Etat généra- lément mauvais; alté- ration <i>Douleurs</i> <i>Tumeur</i> res- serrée, tendue, grosse; la ponction clair. Besoin d'urine
70	QUÉNU (Inédit.) (1) 1891	F.	25	1 ac- couche- ment. 1 fièvre typhoïde Mère tubercu- leuse.	D.	Début après l'ac- couchement.	Pas de graviers dans les urines. <i>Rein mobile</i> <i>droit.</i>	Tous les mois environ; quelque- fois 2 accès de suite.	»	Etat généra- lément mauvais; alté- ration des traits. <i>Douleurs</i> sévères, mouvement vives; <i>Tumeur</i> très grosse; nausées, vomissements dâtres. <i>Diminution</i> na- turelle des urines pé- dant la crise. P. vrc (39°).

1. Observation due à l'obligeance de M. Quénu, publiée depuis in *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*, sept. 1891.

		COMPLICATIONS Influence de la grossesse	DIA- GNOSTIC clinique	TRAITEMENT CHIRURGICAL				ANATOMIE PATHOLOGIQUE	REMARQUES
Fin 12	Durée 13			16	NEPHRO- PEXIE 17	MAS-UPA- LISATION de la poche FISTULE du bassinnet 18	NEPHRO- TOMIE 19		
"	"	"	Hydro- néphrose intermit- tente.	"	"	"	"	"	<i>Hydrone- phrose inter- mittente. (Rein mobile.)</i>
Evacuation fine abon- dante. Engorgement no- tation. Disparition de la tumeur.	"	"	Hydro- néphrose intermit- tente.	"	"	"	"	"	<i>Hydrone- phrose inter- mittente.</i>
Entrée en voie de rein dé- jà. Disparition des douleurs. On n'a pas noté l'évacuation des sucs.	1 à 2 jours.	"	Rein mobile à crises dou- loureuses très inten- ses.	"	<i>Néphro- pexie. (Améliora- tion seule- ment des crises après l'opéra- tion et pyélite légère.)</i>	"	<i>Néphrec- tomie lombaire. Guérison. Fin sep- tembre 1891 : Guérison parfaite ; plus de crises.</i>	R.D.:Hydrone- phrose très lé- gère. Coudure de l'uretère à son entrée dans le bassinnet. (Figure) (N.)	<i>Hydrone- phrose inter- mittente. (Rein mobile.) Pyonéphrose intermittente.</i>

533, t. XVII.

Depuis la rédaction de ce tableau, plusieurs cas d'hydronephroses intermittentes sont parvenus à notre connaissance.

Comme nous n'avons pas pu en tenir compte dans notre description didactique, nous croyons devoir en faire une catégorie à part. C'est pour cela que nous les avons résumés dans le second tableau suivant.

Ce sont les cas de MM. TUFFIER : 1 cas (*Congrès de Chirurgie*, 1891); — OPPENHEIMER : 1 cas (*Arch. gén. de Méd.*, 1891, p. 337); — GUYON : 5 cas (*Ann. des org. génito-urinaires*, 1891); — SEGOND : 1 cas (Thèse de Arnould, 1891); — ARNOULD : 1 cas (Arnould, *Contribution à l'étude de l'hydronephrose*, thèse : exemplaire de la Faculté, n° 342, 1891); — GUILLET : 1 cas (thèse doctorat : *Des tumeurs malignes du rein*, 1888, p. 168); — HARTMANN : 2 cas (*Pathogénie de l'hydronephrose*; in *Gaz. hebd. de médecine et de chir.*, 28 nov. 1891, p. 571).

TAB
HYDRONÉPHROSES INT

1 Numéros d'ordre	2 OBSERVATEURS INDICATIONS BIBLIO- GRAPHIQUES	Données étiologiques				ÉTUDE CLINIQUE				
		3 Sexe	4 Age	5 Grossesses ou antérieures ou Antécédents	6 Côté mal.	7 ANTÉCÉDENTS ET DÉBUT	8 INTERVALLE DES ACCÈS	9 LES ACCÈS		
								9 Nombre	10 Début, causes	11 Acomé
71	TUFFIER (Congrès de Chirurgie) 1891	F.	"	"	"	"	Rein mobile.	"	"	Rein perçu dans les fausses côtes à l'ombilic, très notablement augmen- té de volume. Douleurs atroces
72	OPPENHEIMER (Arch. gén. de Méd.) 1891	F.	40	1 gros- sesse.	D.	Rhumatisme ar- ticulaire aigu. Accès douloureux périodiques depuis 8 ans. Douleurs à droite. (Lithiase bil- iaire supposée.)	Rein mobile net dans l'intervalle des crises.	Toutes les 4 se- maines environ.	Violente dou- leur cardialgi- que. Accès débu- tant souvent entre les ré- gles, parfois dus à la fati- gue.	Douleurs dont le maximum est dans l'hy- pochondre droit. Irradiation vers l'utérus et le dos. Nausées et vo- missements. Ventre très dou- loureux à l'examen. Tumeur à droite du volume d'un tête d'enfant. Quelques gouttes d'urine, épaissie foncée, sans albu- mine.
73	GUYON (Cas II). (Ann. d. m. d. Org. g. urin.) 1891	H.	"	"	"	"	Morphinomane. Rein mobile.	"	"	Pas de fièvre.
74 à 76	GUYON (Cas III, IV, V). (Idem) : 3 cas.	F ³ .	"	"	"	"	Dans les 3 cas : Rein mobile.	"	"	Pas de fièvre.
77	GUYON (Cas VI). (Idem.)	F.	35	4 gros- sesses; accouch- em. en 1881, 1882, 1884, 1887.	G.	Début des dou- leurs en février 1881, après 1 ^{er} ac- couch. Puis accès dou- loureux tous les 2 ou 4 mois. En 1885, appari- tion d'une tumeur dans le flanc gau- che. Disparition des crises et de la tu- meur pendant 4 ans, 1885-1889. Réapparition des accidents.	Rein mobile. Pas de troubles urinaires. Pas de graviers. Pas d'hématurie. Bon état géné- ral en dehors des accès. Jamais de fiè- vre.	Tous les 2 ou 3 mois.	Accès débu- tant souvent après une fati- gue prolongée (marche, sta- tion debout), à l'occasion d'un faux mouve- ment.	Douleurs, vives lancinantes, dou- brantes, dans le flanc gauche. Pâleur, anxiété, très vives. Vomissements. Tumeur lisse dure, sensible, et tuée en dehors de l'ombilic et à gauche, peu mo- bile, décollée du téral droit très pé- nible.
78	SEGOND (Arnould : Thèse) 1891	F.	25	"	D.	Il y a 2 ans : Pé- rimétrite. 6 mois après : Crises lom- baires à droite.	Pas de trou- bles urinaires no- tables en dehors des accidents.	Tous les 8 à 10 jours.	Début sans cause apprécia- ble.	Douleurs très vi- ves dans le flanc droit.

1. M. Arnould intitule cette observation (Thèse : Exemplaire de la Faculté, p. 87) : *Hydronephrose intermittente d'un rein*

AU II

ATTENTES (Observations non utilisées).

Fin 12	Durée 13	COMPLICATIONS Influence de la grossesse 14	DIA- GNOSTIC clinique 15	TRAITEMENT CHIRURGICAL				ANATOMIE PATHOLOGIQUE 20	REMARQUES 21
				PONCTIONS 16	NEPHRO- PEXIE 17	MASURPIA- LISATION de la poche FISTULE du bassin 18	NEPHREC- TOMIE 19		
réduction du par pression inclinaison bi- du thorax. surtout après (1200 d'urine en	"	"	Rein mo- bile et hydroné- phrose intermit- tente.	"	"	"	"	"	Hydroné- phrose inter- mittente. (Rein mobile.)
engorgement Urine en abon- dante : 4 litres limpide; pH : 1,009. disparition de tumeur en par-	Ordini- rement 24 heures; parfois plus jours.	"	Lithiase biliaire. Etranglement d'un rein mo- bile avec torsion du pédicule rénal.	"	"	"	"	"	Hydroné- phrose inter- mittente mé- connue. (Rein mobile.)
Urine limpide, septique.	"	"	Hydroné- phrose intermit- tente. Rein mobile.	"	Néphro- pexie, le 24 août 1891. Va bien.	"	"	"	Hydroné- phrose inter- mittente. (Rein mobile.)
Urine aseptique.	"	"	H. inter- mittente. Rein mobile.	"	"	"	"	"	Hydroné- phrose inter- mittente. (Rein mobile.) 3 cas.
Urine calmée par des injections de morphine. Urine toujours aséptique.	4 à 10 heures au plus.	Traitement orthopédique. Depuis fin 1889, pas d'ac- cidents; tout a cessé. Il y a eu une grossesse nor- male en 1890.	Au début : Lithiase rénale. Rein mobile et hydroné- phrose. Plus tard : Hydroné- phrose (rétention rénale aseptique) intermit- tente.	"	"	"	"	"	Hydroné- phrose inter- mittente. (Rein mobile.) Guéri- son.
Urine à la fin de la mission aséptique d'u-	20 à 30 heures.	Traitement orthopédique (ceinture). Pas d'amélioration.	Pas de diagnostic.	"	"	Néphro- tomie préalable	Puis Ex- tirpation du rein	Pas de calcul. Pas de tumeur. Rein pas mo- bile (1).	Hydroné- phrose interm. (Rein mobile probable) (?)

M. — Pourtant M. Segond insiste sur ce fait que pour lui le rein n'était pas mobile du tout.

1	Numéros d'ordre	Observateurs INDICATIONS BIBLIO- GRAPHIQUES	Données étiologiques				ÉTUDE CLINIQUE				
			3	4	5	6	7	8	LES ACCÈS		
									9	10	11
			Sexe	Age	Grossesses antérieures Antécédents	Coté mal.	ANTÉCÉDENTS ET DÉBUT	INTERVALLE DES ACCÈS	Nombre	Début, causes	Acmé
							<i>Tumeur dans le flanc droit. Au début crises très rapprochées : plusieurs par semaine.</i>	<i>Pas de rein mobile (?)</i>			<i>Tumeur dans flanc droit ne passant pas les fausses côtes.</i>
79		ARNOULD (Thèse) 1891	F.	"	"	"	<i>Opéré pour un rein mobile douloureux le 9 janv. 1889. Guérison pendant 14 mois. En mars 1890 : Douleurs. Rein redevenu mobile.</i>	<i>Endolorissement de la région atteinte entre les crises.</i>	Tous les 2 mois.	"	<i>Vives douleurs la fosse iliaque de la région lombaire. Tumeur volumineuse dans la même région. Anurie presque complète.</i>
80		SOCIN (Cas II). (Moser : <i>In. Diss. Bâle</i>) 1888 (1)	H.	25	"	G.	<i>Chute du haut d'un mur. Début rapide des accidents : Douleurs violentes dans les lombes; Urines sanglantes. Amélioration. Apparition subite d'une tumeur, UN MOIS APRÈS, dans le flanc gauche.</i>	<i>Pas de douleur. Urines sanguinolentes, parfois albumineuses, au-dessus de 1000 cmc.</i>	"	"	<i>Pas de crises douloureuses. Tumeur grosse, bien nettement immobilisée, dure. Urine 590 au lieu de 1200 environ.</i>
81		GUILLET (Thèse) 1888 (2)	H.	48	Hémoptysie il y a 20 ans. Nouvelle hémoptysie il y a un an. Pleurésie droite.	D.	<i>1^{re} hématurie il y a 7 ans sans cause appréciable; seconde 10 mois après. Elles se répètent désormais tous les 2 mois. Hémoptysies.</i>	<i>Tumeur de l'hypocondre droit.</i>	On a constaté au moins deux fois l'évacuation.	"	<i>Tumeur de l'hypocondre droit volumineuse, se divisant en deux lobes égaux; une scissure profonde; partie terminale plus ferme.</i>
82		HARTMANN (Cas I). (<i>Gaz. hebdomadaire de Méd. et de Chir.</i>) 1891 (3)	F.	Agée	"	D.	<i>Pertes roussâtres entre les règles.</i>	<i>Cancer du col de l'utérus. Ayant envahi le ligament large droit.</i>	On a constaté au moins deux fois l'évacuation.	"	<i>Douleurs fortes dans la fosse iliaque droite. Tumeur hypertrophique à gauche.</i>
83		HARTMANN (Cas II). (<i>Id.</i>) 1891	F.	"	"	"	"	<i>Tumeur plongeant dans l'excavation, appréciable au toucher, mobile.</i>	"	"	<i>Tumeur jaunie, mobile. Plusieurs accès au début.</i>

1. Nous rapportons ce cas à titre documentaire, quoiqu'il ne s'agisse pas là d'un fait bien net au point de vue de l'intermittence; c'est plutôt un cas d'hydronéphrose passagère, aiguë en quelque sorte, avec très légères variations à un moment donné.

II. — BIBLIOGRAPHIE

I. — Articles originaux.

1. Nicolai Tulp*i Amstelredamensis observationes medicæ*. Editio nova. Amsterdam, 1675, chap. XLIII, liv. II, p. 163. (Une observation.) — Résumé in : Fr. Boissier de Sauvages. *Nosologica methodica*. De Tournes, Amst., 1773, t. III, 2^e partie, volume 5, p. 373 (au chapitre *Ischuria Ischuriæ renales*, sous la désignation d'*Ischuria Lunatica*).
2. James Johson. *Singular case of abdominal diseases simulating Hydro-ovarium, with the appearances on dissection*; in *The medico-chirurgical Journal and Review*, vol. II, juillet 1816, p. 10. — Voir aussi : *Medical and chirurgical Journal*, n^o 11, 1816, p. 3-10. (Une observation.) — An. in Landau (*Wanderniere der Frauen*, p. 67).
3. Charles-H. Hare. *Series of cases illustrative of diseases of the abdomen and specially of the diagnosis and treatment of abdominal tumours and intumescence (Hydronephrosis)*; in *The medical Times and Gazette*, 10 janvier 1857, p. 29; 7 mars 1857, p. 223; 14 mars 1857, p. 259, volume XXXV, Londres (3 figures). (Une longue observation.) — An. in H. Morris (mémoire de 1876) et in Landau (*Die Wanderniere der Frauen*, 1881, p. 65).
4. Henry Thompson. *Enormous sac connected with the kidney recognised as such during life and repeatedly amplied by tapping*. Communication à la Soc. Path. de Londres à la place de M. Joseph Thompson, le 5 novembre 1861; in *Transactions of the Pathological Society of London*, vol. XIII (session de 1861-62), 1862, p. 128. (Une observation.) — An. in H. Morris (mémoire de 1876); citée par Simon (*Chir. der Niere*, p. 275, Tableau, n^o 8); an. in *Arch. f. klin. Chir.*, p. 329, t. V, 1864, 2^e partie.
5. Thomas Hillier (Londres). *Congenital Hydronephrosis in a boy four years old; repeatedly tapped, recovery*. Communication à la séance du 14 mars 1865; in *Medico-chirurgical Transactions published of the Royal med. and surg. Soc. of London*, 1865¹, p. 73, vol. XLVIII. (Deux observations.) — An. in Morris et in Landau (*loc. cit.*), et in *Arch. f. klin. Chir.*, p. 701, t. VIII, 1867.
6. P. Wilse. *Et Tillfælde of « temporär » Hydronephrose*; in *Norsk Magazin for Lægevidenskaben Ferhandlinger*, 1873², p. 142. — An. in *Canstatt*, 1875, Band II, p. 275, au dire de Landau (nous n'avons pu retrouver cette analyse dans la publication en question), et in L. Landau (*Die Wanderniere der Frauen*, Berlin, 1881, p. 65, d'après le *Canstatt*). (Une observation.)

1. Et non en 1856, comme on l'a écrit.

2. Et non 1871, comme on l'a indiqué.

7. Cole (Thomas). *On a case of intermitting Hydronephrosis*; in *British medical Journal*, 26 septembre 1874, ii, p. 401. (Une observation.) — An. in Morris (mémoire de 1876) avec détails complémentaires à voir.
8. Desnos et Barié. *Des difficultés de diagnostic que peuvent soulever certaines tumeurs de l'abdomen à apparition intermittente en rapport avec la menstruation; Rein mobile*; in *Annales de Gynéc.*, février 1876, V, p. 99-103. (Une observation d'hydronephrose méconnue.) — Cité in *Nouv. Dict. de méd. prat.*, 1882, p. 70, t. XXXI, article *Rein*.
9. Morris (H.). *On a case of intermitting hydronephrosis with some remarks on hydronephrosis as a cause of abdominal Tumours*. Communication à la *Roy. med. and Surg. Soc. of London*; in *Medico-Chir. Transactions*, Londres, 1876, LIX, p. 227-269. (3 obs. : Morris, Bryant, Fagge.) — Analysée in *Brit. med. Journ.*, 29 avril 1876, i, p. 537; et *Obst. J. Gr. Brit.*, Londres, 1876-77, IV, p. 267-270.
10. Smith (Th.). Discussion à la suite de la communication de H. Morris à la *Roy. Med. and Surg. Soc. de Londres*; an. in *Brit. med. Journal*, i, 29 avril 1876, p. 537 (3 obs.).
11. Hare. *Idem*; in *Idem* (2 observations nouvelles; rappel du cas I, 1857). (Voir aussi H. Morris, *loc. cit.*)
12. Eger (Jun.). *Ueber eine eigenthümliche Verbindung von Wanderniere mit Hydronephrose*; in *Berliner Klinische Wochenschr.*, n° 28¹, p. 404-406, 10 juillet 1876. (Une observ.) — Voyez aussi : *Jahresber. d. Schles. Gesellschaft f. Vaterl. Cult.*, Breslau, 1876, liii, p. 209. — An. in Landau (*Wanderniere der Frauen*, p. 100), qui a eu l'occasion d'examiner cette malade à Breslau (à voir).
13. W. Marrant Baker (Londres). *Diseases of the Kidney which require surgical operation, illustrated by three cases*; in *Transactions of the international medical Congress of London* (7^e session), 29 août 1881, p. 262, t. II, 1881. (Voir cas II : *A case of nephrotomy*, p. 264.) (Une observation méconnue.)
14. Lloyd (Jordan). *Practical observations in Kidney Surgery*. Communication au *Birmingham and Midland Counties of the Brit. Med. Ass.*, le 11 novembre 1886; in *the Birmingham medical Review*, vol. XX, décembre 1886, p. 262 (Tableau). (3 obs. citées par Newmann, *loc. cit.*, p. 156.)
15. Walter Fell. *Successful case of extirpation of the Kidney for Hydronephrosis*; in *Brit. med. Journal*, 14 janvier 1888, p. 73. (Une observation d'Hydronephrose intermittente méconnue.)
16. Thiriart. *Considérations pratiques sur les affections chirurgicales du rein et la néphrectomie*; in *Revue de Chir.*, 1888, janvier et février, p. 105. (Une observation.)
17. Lancereaux. *Lithiase rénale. Effets et complications (Coliques, anurie, Hydronephrose, néphrite, etc.)*; in *Union médicale*, 5 juin 1888, n° 70, p. 849. (6 observations.)
18. Landau (Léopold). *Ueber intermittirende Hydronephrose*. Communication à la *Berliner med. Gesellsch.*, le 17 octobre 1888; in *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 47 et 48, p. 941 et 968, 19 novembre et 26 novembre 1888; et tirage à part. (4 observations.) — Analysée in *Semaine médicale*, n° 43, 24 octobre 1888, p. 409; in *Progrès médical*, n° 47, 24 novembre 1888, p. 439; in *Bulletin médical*, n° 88, p. 401, 24 octobre 1888; in *Ann. des mal. des org. gén. urin.*, p. 805, 1888; in *British med. Journal*, 1888, 15 décembre, p. 1350. — Voir aussi : *Münch. Med. Woch.*, 1888, p. 749. — Mémoire le plus complet et le meilleur (4 observations²).
19. Israël (J.). Discussion de la communication de Landau à la *Berl. Med. Gesellsch.*, le 24 octobre 1888; in *Berliner Klinische Wochenschrift*, p. 935, n° 46, 12 novembre 1888. — Analysée in *Semaine médicale*, n° 44, 31 octobre 1888, p. 418; in *Bulletin médical*, 28 octobre 1888, n° 86, p. 1421. (Une observation.)

1. Et non n° 23, comme on l'a imprimé.

2. La première observation de Landau a été publiée aussi in *Arch. f. klin. Chir.*, Berlin, 1881, XXVI, p. 776-780 (à cette époque l'hydronephrose intermittente avait à peine attiré son attention), et in *Wanderniere der Frauen*, *loc. cit.*, p. 96. (Une figure.)

20. Fürbringer. Même discussion : in *Idem*, p. 937. — Analysée in *Semaine médicale*, n° 44, 31 octobre 1888, p. 418; in *Bull. médical*, 29 octobre 1888, n° 86, p. 1421. (Trois observations.)
21. Landau (L.). Guttman. Küster. *Idem*; in *Idem*, p. 917. — Analysée in *Sem. méd.*, n° 44, 31 octobre 1888, p. 418; in *Bull. méd.*, 29 octobre 1888, p. 1421.
22. Fr. W. Rockwell (Brooklyn). *A case of renal calculus and Hydronephrose; exploratory lumbar incision and final passage of concretion per urethram*; in *New-York medical Journal*, 17 novembre 1888, p. 546, t. XLVIII. (Une observation.)
23. A. Socin (Bâle). *Eine Nephrectomie bei einseitig erkrankter Hufeisenniere*; in *Beiträge zur klin. Chir.*, Band IV, H. I, p. 197, 1888; et tirage à part. — Analysée in *Annales des mal. des org. génito-urinaires*, par E. Vignard, 1887, p. 345. (Une observ. d'hyd. interm. méconnue.)
24. Eugen Cohn. *Vorstellung eines seltenen Falles von Hydronephrosen*. Présentation à la *Freie Vereinigung der Chirurgen Berlin's*, séance du 30 décembre 1888. — Analysée in *Berlin. klin. Woch.*, p. 39, n° 2, 14 janvier 1889. (Une obs. de Hahn : Hydr. int.)
25. Kappe (Pernau, Livland). *Ueber intermittirende Hydronephrose*; in *Berliner klin. Wochenschrift*, 28 janvier 1889, p. 71, n° 4. (Une observation.)
26. R.-H.-A. Hunter. *Hydronephrosis relieved by position*; in *The Brit. med. Journal*, 1^{re} partie, p. 469, 2 mars 1889. (Une observ. méconnue.)
27. Köhler (A.). *Intermittirende Hydronephrose. Anlegung einer Nieren-Beckenfistel*; in *Charité-Annalen*, 1889, t. XIV, p. 595. (Communication à la *Gesells. der Charité-Annalen in Berlin*, le 8 novembre 1888.) (Une observation.) — Citation in *Berlin klin Woch.*, 1889, n° 25, 24 juin, p. 576.
28. F. Guyon. *Note sur deux cas de néphrorrhaphie*; in *Bull. de l'Acad. de médecine*, t. XXI, 1889, p. 239. Communication à la séance du 19 février. (Une observation, p. 245.)
29. H. Lindner. *Ueber Wanderniere*; in *Munch med. Woch.*, n°s 15 et 16, 15 et 22 avril 1890, p. 264 et 285. (Une observation, p. 266 et 267.) — An. in *Ann. Ost. e Gin.*, 4 avril 1891.
30. H. Braun (Marbourg). *Pyo- und Hydronephrosen*. Communication au Congrès de Chirurgie de Berlin; in *Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, Berlin, 1890, 19^e congrès du 9-12 avril, Hirschwald, 2^e partie, p. 122. — Voir aussi in *Arch. f. klin. Chir.*, p. 932, t. XXX, 1890, le même article. (Une observation.) — Cette observation avait déjà été publiée dès 1885 : Voir Braun. *Ueber die Indikationem zur Nephrektomie*; in *Correspondenzblatt des allgem. ärztlichen Vereins von Thüringen*, 1885, n° 11.
31. Hahn (Berlin). *Citation de l'observation rapportée par Cohn*. Discussion à la suite de la communication de Braun : in *Vershandl. d. d. Gesellsch. für Chir.*, 1890, 1^{re} partie, p. 114.
32. A. Köhler. *Bericht über die chirurgische des Geheimraths Bardeleben für die Zeit vom 1 Januar 1888 bis 1 April 1888*; in *Charité-Annalen*, xv^e année, 1890, p. 393. (Fin de l'observation précédemment citée en 1889, p. 455.) — An. in *C. f. Chir.*, n° 7, 14 février 1891, p. 139.
33. K. Zawisza. *Kilka uwag zpowodu spostrzeganych 3 przypadkow tak zwanej wodney puchliny nerek przepuszczajacej* (Quelques remarques relatives à 3 cas observés d'Hydronephrose passagère); in *Medycyna*, n°s 1 et 2, t. XIX, Varsovie, 21 et 29 décembre 1890 = 3 et 10 janvier 1891, p. 1 et 17, 1871. (3 observations.) — An. in *C. f. Chir.* par Trzebicky (Cracovie), n° 20, p. 407, 16 mai 1891 (à voir).
34. Ryerson Fowler (Georges). *Report of five cases nephrectomy*. Communication à la *Brooklyn surgical Society*, le 28 novembre 1890; in *the New-York Medical Journal*, p. 215, 21 février 1891. (2 observations.)

II. — Ouvrages didactiques.

35. Schönlein. *Allgemeine und specielle Pathologie und Therapie*, Band III, p. 274, Wurtzbourg, 1832. (Cité par Landau, *loc. cit.*, 1881.)
36. P. Rayer. *Traité des maladies des reins*, t. III, 1841, Baillière, Paris, p. 485. (Mention du cas de Tulpius.)
37. S. Rosenstein. *Traité pratique des maladies des reins*. Traduction française sur la 2^e édition allemande par F. Labadie-Lagrave et E. Bottentuit, Paris, 1876; in art. *Hydronephrose*, p. 468. — Voir aussi une des dernières éditions allemandes : *Die Pathologie und Therapie der Nierenkrankheiten*. Berlin, 3^e édition, 1886, p. 192. (Une observation.)
38. S. Simon. *Chirurgie der Nieren*. Erlangen, 1878. Voir 2^e partie, Stuttgart, 1876, p. 210.
39. M. Lécorché. *Traité des maladies des reins et des altérations pathologiques de l'urine*, Paris, 1875; art. *Hydronephrose*, p. 624 (voir p. 638).
40. Jos. Englisch. *Ueber primäre Hydronephrosis*; in *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, t. XI, 1879, p. 69 et 252 (voir p. 261-263). — Voir aussi article *Hydronephrosis*; in *Eulenburg's Real-Encyclopædie der gesammten Heilkunde*, t. IX, p. 689 (voir p. 693).
41. L. Landau. *Die Wanderniere der Frauen*. Berlin, 1881. Hirschwald, p. 66 et suivantes.
42. Krakauer. *Hydronephrose*. Inaug. Dissert., Berlin, 5 mars 1881, O. Frank, p. 43.
43. W. Bruce Clarke. *The diagnosis and treatment of diseases of the kidney amenable to direct surgical interference*. Londres, 1885, Lewis, p. 73.
44. Labadie-Lagrave. *Nouveau Dictionnaire de Méd. et de Chir. prat.*; in art. *Reins* (Hydronephrose), p. 49, T. XXXI, 1882.
45. Follin et Duplay. *Traité élémentaire de Pathologie externe*, T. VI, p. 624, 1883.
46. Roberts (Manchester). *A practical treatise on urinary and renal Diseases*, 4^e édit., 1885, revue par Robert Maguire.
47. H. Morris, *Surgical Diseases of the Kidney*, Londres, 1885; in *Hydronephrosis*, p. 314, Ch. XXI (deux observations nouvelles citées).
48. H. Morris. *Encyclopédie internationale de Chirurgie*, T. VI, p. 435 (simple mention).
49. E. L. Keyes. *The surgical diseases of the genito-urinary including Syphilis*. Londres, 1888; in *Hydronephrosis*, p. 339.
50. David Newmann. *On the Diseases of the kidney amenable the surgical treatment*. Londres et New-York, 1888, p. 24, 40 à 54, 103, 109 à 111, 120 à 122 (Très important : 5 observations, etc.); in Chapitres *Hydronephrose et Reins mobiles*.
51. H. Lindner. *Ueber die Wanderniere der Frauen*. Berlin et Neuwied, 1888, Hensler, p. 48 (citation d'une observation, p. 20).
52. A. Le Dentu. *Affections chirurgicales des Reins, des Uretères et des Capsules surrénales*. Paris, Masson, 1889; in *Hydronephrose*, Ch. VI, passim; plus spécialement, p. 422 et 443 (à voir 2 obs. de Pyom. interm., p. 284).
53. Fr. Kœnig. *Traité de Pathologie chirurgicale spéciale*. Traduction française par Comte. Lecrosnier, Paris, 1889, T. II, 1 fasc., p. 245 (mention d'une observation).
54. Paul Fürbringer. *Die inneren Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane für Aerzte und Studierende*. Berlin, Fr. Wredin, 1890, p. 290 (à voir).
55. E. Desnos. *Traité élémentaire des maladies des voies urinaires*. O. Doin, 1890, in Chap. *Hydronephrose*, Chap. VIII, 4^e p., p. 830, et Ch. XII, 4^e p., p. 859.
56. J.-M. Lavaux. *Leçons pratiques sur les maladies des voies urinaires*. Paris, 1890, p. 338, T. III.
57. F. Legueu. *Des calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical*. Thèse, Paris, 1891.

III. — Articles non utilisés.

(En général postérieurs à la rédaction de ce travail.)

58. Tuffier. *Résultats éloignés de la néphrorrhaphie pour rein mobile*; in *Congrès français de Chirurgie*, 5^e session, avril 1891, Paris, p. 377. (Une observation.)

59. Gaillard. *Deux cas de polyurie périodique*. Analyse de la communication d'Oppenheimer à la *Soc. méd. de Francfort* en 1890; in *Arch. gén. de Médecine*, septembre 1891, p. 337. (Au moins une observation; un cas douteux.)

60. Guyon. *Des rétentions rénales*; in *Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, septembre 1891, p. 605 (citation de 4 observations). *Leçon très importante* (étude des symptômes). — *Rétention rénale aseptique intermittente* (hydronéphrose); *Guérison par mataxation et fixation orthopédique*; in *Idem*, p. 653. (Une longue observation [cas VI de Guyon].)

61. Ed. Arnould. *Contribution à l'étude de l'hydronéphrose*. Thèse de Paris, n° 342 (exemplaire de la Faculté), p. 87. (Deux observations inédites : Segond, Arnould.) Voir, dans le Chap. V (p. 65) et le Chap. VII (p. 111), ce qui a trait à l'hydronéphrose intermittente.

62. Ernst Moser. *Ueber Hydronephrose in Folge subcutaner Nierenverletzung*. Inaug. Dissert., Basel, 1888, Reinhardt. (Une observation de M. le P^r Socin, p. 32.)

63. Guillet (Caen). *Des tumeurs malignes du rein*. Thèse, Paris, 1888, p. 168. (Une observation.)

64. Hartmann. *Pathogénie de l'Hydronéphrose*; in *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 28 novembre 1891, p. 571. (Deux observations.)



III. — OBSERVATIONS

I^{re} SÉRIE.

Observations utilisées ¹.

Observation II ².

JOHNSON (Traduction résumée) ³.

Hydronéphrose droite avec évacuation brusque. — Autopsie.

HISTOIRE CLINIQUE. — Mme B..., âgée de quarante ans, femme de matelot, est visitée le 6 mai 1816 par Johnson.

Antécédents. — La maladie qu'elle présente remonte probablement à une époque assez éloignée. Mme B... assure, en tous cas, que depuis deux ans elle souffre, tantôt plus, tantôt moins, du côté droit de l'abdomen.

Avant sa dernière grossesse, elle n'a jamais présenté de tumeur dans l'abdomen; mais, pendant les quatre ou cinq mois d'une *grossesse* précédente, elle a ressenti une douleur plus intense que d'habitude du côté droit. Cette douleur diminua beaucoup après l'accouchement.

Les règles ont toujours été très régulières. Il n'en a pas été ainsi pour les fonctions urinaires. Depuis deux ans, les urines sont tantôt peu abondantes et très colorées, tantôt plus abondantes et d'apparence laiteuse.

Quand la malade rendait cette grande quantité d'urine laiteuse, elle était plus calme; elle souffrait beaucoup au contraire quand les urines étaient rares.

1. Les observations *inédites* se trouvent dans le texte même de ce travail.
2. L'Observation I a été publiée *in extenso* dans le texte même de ce travail. Voir page 13.
3. Johnson. *Loco. cit.*

Etat actuel. — Cette femme était enceinte de huit mois à l'époque où Johnson l'examina.

Depuis trois mois les *douleurs* étaient continuelles et allaient en augmentant progressivement d'intensité ; depuis trois mois aussi, les urines étaient rares.

Le 6 mai, elle se plaignait d'une douleur violente, continue, siégeant dans le côté droit de l'abdomen et s'étendant de l'ombilic à la colonne vertébrale, de l'aîne aux côtes flottantes. Les urines étaient peu abondantes, très colorées, le pouls fréquent, la langue sèche, la peau chaude.

En examinant le ventre, on constata qu'il était très volumineux ; chose plus étrange, il y avait une sorte de sillon, allant de l'épigastre au pubis et de chaque côté on nota l'existence d'une *tumeur* abdominale.

Les deux côtés offraient, à peu près, le même aspect ; mais, à droite, la tumeur était plus régulière, plus élastique ¹ ; la pression de ce côté causait une vive douleur.

Marche clinique. — Du 6 au 10 mai, vésicatoires, saignée, diurétiques, etc.

Le 10, le travail commença avant terme.

Le 11, à quatre heures, *accouchement* d'un enfant mâle, vivant. Après la délivrance, Mme B. affirma qu'elle ne souffrait plus et l'on porta le diagnostic de *kyste de l'ovaire*. Le 12, à la vue, le côté droit a diminué de volume légèrement. Mais, en déprimant du côté gauche, on découvre une grosse tumeur, d'un diamètre de sept à huit pouces, à surface parfaitement lisse, fluctuante (?), douloureuse à la pression.

Bientôt les symptômes redevinrent graves, quoique moins sérieux qu'avant l'accouchement : fièvre, diarrhée, incontinence d'urine, etc.

On diagnostiqua encore un kyste de l'ovaire ou plutôt une hydropisie ovarienne, pour être tout à fait exact.

Dans la nuit du 19 mai, tout à coup, survint un phénomène curieux, et le 20 au matin on trouva le *lit de la malade complètement inondé* par un liquide d'apparence laiteuse. Il y en avait même jusque sur le plancher, à travers lequel le liquide filtra. La malade n'avait pas eu conscience de cette *évacuation*, qui s'était produite pendant le sommeil, spontanément. Ce liquide était identique à l'urine laiteuse que la malade rendait auparavant. Or, à l'examen du ventre, on constata que la tumeur avait disparu presque totalement (il persistait cependant un peu de fluctuation) ; les douleurs étaient moins fortes ; et les urines étaient rendues en grande abondance.

Malgré ce changement brusque dans l'état local, l'état général s'aggrava. Au bout de quatre jours, le 25 mai, la mort survint, la malade ayant continué à rendre beaucoup d'urine et l'abdomen étant devenu aussi flasque que s'il n'y avait jamais eu de tumeur.

1. La tumeur de gauche n'était probablement que l'utérus gravide. (N. d. Tr.)

AUTOPSIE. — Le 25 mai 1816, elle fut exécutée, huit heures après le décès, dans des circonstances très spéciales, et partant la relation en est forcément incomplète.

De l'angle du côlon ascendant se dégage une *poche* immense qui remplit la fosse iliaque *droite* et va du foie à l'aine. Organes génitaux sains (ovaires, trompes, utérus). La poche adhérait à toutes les parties voisines; pas de trace d'inflammation récente. L'uretère droit était *tortueux* et dilaté inégalement; il était distendu par du liquide. En le pressant, on pouvait faire refluer son contenu dans la vessie; mais de suite il s'emplissait de liquide descendant de la poche.

On ouvrit le sac; il en sortit un liquide blanchâtre, analogue à celui que la malade avait rendu par l'urèthre. Le sac hydronéphrotique contenait encore, lorsqu'il fut incisé, 3 pintes de liquide. Dans la vessie, il y en avait aussi. La capacité du bassin dilaté devait être de 5 à 6 quarts de liquide ¹. Dans la poche, il n'y avait pas trace d'inflammation récente ou ancienne ².

Observation III.

HARE (Cas I) (Résumé d'une traduction in extenso) ³.

Hydronéphrose intermittente droite. — *Hydronéphrose intermittente gauche.* — *Urémie.* — *Autopsie.*

HISTOIRE CLINIQUE. — Mme M..., âgée de trente-huit ans, entre à l'University College Hospital en décembre 1854. C'est une femme de taille moyenne, un peu amaigrie, bien portante il y a quelque temps, très intelligente ⁴. Le 3 janvier 1855, elle ne présente pas d'œdème, mais son teint est un peu pâle, foncé, non jaunâtre.

Antécédents. — Elle a été domestique et s'est mariée à trente ans. Pas d'enfants. Pas d'antécédents héréditaires. D'une santé délicate pendant son enfance, elle a eu la rougeole. Pas de scarlatine.

Début. — C'est vers l'âge de douze ans qu'elle commença à souffrir dans la région lombaire *gauche*. La douleur était tantôt légère, tantôt assez vive; elle cessait pendant le sommeil. Cela dura jusque vers dix-huit ans; mais, dès l'âge de seize ans, un médecin, qui examina son ventre à travers ses vêtements, avait déclaré qu'elle avait une *tumeur*

1. Il n'y avait pas d'hydronéphrose *double*, comme l'a indiqué par erreur L. Landau (*Wandermiere der Frauen*, p. 67), ou du moins il n'en est pas fait mention dans l'observation que nous avons traduite *in extenso*.

2. Remarque faite au cours de la discussion de ce cas par Johnson lui-même.

3. Hare. *Loc. cit.* (Mémoire de 1857.) — Nous avons rapporté très longuement cette belle et unique observation, parce qu'elle est très complète et parce qu'elle a été extrêmement bien prise; inutile d'ajouter qu'elle présente un intérêt tout particulier en raison de la bilatéralité des lésions et de la date à laquelle elle remonte.

4. Cela est dit plus loin dans le texte anglais.

de la rate. C'est vers l'âge de vingt-huit ans qu'elle commença à souffrir du côté droit de l'abdomen. Cette douleur, qui revenait de temps en temps, disparut une fois pendant douze mois; elle était vive, mais n'était point accompagnée de frissons; elle se propageait vers l'aîne droite, ce qui empêchait la malade de remuer le membre inférieur de ce côté. Les crises douloureuses duraient parfois vingt-quatre heures et l'obligeaient à se mettre au lit.

Depuis juin 1854, les crises se succédèrent plus rapidement. De juin en janvier, il y en eut 4 ou 5, dont 2 en décembre. En dehors des crises elle ressentait très souvent des douleurs dans le dos.

Voici comment se passait d'ordinaire une crise; une sensation d'engourdissement ou une douleur sourde se faisait sentir dans le côté droit de l'abdomen, entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilic. En posant la main à cet endroit, la malade sentait une *masse dure*, résistante, un peu sensible à la pression. En une heure ou deux, la douleur gagnait le côté droit et devenait très violente; dans les lombes, elle était plus vive qu'au point où elle avait commencé. Elle n'avait pas les caractères de la sensation due à une piqûre; c'était plutôt une sensation de tiraillement; elle ne s'irradiait pas du côté gauche de l'abdomen.

Quand elle devenait si intense, la malade constatait la présence d'une *grosseur*, immédiatement sous les cartilages costaux droits, un peu en dehors de la ligne mammaire. La tumeur paraissait, au palper, constituée par *deux grosseurs* distinctes. La crise se terminait parfois en *diminuant petit à petit* d'intensité, habituellement au bout de vingt-quatre heures ou à peu près; mais le plus souvent, elle cessait *subitement*. — Dans les deux cas, l'amélioration coïncidait avec l'évacuation d'une grande quantité d'urine.

La malade affirme que parfois la grosseur persistait après la diminution ou la disparition de la tumeur; mais, même dans ces cas, elle disparaissait complètement en un jour ou à peu près, ou bien diminuait peu à peu, de telle sorte que bientôt elle n'était plus appréciable.

Quand les crises survenaient l'après-midi, la miction avait lieu généralement la nuit suivante. L'urine était toujours très claire et jamais on n'avait remarqué qu'elle devint trouble, même lorsque, comme dans ces dernières années, elle eut plusieurs refroidissements. Jamais les urines n'avaient contenu de sang.

Etat actuel (en janvier 1855). — Quand M. Hare vit cette malade, elle n'avait pas de crise, mais ressentait souvent de vives douleurs dans le côté droit. En examinant l'abdomen, il trouva que les parois abdominales étaient flasques; pas de maigreur extraordinaire, mais le pannicule adipeux est peu développé à ce niveau. Pas de différence apparente pour les deux côtés du ventre, au cours des mouvements respiratoires, sauf à la fin de l'expiration; le côté droit semblait alors un peu moins déprimé que le gauche et la région lombaire présentait une saillie appréciable. A la percussion, résonance dans tout l'abdomen; matité prononcée dans la largeur d'un doigt ou un peu plus au-dessous des

cartilages costaux droits. Dans la région lombaire droite, matité en arrière jusqu'à la colonne vertébrale et en avant dans toute la partie externe. Les limites de cette matité n'étaient pas nettes; le son, de sourd qu'il était, devenait graduellement retentissant, comme dans le reste de l'abdomen. Au palper, on constatait qu'il y avait une masse résistante, un peu dure, qui occupait la partie mate à la percussion. Son bord antérieur, un peu convexe, qui s'étendait des cartilages costaux (ligne du bord antérieur de l'aisselle) vers la crête iliaque, était recouvert par l'intestin. Il n'y avait *pas trace de fluctuation* dans la tumeur; elle était *un peu mobile*, quand on appuyait avec la main sur la partie postérieure ou latérale de la région lombaire ¹.

Aucune tumeur n'était visible dans la région correspondante du côté gauche, ni ailleurs, de sorte qu'on ne trouvait pas trace de la seconde grosseur que la malade disait parfois sentir dans ses crises les plus violentes.

Evolution de la maladie. — A la suite du traitement institué, les douleurs diminuèrent; mais en août 1855 elle souffrit à nouveau. On l'envoya dans un asile de convalescents. Là, elle se sentit mieux quelque temps. Le 6 septembre, tout à coup, vives douleurs dans le côté droit, au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. En ce point, ballonnement de l'abdomen qui augmenta peu à peu et M. le Dr Mott constata l'état suivant : Grosse tumeur dure, occupant l'espace situé entre la crête iliaque et l'ombilic, semblable, dit la malade, à celles qui s'étaient montrées déjà à diverses reprises et qui avaient disparu.

Le 11 septembre, la malade commença à souffrir du *côté gauche* et une tumeur, semblable à celle du côté droit, mais moins grosse et moins dure, apparut *dans l'hypocondre gauche*. Le lendemain, elle retourna chez elle et souffrit beaucoup pendant son transport en voiture. Elle ne pouvait presque pas se servir de la jambe droite, à cause de l'intensité des douleurs que tout mouvement des membres provoquait du côté de l'abdomen. Séjour au lit d'une quinzaine; pendant le séjour à l'asile et une semaine et même un peu plus après son retour chez elle, elle urina fort peu. Mais tout d'un coup, elle évacua une grande quantité d'urine et fut immédiatement soulagée; puis la tumeur du côté droit disparut presque complètement.

Le 16 octobre, M. Hare revit cette femme. A l'examen du ventre, il trouva une différence notable avec ce qu'il avait constaté en janvier. La moitié gauche du ventre était maintenant plus grosse et plus proéminente que la droite, surtout en dehors et en arrière, dans l'hypocondre et même dans la région épigastrique gauche. Il y avait dans ces régions une grande zone de matité ou plutôt de submatité. Le reste de l'abdomen était sonore, sauf en un point, résistant, tout près et au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Cette dernière grosseur occupait moins d'espace transversalement que lors du pre-

1. Voir la figure dans Hare, *loc. cit.*

mier examen, mais son diamètre vertical avait peu changé. La tumeur du côté gauche, un peu ovale, ou presque circulaire, s'étendait en haut jusqu'aux fausses côtes : en dedans, jusqu'à l'ombilic. On la voyait, que la malade fût debout ou couchée; les intestins recouvraient et masquaient une partie de sa circonférence. Elle semblait s'engager dans la partie postérieure de l'hypocondre, mais cette partie de la tumeur était d'une appréciation difficile¹. Elle avait un certain degré d'élasticité et de sensibilité. Les urines étaient claires, l'intestin libre. P. 92.

Le 6 novembre, encore quelques douleurs, surtout à droite. La tumeur de droite n'a pas reparu; seule, celle de gauche persiste avec les mêmes caractères.

Pendant huit mois, amélioration réelle, malgré la persistance des douleurs lombaires, et la tumeur rénale gauche disparut. En juin 1856, nouvelle crise douloureuse. Réapparition de la tumeur gauche d'une façon aussi brusque qu'auparavant.

A la fin de juillet, trois mois avant sa mort, nouvelle crise observée par M. Bradfoort. A cette époque, aucune tumeur sensible dans le côté gauche de l'abdomen, tandis que maintenant il y en avait une considérable à droite, s'étendant jusqu'à la ligne médiane et même au delà. M. Bradfoort confirme les renseignements fournis jadis par la malade : en appliquant la main sur le ventre, il a constaté nettement la présence de deux tumeurs à droite, une près des cartilages costaux, l'autre près de l'ombilic, ou au moins d'une seule séparée au milieu par une dépression très nette, en forme de sablier.

Cette crise cessa tout à coup, après le phénomène habituel, c'est-à-dire une miction très abondante : la malade urina un plein vase de nuit. Alors la tumeur n'avait plus que le volume d'une orange.

Le 2 octobre, nouvelle crise qui cessa soudain le 13. L'urine, évacuée à ce moment, présentait des aspects tout différents de celui des mictions des crises précédentes. Elle était noire, comme du marc de café. Bien qu'il ne l'examinât pas au microscope, M. Bradfoort ne douta pas qu'elle ne contint du sang. Auparavant, l'urine analysée n'avait pas donné d'albumine. Cette fois, comme toujours, pendant la crise et l'augmentation de la tumeur abdominale, la malade avait peu uriné, quelques cuillerées à bouche par jour; et même parfois elle resta un ou deux jours sans uriner.

Nouvelle crise encore le 22 octobre. Vomissements abondants cette fois; à deux ou trois reprises, M. Bradfoort croit voir apparaître sur la peau une teinte jaune.

Pendant les deux ou trois derniers jours de sa vie, la malade eut des vomissements très fréquents; elle présenta des alternatives d'assoupissement et de délire léger. Le 2 novembre, légères convulsions (mouvements du nez, serremments des mains, déviation des commis-

1. Voir la figure dans Hare, *loc. cit.*

sures buccales), à cinq ou six reprises. Elle ne perdit jamais connaissance jusqu'à sa mort, qui eut lieu le 6 novembre. Pendant la dernière crise, l'urine ne dépassa pas une once ou deux en vingt-quatre heures; pendant quelques jours, il y eut une anurie complète. La tumeur du côté droit de l'abdomen était très volumineuse, tandis qu'on ne découvrirait pas trace de tumeur à gauche.

AUTOPSIE. — Elle fut faite cinq jours après la mort.

L'hypocondre droit, dans sa partie externe et antérieure, est plus proéminent à droite qu'à gauche. On y trouve une tumeur considérable et un peu résistante.

A l'ouverture du thorax : poumon droit un peu congestionné en arrière; poumon gauche adhérent fortement à la plèvre sur une grande étendue (anciennes adhérences). Pas de tubercules. Cœur sain.

L'abdomen ouvert, on trouve le *côté droit* occupé par une tumeur presque globuleuse, qui s'étend exactement jusqu'à la ligne médiane, un peu plus haut que les derniers cartilages costaux, et descend jusqu'au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. Une petite portion de son extrémité supérieure est recouverte par le bord mince du foie sur une étendue d'un peu plus d'un pouce. Plus bas, refoulé vers la ligne médiane, se trouve l'angle du côlon, au-dessus duquel le côlon se replie considérablement et monte alors perpendiculairement à gauche de la ligne médiane. Le côlon adhère en partie au côté gauche de la tumeur, ainsi qu'une portion de l'intestin grêle. Une autre partie de cet intestin adhérait avec le même côté de la tumeur, qui était aussi relié par des fausses membranes à l'artère iliaque droite.

Le foie avait à peu près son volume normal; mais son bord inférieur, mince, faisait un peu saillie sous les cartilages costaux; il adhérait par sa face supérieure au diaphragme et par sa face inférieure à la partie supérieure de la tumeur rénale.

Cette tumeur fut enlevée avec tout l'uretère. Elle mesurait 6 pouces $\frac{1}{4}$ de haut en bas, et un peu plus de 5 pouces en travers. Quoiqu'elle fût presque globuleuse, elle présentait néanmoins une brèche à la partie inférieure et un sillon vertical en faisait le tour et la divisait en deux parties, un peu inégales. Dans deux parties, la droite n'était que le rein très hypertrophié et dilaté, dur, résistant à la pression; la gauche était formée par le bassinnet énormément distendu par une et demie de deux pintes de liquide ¹. En prenant la tumeur entre les mains et en la pressant fortement on ne faisait sortir aucun liquide par l'uretère. L'uretère, à peu de distance de son origine, était replié sur lui-même et ce repli adhérait à la partie inférieure du bassinnet dilaté; au-dessus l'uretère était un peu dilaté; au-dessous, nullement. La flexion que nous venons de mentionner jouait le même rôle qu'une valvule et

1. On sait que la pinte ne vaut pas tout à fait un litre, exactement 0 l. 931. (N. d. Tr.)

entravait le cours de l'urine. En effet, après avoir disséqué doucement avec la pointe du scalpel, le tissu qui réunissait ce repli de l'uretère à la tumeur, le liquide retenu *jaillit rapidement par le bout de l'uretère coupé*. Il n'y avait pas la moindre trace de calcul dans la substance rénale, ni dans l'uretère, ni dans le bassinet. Les parois du bassinet étaient *plus épaisses* que normalement; sa membrane d'enveloppe était très pâle et ne présentait *aucun indice d'inflammation*; les calices étaient très dilatés et les papilles aplaties de sorte que les calices formaient de profondes cavités dans la substance rénale. Il y avait çà et là, sur la surface du rein, de petites *élevations* qui correspondaient à ces cavités; la substance du rein y était plus mince qu'ailleurs. La substance propre du rein pesait onze onces ¹, sans compter le bassinet. Le liquide contenu dans la tumeur avait nettement l'odeur de l'urine; il était un peu ammoniacal, d'une teinte sombre, sale; il était franchement trouble; sa densité était de 1,017; il contenait un peu d'albumine.

Le *rein gauche* était entièrement recouvert par les intestins; il était *profondément placé* dans la région lombaire. Après son ablation, on trouva qu'il consistait en une large poche ou sac, variant de cinq ou six pouces de diamètre et contenant environ une once de liquide ². *S'il eût été plein, il eût formé une tumeur aussi volumineuse que celle de droite*. Le sac avait des parois minces, membraneuses, çà et là interrompues par des îlots de tissu rénal, qui se trouvaient surtout au-dessus et en arrière. En un point, il y avait une masse, de la grosseur environ de deux avelines placées bout à bout, qui semblait avoir été la partie supérieure du rein. Les lignes de démarcation entre les différentes parties de l'organe étaient si bien effacées que le bassinet, les infundibulums et les calices ne formaient plus qu'une vaste cavité ³. La membrane muqueuse était blanche; le liquide assez clair, mais cependant un peu trouble. *L'uretère était dilaté à son origine*; mais, non loin de là, *il présentait un état presque semblable à celui du côté droit*, de sorte qu'après l'ablation il ne s'écoula aucun liquide, quoiqu'il n'y eût aucune ligature. Pas de calcul.

La vessie était vide, contractée; sa muqueuse, pâle, sans lésions.

L'utérus, un peu augmenté de volume, renfermait deux tumeurs fibreuses, petites, dont l'une avait la grosseur d'une fève; l'autre était un peu moins grosse.

1. C'est-à-dire 345 gr. environ.

2. 30 grammes environ.

3. En somme les lésions étaient certainement plus marquées et plus anciennes à gauche qu'à droite, comme le faisaient d'ailleurs prévoir les commémoratifs de cette très remarquable observation. Le rein droit avait dû s'hypertrophier, pour suppléer le gauche d'abord atteint, avant de devenir hydronéphrotique à son tour. (N. d. Tr.).

Observation IV.

THOMPSON (Traduction in extenso) ¹.

Hydronéphrose intermittente gauche. — Ponctions répétées de la poche hydronéphrotique. — Rupture de la poche. — Autopsie.

HISTOIRE CLINIQUE. — M. S... vint me consulter pour la première fois le 21 mai 1851. Il se plaignait alors d'une violente douleur au côté gauche, dans la région du rein. Il y avait un gonflement considérable, une grande sensibilité à la pression dans les régions de l'hypocondre, des lombes et des fosses iliaques de ce côté. Je m'assurai qu'il avait eu des symptômes de maladie du rein pendant fort longtemps : rétraction du testicule, douleurs dans l'aîne gauche et au-dessus de la hanche, enfin tous les accidents qui accompagnent d'ordinaire les maladies de cet organe. Un médecin m'assura qu'il avait assisté à l'état de choses que je viens de mentionner, et que le malade avait obtenu tout à coup un mieux réel après avoir uriné, en une seule fois, plus d'un vase de nuit d'un liquide ayant la couleur du vin de Porto. N'ayant pas de raison pour mettre en doute la véracité de ce récit et le cas ne demandant pas une intervention chirurgicale immédiate, je résolus d'attendre.

En une semaine environ, le sac sembla s'être vidé entièrement par l'uretère et la vessie. Les symptômes disparurent, et le malade guérit promptement, en apparence du moins; c'était le 31 mai 1851.

Le 28 novembre, il recommença à éprouver les mêmes symptômes, qui augmentèrent d'intensité jusqu'au 27 janvier 1852. A cette date, il présenta tous les accidents ci-dessus décrits : le côté gauche très tuméfié était sensible. On notait une sensation vague de fluctuation; et la tumeur, dure, s'étendait à droite jusqu'à la ligne blanche, en arrière jusqu'à la colonne vertébrale, en bas jusqu'à la partie la plus inférieure de la région iliaque. Le diaphragme et les poumons étaient refoulés en haut; on sentait dans la poitrine les battements du cœur beaucoup plus haut que normalement. Le malade souffrait maintenant à tel point que je résolus d'évacuer le liquide avec un trocart. Restait à préciser l'endroit où il faudrait ponctionner. Je ne doutais pas que le sac renfermant le liquide ne fût un rein dilaté ou un kyste ayant quelque connexion avec le bassin de cet organe. Je choisis donc pour la ponction l'intervalle compris entre les deux dernières côtes flottantes, près de leurs extrémités antérieures.

Voici pourquoi je me décidai à agir ainsi : En supposant que le liquide fût contenu dans un sac communiquant avec le bassin du rein, le rein se trouverait derrière le sac, en partie sous les deux dernières côtes, en partie sous le carré des lombes. L'instrument étant

1. Thompson. *Pathological Society Transactions*, vol. XIII, p. 128, 1862.

done introduit à l'endroit indiqué et sa pointe étant dirigée un peu en avant, il transpercerait le sac, sans risquer de blesser le rein. Si le sac n'était que le rein dilaté, l'endroit choisi serait encore le meilleur, car il serait près du centre, où l'organe commence à se dilater. Le kyste était-il sous le péritoine? il n'y avait pas de la sorte danger de léser cette membrane. Si la ponction avait été pratiquée par devant, le trocart aurait traversé deux fois le péritoine, d'abord au point où il tapisse les muscles abdominaux, ensuite au point où il passe au-devant du sac. Et en supposant qu'il n'y eût pas d'adhérences entre ces deux parties de la séreuse, quand on eut retiré l'instrument, un peu du contenu du sac serait tombé dans la cavité péritonéale, et aurait déterminé de l'inflammation. En outre, il y aurait eu, je crois, plus de danger de blesser l'intestin, si l'inflammation avait produit des adhérences entre les parois de l'abdomen et le sac.

Ponctions. — Je pratiquai donc la ponction entre les deux dernières côtes, près de leurs extrémités. Une incision fut faite à travers les téguments et les muscles; on y introduisit un petit trocart pour explorer, et l'existence du liquide étant évidente, on enfonça un instrument plus gros, en dirigeant la pointe un peu en haut. Et, fait très digne de remarque, que l'examen de la pièce anatomique explique d'ailleurs, peu de temps après l'enlèvement de ce liquide, *le reste du contenu du sac reprit sa direction naturelle*, c'est-à-dire la voie de l'uretère, etc. La qualité et les altérations de l'urine rendue le démontrèrent nettement.

Le malade guérit promptement; mais il fallut répéter l'opération le 1^{er} décembre 1852. On retira alors trois quarts et demi de liquide; peu de temps après, comme précédemment, le sac se vida par les voies naturelles, comme le prouva la couleur de l'urine rendue. Le malade alla bien de nouveau et n'eut pas besoin d'opération avant le 24 mars 1860. Sept quarts de liquide furent alors extraits; après quoi le liquide suivit sa route habituelle, et le malade se porta bien.

Le 23 septembre 1861, on me rappela près de lui. Il se plaignait d'une douleur violente, et d'une pesanteur dans le côté gauche; les accidents habituels avaient reparu. Le mal fit des progrès comme dans les autres crises jusqu'au 5 octobre. Ce jour-là, à cinq heures du matin, je fus mandé en toute hâte. Le malade avait éprouvé *tout à coup* des douleurs vives dans l'abdomen, surtout dans la partie inférieure, des difficultés pour la miction, des sueurs froides; il avait la respiration fréquente, le pouls rapide et l'air hagard. L'abdomen était dur et tendu, et il y avait un arrêt dans les fonctions intestinales. Le côté droit du scrotum était distendu comme dans l'hydrocèle. En raison des circonstances, une ponction fut décidée, pour examiner le contenu du canal inguinal et s'assurer de la possibilité de la rupture de la poche. Il n'avait pas de hernie. Les symptômes furent donc attribués à une *rupture du sac hydronéphrotique*.

Au bout de deux jours, les intestins fonctionnaient librement à nou-

veau, et le malade semblait se rétablir lorsque le 10 octobre son état s'aggrava soudain et il mourut.

AUTOPSIE. — L'autopsie fut faite le 12 octobre. Le corps était gras et en bon état. Le malade, avant le début de cette dernière crise, disait de lui-même qu'il était « fort comme un lion ». En ouvrant la cavité abdominale, on trouva des preuves indiscutables d'*inflammation péritonéale*. Une grande quantité de liquide était épanchée entre les intestins qui étaient agglutinés ensemble; il y avait une masse considérable de liquide séro-purulent dans la cavité du bassin. On retira en outre, de l'hypocondre, à droite, et de la région épigastrique, trois pintes de liquide foncé comme celui qui était contenu dans le sac, occupant la région lombaire gauche. Le côlon transverse passait au-devant et près du bord gauche de la poche hydronéphrotique; l'aorte était près du bord droit; la rate au-dessus et en arrière; le diaphragme directement au-dessus. *L'uretère entrainé dans le sac par la partie inférieure et antérieure du bassin dilaté. Il traversait obliquement la paroi.* On retira au moins quatre pintes de liquide du sac, et découvrit, vers le côté gauche et en avant, un trou correspondant au point où la rupture avait dû se faire. En passant un doigt dans cette ouverture on sentit un corps détaché, dur, calcaire ou crétaqué. On fit sur la face antérieure du kyste une large ouverture par où le liquide sortit.

La disposition de l'uretère pénétrant obliquement à travers la paroi du kyste, peut expliquer l'oblitération de ce canal quand le sac hydronéphrotique était plein. Il redevenait perméable quand la poche était vide.

Je suis certain que la rupture se produisit le 5 octobre, quand la péritonite commença, et sans doute il y eut alors sortie d'un peu de liquide. Il s'en échappa beaucoup plus le 10, ce qui explique que le malade mourut subitement. Le liquide sorti ressemblait à celui qui était contenu dans le sac, il occupait la *partie supérieure* de la cavité abdominale et n'était mélangé ni de produits d'inflammation, ni du contenu du bassin. Il n'y avait ni pierre dans la vessie, ni obstruction dans l'uretère lui-même. L'histoire de ce malade m'avait fait penser qu'il rejetait des calculs avec l'urine; mais, après avoir été rappelé pour le voir, je ne pus jamais en découvrir les symptômes. On n'en trouva pas d'ailleurs à l'autopsie.

Observation V.

HILLIER (Cas I) (Traduction in extenso) ¹.

Hydronéphrose intermittente à droite. — Amélioration.

Une femme mariée, âgée de quarante-sept ans, fut observée en novembre 1855 par Hillier.

1. Hillier. *Loc. cit.* (fin du mémoire).

Début. — Elle souffrait depuis trois ou quatre ans de douleurs *intermittentes* dans le *côté droit* de l'abdomen. Elle avait remarqué qu'au moment où les souffrances étaient plus vives il se développait une *grosseur, ovale*, dans la région lombaire. *Cette grosseur disparaissait avec les douleurs.* Elle avait noté aussi que pendant l'accès *l'urine n'était rendue qu'en petite quantité*; mais ensuite *elle était rendue en très grande abondance* et restait trouble pendant plusieurs jours.

Maladie constituée. — Quand Hillier la vit pour la première fois, elle souffrait beaucoup : le pouls était faible, les extrémités étaient refroidies; elle présentait une grande sensibilité dans les côtés, surtout à droite; et, dans la partie antérieure de la région lombaire, on sentait une *masse ovale, dure*, présentant une sensation vague de fluctuation. La malade n'avait pas uriné depuis plusieurs heures.

Son état s'aggrava pendant trois jours. Elle n'urinait que la valeur *d'une tasse par jour*. Elle avait le délire; la langue était jaunâtre, le pouls faible. Le troisième jour, *la malade urina une pinte*. Le quatrième, il y eut de la rétention d'urine; mais par le cathétérisme on retira trois pintes de liquide de la vessie. Le liquide évacué en premier lieu ne fut pas examiné, car il était mélangé à un écoulement menstruel. Celui qu'on obtint par le cathétérisme était clair, acide, non albumineux, d'une densité de 1013.

La malade recouvra la santé. Elle a eu depuis lors des alternatives de douleurs et d'augmentation de volume de l'abdomen.

Pendant ces accès, la quantité d'urine a été toujours faible; mais, après, elle dépassait la quantité ordinaire.

Cette femme n'a pas eu de rétention complète depuis 1855 ¹.

Observation VI.

HILLIER (Cas II) (Traduction in extenso) ².

Hydronéphrose intermittente à droite. — *Ponctions.* — *Pyonéphrose consécutive.* — *Fistule du bassinot temporaire.* — *Apparition d'une hydronéphrose à gauche.* — *Amélioration.*

HISTOIRE CLINIQUE. — Au mois de mars 1863, Hillier observa Jean R..., alors âgé de trois ans et quatre mois.

Antécédents. — La mère lui assura que depuis sa naissance cet enfant avait toujours eu « l'estomac dilaté ». Un médecin, l'ayant vu à cette époque, avait conseillé de faire une incision; mais les parents s'y opposèrent. A seize mois, l'enfant étant à l'infirmerie de Leeds, le médecin jugea la ponction nécessaire; *mais en trois jours la grosseur diminuait*, si bien qu'on ne fit pas l'opération. Quand Hillier vit le

1. Remarquons que cette observation a été publiée en 1865, c'est-à-dire dix ans plus tard.

2. Hillier. *Loc. cit.*

malade, il était depuis douze mois dans le même état, l'abdomen *grossissant de temps en temps* et son pourtour variant entre 24 et 27 pouces. L'appétit avait toujours été bon. On n'avait trouvé rien d'anormal dans les urines.

La famille du père était phthisique et l'enfant avait plusieurs frères et sœurs qui passaient pour être d'une santé délicate.

1^{er} examen. — Le 2 avril 1863 on rédigea l'observation suivante :

Le malade est petit pour son âge. Il a la tête et les membres d'un rachitique. Il s'assied sur son lit, n'a pas de dyspnée et semble bien portant. Le pouls, assez plein et régulier, donne 104 pulsations, la respiration 30 à la minute. La pointe du cœur est soulevée presque à la hauteur du mamelon, mais ses bruits sont normaux. Le diamètre latéral du thorax est faible par rachitisme. L'abdomen est très gros et tendu, la peau lisse et brillante, les veines superficielles très grosses et nettes. Les côtes sont repoussées en avant et le cartilage ensiforme est incliné en haut. Le pourtour maxima de l'abdomen se trouve à égale distance du cartilage ensiforme et de l'ombilic : il est de 26 pouces. De la pointe du cartilage à l'ombilic, il y a 7 pouces et demi. L'abdomen, augmenté de volume, donne très nettement sous les doigts une sensation de *fluctuation*. Entre le cartilage et l'ombilic on entend à la percussion un bruit tympanique; sous l'ombilic le bruit est plus sourd; et du côté droit il y a matité absolue. L'abdomen est généralement mollasse; mais dans l'hypocondre droit on éprouve une sensation de résistance très notable; on ne peut découvrir ni le foie ni la rate et on ne peut trouver aucune tumeur.

Il n'y a pas d'autres symptômes d'hydropisie, en dehors de ceux de l'abdomen. L'urine, assez abondante, est acide, non albumineuse, a une densité de 1016.

On ne comprenait pas alors la maladie et on supposa qu'il y avait du *liquide dans la cavité péritonéale*. Il n'y avait pas de raison de soupçonner une maladie du foie ou du mésentère. Un examen plus soigneux des signes physiques aurait démontré que l'amas liquide n'était pas dans la cavité péritonéale, car l'extrême matité à la percussion, la résistance à la pression du côté *droit* et le manque de symétrie dans la grosseur n'étaient pas compatibles en effet avec une simple ascite. Mais, par suite de cette idée fautive, le malade fut traité par les diurétiques et les purgatifs. Il n'en obtint aucune amélioration.

L'abdomen grossit jusqu'à mesurer 28 pouces 1/2 de circonférence, et on remarqua que le côté droit avait 1 pouce 1/2 plus que l'autre. C'était le 16 avril. L'abdomen était si lourd que quand le malade était couché il ne pouvait plus se relever. Le 17 mai, *l'abdomen avait diminué* et mesurait environ 20 pouces. Comme la santé était bonne et la respiration libre, on laissa partir l'enfant.

2^e examen. — Le 8 février 1865, il revint encore à l'hôpital des Enfants malades, et le 17 on rédigea la note suivante : L'état général est assez

bon, quoique les membres soient faibles et que le malade ne puisse marcher à cause du volume de l'abdomen.

L'abdomen est presque globuleux, mais la grosseur est plus considérable au-dessous qu'au-dessus du nombril, à droite qu'à gauche. A la moitié de la distance entre le nombril et l'appendice xiphoïde, elle est de 27 pouces. L'ombilic n'est pas proéminent; une veine dilatée va du côté droit de l'épigastre vers le nombril. A égale distance du nombril et de l'extrémité de l'appendice unciforme se trouve un sillon marqué, plus accentué à gauche qu'à droite, changeant de place pendant la respiration. Un examen attentif a montré que ce sillon correspond à la partie inférieure du côlon transverse, qui repose sur une grosseur, *dure* et globuleuse. On sent quelque chose comme le cæcum dans la fosse iliaque droite, devant cette même masse. La surface de la grosseur est partout égale et unie, et le bruit de percussion complètement sourd.

On ne peut sentir ni voir distinctement la proéminence de la tumeur dans la région lombaire droite. Il n'y a rien de correspondant dans la région lombaire gauche. Une *fluctuation* distincte se transmet du nombril à la région lombaire. De la brèche du sternum au bout du cartilage xiphoïde, il y a 3 pouces $\frac{5}{8}$; du cartilage au nombril, on compte 7 pouces $\frac{5}{8}$; et du nombril au pubis 3 pouces $\frac{5}{8}$.

La limite supérieure de la matité hépatique est à un doigt au-dessous du mamelon droit. On sent le battement du cœur juste au-dessus et en dedans du mamelon gauche. L'urine est *claire*, d'une teinte pâle, non albumineuse.

Il était hors de doute maintenant que l'enfant avait un énorme *kyste à parois assez minces* commençant à droite de l'abdomen, très probablement uni au rein droit, et voisin du gros intestin.

OPÉRATIONS. — *a. Ponctions* : 1^{re} Ponction. — On résolut de ponctionner ce kyste pour soulager le malade et on enfonça le trocart $\frac{1}{2}$ pouce en dessous et 1 pouce $\frac{1}{2}$ à droite du nombril. Il en sortit 102 onces d'un liquide *clair*, jaunâtre, faiblement acide, ayant une densité de 1008. On n'y trouva ni albumine ni sédiments, mais tous les caractères de l'urine diluée. A l'analyse on trouva 20,304 grammes ou près de 313 grains d'urée; 5,9 grammes ou 81 grains de chlorure de sodium, et 0,457 grammes ou 7 grains d'acide urique. Il y avait aussi des phosphates et des sulfates. De cette analyse on conclut que le kyste était le *bassinnet du rein droit dilaté*, par conformation vicieuse ou oblitération de l'uretère de ce côté.

Après cette opération on laissa le malade tranquille et on n'observa aucun symptôme mauvais. Durant vingt-quatre heures, il y eut rétention d'urine, mais la vessie fut vidée par le cathétérisme. Quatre jours après l'opération l'abdomen mesurait 23 pouces $\frac{1}{2}$; la langue était nette et humide, et la peau fraîche; le pouls donnait 118.

Le 25 février, huit jours après la ponction, l'abdomen était moins gros que jamais; il ne mesurait, du cartilage xiphoïde au nombril, que

5 pouces $1/2$ au lieu de 7 et $3/8$, et dans sa plus grande circonférence 23 pouces et $7/8$. L'état des organes était moins net au toucher. Cependant une ligne bien marquée allait de droite à gauche, de haut en bas, séparant une partie supérieure moins résistante d'une partie inférieure qui l'était davantage. La dernière présentait de la matité. Celle-là au contraire résonnait fortement. On pouvait sentir des masses fécales dans les trois parties transverse, ascendante et descendante du côlon. On trouvait la pointe du cœur un peu plus près de la ligne médiane, mais pas plus bas qu'avant. La grosseur augmenta bientôt et le 5 mars l'abdomen mesurait 25 pouces et $3/4$. Le 15 mars, une expérience fut tentée pour voir si le liquide qui se reformait dans le kyste avait les caractères de l'urine. Comme l'abdomen mesurait 29 pouces, on crut utile de recommencer la ponction; mais auparavant on fit prendre au malade pendant 2 jours, 10 grains de ferrocyanure de potassium 2 fois par jour.

2^e Ponction. — Le 16, l'urine prit une teinte sombre après l'addition de sesquichlorure de fer à cause du ferrocyanure venu par le rein. Le 18, on tira un peu de liquide du kyste pour le comparer avec celui qu'on avait eu dans la première opération et pour voir s'il contenait du ferrocyanure de potassium. Cette fois on le trouva neutre à la réaction, un peu troublé par du pus¹ et contenant des traces d'albumine. Les sesquisels de fer ne donnèrent aucune réaction. Il y avait, à proportion égale, moitié moins d'urée que la première fois. Le liquide extrait ne renfermant pas de ferrocyanure quoique l'urine en contint et que l'urée eût diminué, on ne pouvait savoir si le liquide reformé avait été sécrété par le rein ou par l'enveloppe du kyste seulement. Dans le second cas, l'urée qu'il contenait devait provenir du liquide laissé après la première opération.

b. *Fistule du bassin* (après une 3^e ponction). — Le 29 mars l'abdomen était aussi gros que jamais : 29 pouces $3/4$ après consultation. On crut bon de faire une autre ponction et d'établir une *fistule permanente*. L'enfant avait alors de fréquentes attaques de dyspnée, la nuit, qui l'obligeaient à s'asseoir dans son lit. Le 7 avril un morceau de potasse caustique fut appliqué sur la paroi abdominale à l'endroit où avaient été faites les piqûres, dans le but d'établir des adhérences entre le kyste et les parois avant de l'ouvrir. Pendant les deux jours suivants, l'enfant fut si malade qu'on ne crut pas devoir laisser le caustique en place. La ponction fut donc pratiquée. Après la sortie du contenu du sac, on y laissa une sonde dont on obtura le bout libre. Il sortit environ 74 onces de liquide brun foncé presque opaque, alcalin, et abandonnant $1/4$ d'albumine à l'ébullition ou par l'acide nitrique. Au microscope, on y découvrait beaucoup de globules sanguins et du pus. Il y avait relativement plus d'urée que la première fois : 6,5 grammes par 1000 centimètres cubes, au lieu de 6 gr. 2. Pendant cinq jours, du 13

1. Il y avait eu sans doute infection par le trocart. (N. des Tr.)

au 17 mars, l'urine fut soigneusement examinée et on la trouva quelquefois acide, quelquefois neutre, mais jamais albumineuse. La quantité évacuée en vingt-quatre heures depuis cinq jours, n'était que de 306 C^{mc} ou de 10 à 11 onces. Le poids spécifique variait de 1019 à 1026. Il y avait en moyenne par jour 7 gr. 8 ou 120 grains d'urée et 1 gr. 524 de chlorure de sodium ou 23 grains. Considérant le poids de l'enfant (29 livres) et son âge, il y avait un déficit marqué dans la proportion de l'eau et des matières solides de l'urine, car on n'y trouvait pas plus de la moitié de la quantité normale d'eau environ, les 2/3 de la dose habituelle d'urée et le 1/4 de celle de chlorure. Le liquide extrait par ponction renfermait un tiers d'urée de moins que celui de la vessie.

Le 10 avril, au lendemain de la 3^e ponction, l'enfant allait très mal. Il avait 190 pulsations, un fort mal de tête, une douleur abdominale intense, et 104^o,75 Fahr.

La canule fut ôtée et remplacée par un cathéter en gomme élastique. Il sortit 52 onces d'un liquide ayant pour densité 1008 et d'autres caractères exactement semblables à ceux du liquide de la veille. Presque aussitôt après le malade *rendit par l'urèthre* environ 8 onces de liquide, dont la densité était 1015, et dont la couleur tenait le milieu entre celle de l'urine et celle du liquide kystique. Une demi-heure après il sortit encore 5 onces d'un liquide presque identique en apparence avec celui du kyste. Il avait pour densité 1012, et abandonnait, après ébullition et acidulation, un précipité albumineux qui remplissait les 2/3 de l'éprouvette et avait une réaction alcaline. Le jour précédent l'urine avait été claire, faiblement acide, non albumineuse et d'une densité de 1017. On eut pour la première fois une preuve évidente que le kyste et la vessie communiquaient; cependant la mère avait déjà déclaré que quelquefois, après une extrême *distension de l'abdomen*, la *grosseur avait disparu*¹ et cette assertion rendait probable l'existence d'une telle communication.

Le 11 avril, il y eut augmentation marquée dans la quantité d'urine qui était d'un brun pâle et un peu trouble. La densité était 1014, et il y avait des traces d'albumine. Il devenait clair par ces changements dans l'urine qu'une *communication s'était tout à coup établie entre la vessie et le kyste*. Le 13 avril, le malade allait mieux et ne souffrait pas, le pouls donnait 156, la température était 99° F. De la plaie sortait goutte à goutte une grande quantité de liquide. L'urine était fort peu trouble, peu acide, et ne contenait que des traces d'albumine. Le 15 avril, le pouls descendit à 130. Le malade était très amaigri. Il sortait goutte à goutte une grande abondance de liquide tantôt clair, tantôt épais, environ 2/4 en vingt-quatre heures. L'abdomen n'était pas mou et mesurait 21 pouces et 7/8. Il ne sortit pas d'urine pendant

1. Ce qui a fait admettre dans ce cas l'Hydronéphrose à forme intermittente. (N. des Tr.)

trente-six heures. Le kyste fut alors injecté avec de l'eau chaude et une solution faible de « Condyl's fluid ». Le 21 avril, l'état général de l'enfant n'avait pas changé. Tout le liquide qui sortit du kyste pendant vingt-quatre heures fut examiné. Il mesurait 345 centimètres cubes environ ou 12 onces; il était pâle, trouble, fétide, très albumineux et contenait à peu près 36 grains d'urée avec beaucoup de pus. Le jour suivant, le liquide cessa de couler hors du kyste. On introduisit la sonde, mais on fut arrêté à environ 1 pouce $3/4$ de l'entrée.

Dès lors la tumeur grossit rapidement, à tel point que le 2 mai l'abdomen mesurait 27 pouces $1/8$.

HISTOIRE CLINIQUE (2^e partie). — *Hydronéphrose à gauche*. — On remarqua alors une *grosseur dans le flanc gauche*, située juste en dehors du carré des lombes et allant de la 12^e côte à la crête iliaque. A la percussion on vit qu'elle était *pleine, non fluctuante*; on sentait toujours bien les bords et la surface. C'était sans doute le rein gauche.

Le 7 mai, la tumeur de droite était énorme; la paroi abdominale céda, à l'endroit des anciennes piqûres, et quantité de liquide s'échappa. On enfonça dans le kyste une *canule* longuement recourbée pour le maintenir ouvert; mais le liquide cessa bientôt de couler et la plaie se ferma.

Le 30 mai, on voulut pratiquer par la potasse une ouverture dans le côté droit. Le 6 juin l'abdomen mesurait 29 pouces $1/2$; le caustique avait formé une profonde eschare, mais sans ouvrir de communication avec le kyste. Un trocart fut introduit par cette eschare; on obtint environ $2/4$ d'un liquide puant, purulent et clair. La plaie se referma; l'état général redevint tel qu'il avait été.

Le 27 juin, l'enfant reprit des forces. Il eut une attaque de *rougeole* qu'il supporta sans inconvénient.

Amélioration. — Le 24 septembre, on nota une *grande amélioration*; l'enfant put marcher avec un léger appui. L'abdomen mesurait encore 25 pouces $3/4$ de circonférence, et 5 pouces $1/4$ du cartilage ensiforme au nombril. Il avait pris une mollesse inusitée et était maintenant très plat. On conserva l'urine pendant vingt-quatre heures; elle formait un volume de 70 onces et avait pour densité 1013. Elle était pâle, trouble et fétide. Au microscope on aperçut des prismes de phosphates, des *vibrions*¹, des cellules de pus.

On envoya l'enfant à l'asile des convalescents de Mitchain. Depuis lors il continua à aller mieux; il pouvait marcher et il avait pris de l'embonpoint. *L'abdomen varia de temps en temps de grosseur*, mais il n'a jamais atteint le volume qu'il avait quelques mois auparavant.

Le 15 décembre il semblait bien portant. L'abdomen était mou, aplati par devant, bombé sur les côtés, surtout à droite. On sentait par une forte pression devant et derrière dans la région lombaire droite une masse résistante à la percussion.

1. Cette constatation est, pour l'époque, intéressante à noter. (*N. des Tr.*)

L'abdomen dans sa plus grande circonférence avait 24 pouces; l'urine était d'une couleur citron avec un fort dépôt de pus et de phosphates. Après filtration, ébullition et addition d'acide nitrique, on ne trouvait plus de dépôt. Avec de l'urine renfermant de nombreux globules sanguins, on observa aussi que la chaleur ne dénotait pas la présence de l'albumine.

Observation VII.

ROSENSTEIN (Traduction) ¹.

Hydronéphrose probable du côté gauche, s'étant vidée subitement.

Il s'agit d'une femme chez laquelle il s'était formé peu à peu dans l'abdomen une tumeur considérable, remplissant toute la moitié gauche du ventre. Cette tumeur était *mobile* et pouvait être facilement circonscrite par la main. *Elle s'était vidée plusieurs mois auparavant* et, une grande quantité de liquide ayant été expulsé par l'urèthre, la tuméfaction s'était affaïssée. M. le Dr G... fut d'avis qu'il s'agissait probablement d'une hydronéphrose.

Quand Rosenstein vit la malade, la tumeur s'était de nouveau considérablement remplie. On sentait une tuméfaction mobile, légèrement bombée et manifestement fluctuante. Elle remplissait tout le côté gauche de l'abdomen. En outre la région rénale était légèrement sensible à la pression. Il n'y avait pas d'albumine dans l'urine ².

Observation VIII.

WILSE (Traduction in extenso) ³.

Rein mobile gauche. Crises douloureuses. — Néphrite chronique. — Grossesse. — Urémie. — Autopsie. — Hydronéphrose intermittente gauche par coudure de l'uretère, sans rein mobile.

1. Rosenstein. *Loc. cit.* Trad. franç., 1876, p. 468.

2. M. Rosenstein prit ce cas pour un kyste de l'ovaire s'étant ouvert en partie dans l'uretère ou directement dans la vessie. L. Landau (*Wanderniere der Frauen*), ayant pris soin de faire remarquer qu'il y avait erreur d'interprétation et qu'il s'agissait d'une hydronéphrose, opinion qu'on retrouve aussi dans Péan (*Diagnostique et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, 1880, t. I, p. 270), Rosenstein a répondu dans une édition ultérieure de son livre (Berlin, 1886, p. 474) : « De ce que l'évacuation d'un liquide est la caractéristique de l'hydronéphrose intermittente, il n'est pas démontré qu'il s'agisse ici de cette affection. » Certes, non. Mais on avouera que tout plaide en faveur de la manière de voir de L. Landau.

3. Wilse. *Loc. cit.*, p. 152. — Un résumé de cette observation a été publié en allemand par L. Landau (*Die Wanderniere der Frauen*, Berlin, 1881, p. 65), d'après un compte rendu du *Canstatt*, 1875, Bd II, 1875 (Landau), que nous n'avons pu retrouver, malgré des recherches attentives. Ce compte rendu, d'ailleurs, doit être légèrement inexact, si l'on s'en rapporte au résumé que Landau en a fait.

HISTOIRE CLINIQUE. — Mme B..., née en 1834, a joui pendant toute son enfance d'une bonne santé.

Début. — Vers sa quatorzième ou quinzième année, après des exercices assez violents (équitation, danse), elle commença à ressentir sous le rebord costal gauche des *douleurs* qui disparaissaient en général après une heure de durée et qui n'étaient pas très vives. Elle se maria à l'âge de vingt-deux ans. Après le second et le troisième accouchement, les douleurs devinrent plus intenses; elles persistaient plus longtemps à chaque reprise et s'accompagnaient de constipation et de vomissements. En même temps apparut une tumeur, très sensible au palper, et spontanément très douloureuse, sous le rebord costal gauche.

En raison de son genre de vie, Mme B... a habité dans des endroits différents et a été vue par divers médecins; la plupart d'entre eux considérèrent cette tumeur comme un rein mobile; d'autres la prirent pour la rate, déplacée en avant.

Elle eut dix accouchements normaux; mais son état empira tellement que bientôt les attaques se renouvelèrent à un mois d'intervalle et finirent par durer deux à trois jours.

Quand, pendant une grossesse, l'utérus remplissait la cavité abdominale, la malade se trouvait réellement mieux ¹.

En 1874, sans être enceinte, elle présenta de l'albuminurie qui disparut quelques mois après. Il n'y avait pas alors la moindre trace d'œdème.

Pendant les crises, l'évacuation de l'urine se faisait normalement, et les urines n'étaient pas plus abondantes après la terminaison de l'accès.

État actuel. (Urémie.) — En mai 1873, l'albuminurie réapparut, avec cette fois un peu d'œdème; elle était alors au sixième mois environ de sa onzième grossesse. Pendant la nuit du 4 juin survint de l'éclampsie et la malade perdit connaissance (coma). Des injections de morphine, du calomel, des lavements, du chloroforme furent utilisés, sans efficacité d'ailleurs. On ne fit pas de saignée, en raison de l'état anémique de cette femme.

M. Wilse crut devoir recommander l'accouchement prématuré et consulta à ce sujet le Dr Keyser. Celui-ci fut du même avis et introduisit deux bougies de caoutchouc dans l'utérus..... (Ici, description de l'accouchement prématuré à l'aide du forceps.)

L'accouchement terminé, les convulsions cessèrent; mais la malade resta dans le coma jusqu'à sa mort, qui eut lieu le soir à neuf heures.

AUTOPSIE. — L'autopsie fut faite le jour suivant par M. le Prof. Heiberg. On ne constata sur le cadavre *aucune mobilité anormale des reins ni de la rate*; mais le *bassin* du côté gauche était transformé en une grande poche kystique.

1. Il y avait sans doute compression énergique de l'uretère atteint. (*N. des Tr.*)

Au dire du Prof. Heiberg, le cadavre étant très décomposé quand l'autopsie fut pratiquée, on ne put constater nettement s'il y avait une dégénérescence graisseuse des reins; cependant tout portait à le croire. Mais la lésion qu'on a trouvée explique suffisamment les attaques et les accidents urémiques. Il y avait une *hydronéphrose* du côté gauche, sans calcul rénal dans l'uretère; mais, en revanche, *l'uretère gauche ne se réunissait pas, suivant une ligne droite, avec le bassinnet*. Il décrivait d'abord une *ligne courbe*, formant un angle vers le haut. En conséquence, il s'était formé une sorte de valvule, de pli, qui devait obstruer l'uretère quand il y avait une certaine accumulation d'urine dans le bassinnet, mais qui devait céder quand la pression exercée par l'urine était assez forte. L'*Hydronéphrose temporaire*, ainsi produite, donnait très probablement lieu à la tumeur et aux autres symptômes qui cédaient lorsque l'urine pouvait s'échapper du bassinnet.

Observation IX.

Thomas COLE (Traduction in extenso)¹.

Hydronéphrose intermittente à gauche.

HISTOIRE CLINIQUE. — M. S..., âgé de vingt-trois ans, de taille moyenne, bien constitué, mais d'une certaine maigreur, habitant une région salubre, à 12 milles environ de Bath, a été vu par M. Thomas Cole au mois de mars 1873.

Début. — Il avait toujours joui d'une santé parfaite lorsqu'un jour, en 1870, il ressentit dans la région lombaire gauche une *douleur* accompagnée de maux de cœur. Cela dura quelques heures seulement.

Au bout d'un mois, cette douleur revint et réapparut ensuite à un ou deux mois d'intervalle. Récemment les intervalles ont diminué de durée, et ils sont à peine maintenant d'environ quinze jours.

Les crises durent de quelques heures à plusieurs jours; la douleur ne présente pas d'irradiations dans le dos, ni dans les membres inférieurs, ni du côté du testicule ou de la verge².

Il y a une expectoration abondante, constituée par des matières visqueuses, pendant les crises; mais jamais elle ne se produit dans les intervalles des accès. Constipation habituelle, mais le malade ne remarqua *jamais rien d'anormal du côté des urines*³.

La langue était rouge. A l'examen physique, on ne pouvait trouver le moindre indice de maladie. L'urine, évacuée pendant une visite, ne présentait d'autre phénomène qu'un excès de cristaux octaédriques d'oxalate de chaux. Le pouls était régulier et faible. M. Cole mani-

1. Cole. *Loc. cit.*, p. 405.

2. Fait à noter, au point de vue du diagnostic de la cause. (*N. des Tr.*)

3. A noter aussi au même point de vue. (*N. des Tr.*)

féta le désir d'assister à une crise, et en effet put en voir deux chez le malade lui-même. Le diagnostic, qui fut posé alors, fut confirmé pendant les trois derniers mois d'observation, des visites à Bath ayant procuré à M. Cole l'occasion d'étudier de près ce malade pendant trois crises. Au cours de l'année pendant laquelle il l'a soigné, il a présenté des accès revenant à intervalles variant de 1 à 7 semaines. Mais les intervalles, en moyenne, ont été, certainement, plus longs qu'ils ne l'étaient auparavant.

Le malade a toujours mené une vie calme et sédentaire, et il ne semble pas qu'il y ait eu de causes spéciales capables d'amener ces crises. Les accès survenaient tantôt après un repas, tantôt après la marche; un jour on crut pouvoir en trouver la cause dans un voyage en chemin de fer, avant que M. Cole le vit.

Ce malade ressentait toujours pendant ses attaques de la pesanteur dans le côté gauche de l'abdomen; mais il ne pensait pas qu'il puisse exister une tumeur.

Maintenant, depuis qu'il sait s'observer plus soigneusement, il se rend bien compte que c'est une *tuméfaction* du côté gauche qui est le premier signe de la crise.

État actuel. — Voici comment se produit en général une crise : le premier symptôme est une *tuméfaction* apparaissant sous le rebord costal gauche. Il est bientôt suivi de l'apparition d'une *douleur*, — qui est très aiguë d'abord, mais qui diminue bientôt, — sur le côté gauche de l'abdomen. Dans le flanc, rien ne se produit. Les vomissements s'ensuivent à très courte échéance, et le contenu habituel de l'estomac est rejeté.

Cela peut arriver deux ou trois fois, à intervalles plus ou moins éloignés. *La température reste normale*, le pouls et la respiration tranquille. La langue devient légèrement saburrale; l'appétit disparaît et le malade commence à rendre une grande quantité de mucosités, quelquefois — mais rarement — teintées de sang; on dirait un mélange de salive et de mucus gastrique, parfois plus d'une pinte et demie pendant une crise.

La douleur se calme en douze à trente-six heures, et il n'y a plus de malaise. Peu de temps après le début de cette crise, on constate l'existence d'une grosse *tumeur* qui s'étend du rebord costal gauche à l'ombilic et qui quelquefois même descend au-dessous. Elle va de la ligne médiane à 1 pouce ou 1 pouce $\frac{1}{2}$ du bord gauche de l'abdomen; bientôt on la sent dans le flanc gauche. Elle repousse visiblement en avant le ventre du muscle grand droit gauche, et il y a même une légère déformation de la paroi antérieure de l'abdomen.

On peut introduire les doigts, par une pression suffisante, entre le bord supérieur de cette masse et les côtes. La percussion donne en avant de la tumeur une sonorité obscure, qui provient sans doute du côlon transverse. Une zone de sonorité constitue une limite située entre la partie supérieure de la tumeur et le rebord costal. On éprouve au

toucher une sensation nette d'élasticité; *la fluctuation n'est cependant pas établie d'une manière satisfaisante*. Il est facile de *déplacer la tumeur* entre les doigts des deux mains; on la voit et on la sent se déplacer quand on presse avec la main sur elle ¹.

Pendant l'inspiration la tumeur descend de 1 ou 2 pouces pour reprendre pendant l'expiration ensuite sa position primitive. Sensible tout d'abord, elle se laisse, au bout d'un jour ou deux, palper sans causer de douleur.

Son volume varie un peu; mais, d'une façon générale, elle a les dimensions et la forme d'un gros œuf d'autruche dont une extrémité se trouverait à 1 pouce $\frac{1}{2}$ à gauche de l'ombilic et au-dessus, et l'autre au niveau de l'extrémité antérieure des côtes flottantes.

L'estomac présente une sonorité excessive; vers le haut on trouve la rate à sa place normale à l'aide de la percussion. Ordinairement il y a de la constipation pendant la crise; ce qu'on peut en partie expliquer par les narcotiques administrés au début de l'accès. Les selles, quand il y en a, sont parfaitement normales. *L'urine a toujours été normale* en apparence, mais parfois a été émise en *petite quantité*.

Pendant les 3 attaques qui eurent lieu à Bath, elles devinrent rares et chargées d'urates; leur poids spécifique était d'environ 1025.

A la requête de M. Cole, ce malade fit lui-même une série d'observations sur ses urines pendant les crises. Elles montrèrent que, du 5 novembre au 1^{er} décembre 1873, quand il était bien portant, la quantité d'urine émise variait entre 1 pinte $\frac{1}{2}$ et 3 pintes.

Mais le 1^{er} décembre, au début d'une crise, il n'y avait eu qu'une pinte $\frac{1}{3}$; le 2, 1 pinte $\frac{1}{2}$; le 3, le 4 et le 5, $\frac{3}{4}$ de pinte; du 6 au 14, 1 pinte; enfin le 15, jour où la tumeur disparut, 1 pinte $\frac{1}{2}$. Pendant l'attaque la quantité d'urine était donc nettement diminuée. Ce fut d'ailleurs la crise la plus longue qu'il eut jamais à supporter, puisqu'elle dura une quinzaine. Au moment où la tumeur disparaissait, le malade éprouvait des envies fréquentes d'uriner, 3 fois par heure ou à peu près. Ce qui ne se présentait jamais dans les circonstances ordinaires.

Au bout de deux ou trois jours après la crise, le malade se sent très bien et son appétit revient; mais il ne se lève pas avant que la tumeur ait disparu en totalité. Celle-ci s'en va rapidement, en général. Ainsi, à la dernière crise, le malade s'endormit à onze heures du soir, la tumeur étant aussi grosse qu'auparavant; à quatre heures du matin le lendemain, il se réveillait et trouvait que son ennemi avait disparu. A dix heures du matin, M. Cole ne put lui-même en découvrir la moindre trace. Pendant *l'intervalle des crises* l'urine contenait toujours un excès d'oxalate de chaux, mais il n'y avait *ni pus*, ni sang, ni albumine, *ni cylindres*. *Pendant les crises* la quantité d'oxalate était

1. Cette mobilité a contribué à nous faire admettre pour ce cas, comme cause de l'hydronephrose, un rein mobile plutôt qu'un calcul de bassinnet, hypothèse de Cole. (N. des Tr.)

fort diminuée, et le microscope ne dénotait rien d'anormal. Mais, dans l'urine que le malade évacuait au moment de la disparition de la tumeur, les oxalates étaient de nouveau en excès et agglomérés sous forme de calculs microscopiques. Au microscope on voyait des globules de pus; çà et là un globule sanguin, et, avec cela, des cellules à noyau à divers degrés de transformation, puis quelquefois des cylindres provenant des tubes droits du rein. Il y avait en outre quelques traces d'albumine. Au bout d'un jour ou deux, l'urine reprenait son aspect normal, et des examens microscopiques répétés ne pouvaient dénoter la présence de globules sanguins ou de pus. Après un repos de plusieurs heures, on n'y trouvait qu'un dépôt très faible.

Parmi les nombreux médecins qui furent consultés avant Cole pour ce malade, un seul comprit qu'il y avait là quelque chose d'anormal et conclut à une *hypertrophie de la rate*. Les caractères physiques de la tumeur ne suggérèrent pas le même diagnostic à Cole; ils lui parurent se rapporter plutôt au rein gauche et les variations de l'urine confirmèrent pleinement cette opinion.

Quelle était la cause de cette hydronéphrose intermittente? M. Cole crut d'abord à une conformation congénitale vicieuse de l'uretère, à cause de l'absence complète des symptômes de calcul rénal. Mais une étude approfondie le convainquit rapidement que le bassinnet du rein gauche renfermait un *calcul*, probablement d'oxalate de chaux, qui de temps en temps sortait de sa position habituelle, et tombant sur l'orifice de l'uretère fermait l'accès de l'organe, produisait de la douleur, du spasme et de l'irritation et amenait l'hydronéphrose temporaire¹. Le vomissement peut être en partie réflexe, en partie dû à la pression de la masse sur l'extrémité cardiaque de l'estomac; le liquide qui sort de la bouche en si grande abondance peut provenir en partie d'un catarrhe gastrique. Le pus et le sang qui sont mêlés à l'urine après une crise seraient produits ainsi par l'irritation de la membrane muqueuse du bassinnet et du rein.

Quelques doses de sirop d'opium, avec ou sans potions *salines effervescentes*, ont toujours atténué sérieusement la douleur et arrêté les vomissements. M. Cole ne crut pas pouvoir changer utilement l'état du malade en tentant de dissoudre le calcul. Pendant les intervalles des crises, le traitement, qui a donné d'excellents résultats, avait simplement pour but d'empêcher la formation des cristaux d'oxalate. M. Cole à cette époque ne voyait pas d'autre solution satisfaisante.

Addendum. — Le 15 février 1876, M. Cole écrivait à M. Morris² :

« Il y a quelques mois, ce malade, dans un voyage à Londres, a eu une crise après un intervalle d'un an. L'accès fut violent et la tumeur qui auparavant disparaît à chaque attaque a persisté. Il n'y a pas actuellement de douleurs vives, mais il est à craindre que l'hydronéphrose ne soit devenue *permanente*. »

1. Nous croyons plutôt à un rein mobile. (*N. des Tr.*)

2. H. Morris. — Voir la fin de son mémoire (*loc. cit.*).

Observation X.

H. MORRIS (Cas I) (Traduction in extenso) ¹.

Tumeur de la vessie. Hydronéphrose intermittente à droite. — Néphrite et accidents d'occlusion intestinale. — Hydronéphrose à gauche. — Autopsie.

HISTOIRE CLINIQUE. — Pendant l'automne de 1873, à Middlesex Hospital, l'attention de M. Morris fut attirée sur Jeanne G..., âgée de cinquante-six ans, mariée, sans enfants, et admise à Regent Ward le 5 août 1874.

Antécédents. — Il y a six ans, cette femme commença à ressentir des douleurs dans l'abdomen, surtout au voisinage de la vessie; elle urinait très difficilement; son urine était mêlée de sang. Elle fut, à un moment donné, très malade, et son médecin diagnostiqua une *inflammation de la vessie*. La guérison n'en fut jamais obtenue. Pendant deux ans, cette malade urina du sang, de temps à autre, et en quantité variable. Le 2 février 1874, son état redevint très grave, et elle dut garder le lit plusieurs semaines. A cette époque, elle n'urinait plus de sang. A partir de février, elle a perdu graduellement ses forces et, en mars, elle se fit soigner à Samaritan Free Hospital, mais n'y resta que fort peu de temps. Au bout de quatre mois, le 2 juillet, elle y retourna et fut soignée encore pour une cystite jusqu'au 23.

Pendant ces deux périodes, elle se plaignit surtout de rétention d'urine.

Tumeur de la vessie. — A son entrée à Middlesex Hospital, on remarqua qu'elle était très amaigrie. La souffrance et l'abattement étaient peints sur son visage. Elle se plaignait d'une sorte de pesanteur dans l'urèthre et le vagin après la miction, mais urinait sans difficulté; du sang était mélangé à son urine, mais elle crut remarquer qu'il était plutôt rendu à la fin de la miction.

On soupçonna un calcul ou quelque tumeur vésicale, et on proposa le cathétérisme; mais, pendant un examen du vagin, on découvrit, à *l'orifice de l'urèthre*, une tumeur petite, molle, vasculaire et papillaire, à peu près grosse comme un pois, qui semblait fixée à la plus grande partie de la circonférence de ce canal. L'utérus et le vagin étaient tout à fait sains. On trouva dans l'urine du sang, du pus, de l'épithélium vésical, mais pas de calcul et aucun élément anormal.

Le 8 août on appliqua sur la petite tumeur une solution saturée d'acide chromique et, pendant un jour ou deux, la malade perdit moins de sang et déclara qu'elle se sentait mieux, car la miction n'était plus accompagnée de douleurs. Le 11 août on reconnut de nouveau un mieux notable.

1. H. Morris. *Loc. cit.* (mémoire 1876).

La malade ne perdait plus ou ne perdait que peu de sang. Du 15 août à la deuxième semaine de septembre, M. Andrew Clark la soigna à la place de M. Morris. Le 26 août l'observation relevait moins de sang dans l'urine; quelque peine à uriner; état meilleur. Le 8 septembre, une grande quantité de sang fut rendue par les urines, et la malade accusa des douleurs violentes dans le dos et le ventre. La vessie fut examinée, et la découverte par la sonde d'une inégalité de la surface fortifia encore le soupçon qu'on avait d'une tumeur vésicale.

Le 19 septembre M. Morris, à l'examen du vagin, trouva encore une tumeur vasculaire, du volume d'une grosse noisette, qui faisait saillie hors du méat urinaire. Elle devait s'y être montrée tout récemment, car on n'en avait pas trouvé trace lors d'un examen récent. Elle était fort sensible au toucher, qui déterminait des douleurs très vives. Elle présentait un pédicule, et autant qu'on en pouvait juger, elle devait s'attacher près du col de la vessie, juste au-dessus de l'orifice de l'urèthre. L'urine était alors acide; elle renfermait environ 1/5 d'albumine, mais pas de sang; une douleur aiguë se faisait sentir dans le dos et la région hypogastrique.

Le 29 septembre, on administra le chloroforme, et la tumeur de la vessie fut enlevée avec un écraseur. L'urèthre était si dilaté qu'on pouvait aisément introduire le petit doigt dans la vessie; mais on ne put trouver le point d'attache de la tumeur. Peu après l'opération les douleurs de la miction disparurent, mais il survint de l'incontinence d'urine. La malade fut prise de vomissements et ne put plus supporter que la glace; l'urine était albumineuse, mais non teintée de sang.

Hydronéphrose. — Le 3 octobre, les nausées et les vomissements continuaient toujours. Il n'y avait pas de douleur dans la vessie, mais dans les lombes et l'hypocondre à droite. A l'examen de l'abdomen, on trouva dans ces régions une tumeur très distincte, arrondie, à peu près du volume de la tête d'un petit fœtus. La malade en ignorait l'existence. Le contour de cette tumeur était bien net, excepté à la partie supérieure, où elle s'étendait jusque sous le foie auquel elle semblait être unie. L'urine ne contenait ni pus ni sang; la miction n'était pas douloureuse (incontinence).

Néphrite et occlusion intestinale. — Le 4 octobre M. Morris, ayant demandé à M. de Morgan d'examiner cette tumeur avec lui, constata qu'elle avait complètement disparu. Le 6 octobre, la tumeur redevint nette. Les vomissements continuaient toujours, et les matières vomies avaient désormais une teinte verdâtre. Le 9 octobre les nausées sont encore très fréquentes: la malade mange à peine. Constipation. Lavement. Le 10 octobre, la malade évacue une grande quantité d'excréments solides; après quoi la tumeur disparut. Le 11 octobre, le corps, la face et les bras étaient couverts d'une éruption exanthématique rouge. Hoquet depuis le 8 octobre jusqu'à la mort.

Le 22 octobre, pas de changements importants; les vomissements, symptômes constants, se sont de plus en plus accentués et la constipation a

augmenté. L'urine était toujours rendue spontanément, et quand on en eut recueilli un peu on n'y trouva pas de sang. La tumeur abdominale varia souvent de volume; distincte et même proéminente pendant plusieurs jours, elle fut une fois examinée par M. de Morgan et d'autres médecins. Puis elle disparut et revint de nouveau, aussi notable qu'auparavant. Elle ne semblait pas nettement fixée, mais elle n'était pas fluctuante et on ne pouvait lui faire abandonner sa position dans la région lombaire droite.

AUTOPSIE. — L'autopsie fut faite douze heures après la mort, par le Dr Clark et par Morris lui-même. Il n'y avait rien de remarquable dans les organes thoraciques. Le foie et la rate étaient sains. Le rein droit était très gros, et son bassinnet fortement distendu par l'urine, de sorte que le tout constituait une énorme tumeur occupant l'hypocondre droit et la région lombaire correspondante. A la face antérieure du bassinnet distendu, une partie de l'intestin grêle adhérait par une large et forte fausse membrane. Le côlon n'avait pas d'adhérence avec la vessie. Le rein, outre qu'il était hypertrophié, était aussi très congestionné; beaucoup de ses canalicules étaient entourés de cellules de pus et, près de la surface, se trouvaient quelques dépôts purulents.

Le rein gauche était très petit, la substance médullaire étant entièrement détruite et la portion corticale fort altérée mais inégalement; le bassin et l'urètre étaient dilatés de ce côté aussi, mais moins qu'à droite. Tous les autres organes du bassin, sauf la vessie, étaient indemnes.

La vessie était contractée et le trigone très petit; il n'y avait rien dans la partie étendue de l'orifice des uretères à l'urètre; mais au-dessus de l'orifice de l'uretère droit se trouvait une masse ovale, élevée, sans pédicule, paraissant couverte de verrues, fendue à sa surface muqueuse et de couleur crème, comme les excroissances du côté gauche. Elle s'étendait en haut sur la paroi postéro-latérale droite.

L'uretère droit était bien accessible, son orifice vésical n'était pas dilaté. L'orifice de l'uretère gauche était très dilaté, et pouvait laisser pénétrer un crayon. Immédiatement au-dessus se trouvait une excroissance vasculaire de $\frac{3}{4}$ de pied de long, qui retombait sur lui, comme une valve et dont l'extrémité libre était de couleur noirâtre. Au milieu de cette masse et immédiatement au-dessus d'une ligne joignant les orifices des uretères était un nodule de la grosseur d'une bille avec une large base, faisant saillie dans la cavité de la vessie. Ce nodule était de consistance ferme, d'apparence non vasculaire, mais d'une couleur blanc crème à la surface et sur la section.

Au-dessus et à gauche, à peu de distance, la membrane muqueuse était infiltrée par ces productions nouvelles présentant une surface crevassée, dont les dépressions ou les fentes avaient aussi une couleur crème. Il y avait encore une petite tumeur attachée près du sommet de la vessie du côté gauche, et flottant dans la cavité, grâce à un long pédicule.

Les reins et la vessie furent examinés au microscope par M. le Dr Coupland. Des coupes minces du gros rein rencontrèrent des amas de pus entre les tubes urinaires et autour d'eux. Le petit rein présentait une atrophie des tubes urinaires, avec un excès considérable de tissus fibreux intermédiaires. La vessie était entièrement couverte de productions villeuses, presque exclusivement composées d'épithélium. Les papilles, quoique rompues à cause de leur extrême fragilité, paraissaient ramifiées à la périphérie. Le tissu sous-muqueux était infiltré de cellules épithéliales de diverses formes, qui se présentaient en groupes au milieu des amas du tissu conjonctif. En quelques endroits une petite infiltration des cellules remplaçait les boyaux épithéliaux. Ces caractères permirent de rattacher la tumeur à un papillome (Cancer villeux de la vessie).

Observation XI.

BRYANT (Cas I) (Traduction in extenso) ¹.

Pyonéphrose à évacuations répétées du côté gauche. — Ponctions répétées. Incision du bassin. — Mort par péritonite ².

HISTOIRE CLINIQUE. — Mme S..., quarante-sept ans, habitant à Regent's Park, a eu, à l'âge de vingt ans, dans l'abdomen, une tumeur qui disparut spontanément, après qu'elle eut rendu une notable quantité d'urine couleur de café ³.

Peu de temps après la disparition de cette tumeur, regardée comme une tumeur ovarienne, cette dame se maria. Elle se porta bien et eut deux enfants.

Il y a huit ans, elle eut la fièvre typhoïde; et alors la tumeur réapparut du côté du rein gauche. L'état général devint très alarmant et de fait Mme S... fut si malade qu'on désespéra de la sauver ⁴.

Au bout de quatorze semaines, il y eut une selle très abondante renfermant du sang et du pus. Enfin la malade guérit, la tumeur disparut et l'abdomen revint à ses dimensions normales.

Mme S... se portait bien depuis longtemps lorsque, le 18 mai 1874, la grosseur et les douleurs revinrent du côté du rein gauche, et, six jours après, on sentait au-dessus de la fosse iliaque une tumeur qu'on crut formée de matières fécales.

Le 2 juin, la tumeur s'étendait des côtes à la crête iliaque. L'urine était très colorée et paraissait mélangée à de la bile. Quelques jours après, la tumeur, qu'on avait reconnue désormais comme une hydronéphrose suppurée, atteignait l'ombilic.

1. Rapportée dans le mémoire de H. Morris, *loc. cit.*

2. Malade vue par M. Bryant, de *Guys Hospital*, et M. le Dr E. May.

3. Un peu hématurique, sans doute. (*N. des Trad.*)

4. Poussée de pyélo-néphrite, sans doute, au cours de cette fièvre typhoïde; l'Hydronéphrose dut s'infecter spontanément à ce moment. (*N. des Trad.*)

Ponction. — Le 6 juin, sir W. Jeuner vit la malade et proposa une *ponction*. On se rendit à son avis et 90 onces de pus furent retirés par M. W. Adams, médecin ordinaire de cette dame. Cette opération fut suivie d'un peu de mieux; mais le 16 juin le sac était à nouveau rempli et on devait retirer encore 3 pintes d'un liquide verdâtre et puant, à l'aide de l'opérateur.

Le 28 juin, l'urine, pour la première fois, renfermait du pus et du sang. Le 3 juillet, la tumeur se remplissait encore. C'est alors que M. Bryant fut appelé. Il fit une *incision*, analogue à celle de la colotomie, pour maintenir le sac largement ouvert. Les doigts dans la plaie, on reconnut le rein. Il sortit beaucoup de pus, mélangé à de la sérosité et à des parties sphacélées.

L'opération amena une amélioration très notable; mais la mort survint douze jours après de péritonite.

AUTOPSIE. — L'autopsie a été faite, mais sa relation n'a pas été publiée.

Observation XII.

FAGGE (Cas I) (Traduction in extenso) ¹.

Hydronéphrose intermittente à gauche. — Ponction.

HISTOIRE CLINIQUE. — Une femme mariée, de trente-sept ans, mère de cinq enfants, entrée dans le service de chirurgie de Guy's Hospital, présente une *tumeur*, globuleuse, de six pouces de diamètre, située dans les régions lombaire et iliaque gauches.

A son dernier accouchement, deux ans environ avant son admission à l'hôpital, elle avait eu, *d'une façon intermittente*, des douleurs dans l'abdomen et on avait constaté l'existence d'une tumeur analogue pendant six semaines. Elle était *mobile*, peu tendue, fluctuante, non douloureuse.

☞ L'urine, trouble parfois, était ordinairement claire et sans dépôt; densité : 1004; pas d'albumine, ni de sucre.

PONCTION. — Ponction le 1^{er} mai. On retire quarante-cinq onces d'un liquide opalescent, neutre, sans odeur. Au microscope, on y trouve quelques cellules éphithéliales. Pas d'urée ni d'acide urique dans ce liquide; ou du moins les réactifs n'en accusaient pas.

Après la ponction, on peut sentir nettement une partie arrondie et dure, du côté gauche; c'était le rein et il s'agissait bien d'une hydronéphrose. Le liquide retiré n'avait pas les caractères de l'urine; c'était de l'eau et beaucoup de chlorure de sodium et quelques cellules (c.-à-d. du liquide analogue à celui d'une hydronéphrose définitive et ancienne). La malade sortit de l'hôpital le 20 mai 1876.

1. Rapportée dans le mémoire de Morris, *loc. cit.*

Observation XIII.HARE (Cas II) (Simple citation) ¹.*Hydronéphrose intermittente.*

Jeune femme mariée et mère de plusieurs enfants. Tumeur abdominale intermittente. Malade suivie pendant vingt-cinq ans environ. La disparition de la tumeur était suivie de l'évacuation d'une grande quantité d'urine. La santé n'était pas très altérée. Vue pour la dernière fois il y a cinq ans, c.-à-d. en 1871. Elle se portait, à cette époque, en apparence fort bien.

Observation XIV.HARE (Cas III) (Citation) ².*Hydronéphrose intermittente.*

Tumeur abdominale intermittente observée chez une jeune femme. La guérison suivit l'évacuation d'une grande quantité d'urine en novembre 1866. Au mois d'août 1867, la tumeur n'avait pas reparu. La malade n'a pas été revue depuis. La tumeur siégeait du côté opposé à celle du cas II.

Observations XV, XVI et XVII.Th. SMITH (Cas I, II, III) (Mention) ³.*Pyonéphroses intermittentes. Drainage de la poche purulente.*

1^o Chez deux malades, urines purulentes. Vidage de la poche à l'aide de tubes. Amélioration pendant quelque temps. Mort au bout de quelque temps dans ces deux cas (septicémie).

2^o Chez un malade (femme), ponction. Guérison. Un accouchement depuis.

Observation XVIII.DESNOS ET BARIÉ (Résumé) ⁴.

Hydronéphrose intermittente (très probable) du rein gauche (Observation publiée sous le titre : Rein mobile et tumeur intermittente).

1. Hare. — Discussion qui suivit la citation de H. Morris à la *Société de méd. et de chir. de Londres*; an. in *The British medical Journal*, i, 29 avril 1876, p. 237. — Hare, dans cette communication, a commencé par rappeler le premier cas d'hydronéphrose intermittente qu'il avait observé et publié dès 1837. (Voir plus haut.)

2. Hare. *Loc. cit.*

3. Smith. An. in *Brit. med. Journal*, i, 29 avril 1876.

4. Desnos et Barié. *Loc. cit.*

HISTOIRE CLINIQUE. — D..., Marie, dix-neuf ans, fleuriste, entre le 8 janvier 1875 à l'hôpital de la Pitié, service de M. le Dr Desnos, avec tous les signes de la chlorose : pâleur des téguments, fatigue habituelle, essoufflements, souffles cardiaque et vasculaire, etc.

A l'âge de deux ans, chute du haut d'un meuble sur le plancher. Le coup a porté sur la région lombaire. Depuis cette époque, la malade a commencé à souffrir. Ces douleurs jusqu'à l'âge de dix ans n'étaient pas continues, mais apparaissaient tous les mois à peu près, durant quatre à cinq jours, s'accompagnant chaque fois de vomissements.

A seize ans, règles pour la 1^{re} fois. Dans la suite, elles furent irrégulières.

Depuis les règles, douleurs bien plus fréquentes, plus vives à l'époque de l'écoulement menstruel; mais les vomissements ont disparu.

Antécédents. — La malade, qui depuis quatre mois n'a pas vu ses règles (aucun signe de grossesse), se plaint en outre d'une douleur persistante et vive dans la région lombaire gauche, s'irradiant jusque dans la fosse iliaque du même côté. Cette douleur, presque continue, présente, à certains moments, des exacerbations très pénibles.

Il y a quinze jours, attaque de nerfs à la suite d'une frayeur. Depuis, douleurs lombaires et iliaque plus accusées.

Etat actuel. — Le 22 janvier, les règles, disparues depuis quatre mois, revenues le 20 avec une douleur dans la fosse iliaque gauche, viennent de cesser. Vives douleurs dans le ventre. On constate en même temps dans la fosse iliaque gauche, une tumeur, dont D... déclare s'apercevoir pour la 1^{re} fois.

Cette tumeur, de la grosseur d'une tête de fœtus à terme environ, s'étend à partir du rebord des fausses côtes dans la région iliaque. Elle est lisse, globuleuse, tendue, et rénitente, faisant saillie sous la peau qui conserve sa coloration normale, un peu douloureuse à la pression, et très mobile. C'est ainsi qu'on peut la refouler dans tous les sens, et surtout vers le haut, où l'on peut la rejeter sous le rebord costal presque tout entière. A la percussion, elle donne un son mat qui tranche nettement sur la sonorité du paquet intestinal.

Au toucher vaginal, utérus en légère rétroflexion; culs-de-sac libres. La tumeur ne fait corps ni avec l'utérus, ni avec les annexes.

L'examen des urines montre qu'elles sont parfaitement normales ¹.

Suites. — Le 27. La tumeur a disparu complètement; avec elle, les douleurs abdominales. Au palper, on ne sent plus à la place de la tumeur qu'une sorte de *cordons dur*, un peu mobile.

Le 26 février. — Depuis deux jours, douleurs dans la région lombiliaque gauche. Ce matin-là, la tumeur réapparaît pour la seconde fois; elle a le même volume que la première fois, tendue et rénitente; elle

1. Cette malade avait eu des douleurs à différentes reprises, de la polyurie, du tympanisme abdominal. C'était une névropathe. (Comm. récente de M. E. Barié.)

est cependant un peu plus elliptique et légèrement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans. Elle mesure 0,13 centimètres sur son grand axe; 0,09 centimètres sur son petit axe.

Le 29 février. — Disparition complète de la tumeur, à peine quelques douleurs.

18 mars. Règles. Douleurs extrêmement vives. Injections de morphine. Ventre ballonné. Empâtement profond dans la partie habituellement occupée par la tumeur.

20 mars. — On sent la tumeur à la palpation, mais elle est plus difficile à délimiter à cause de la tympanite.

25 mars. — La tumeur a disparu deux jours après la cessation des règles.

29 mars. — Sortie. Douleurs passagères dans les lombes.

Le diagnostic porté dans ce cas fut celui-ci : *Tumeur mobile faisant corps avec le rein*, demeurant cachée comme un rein flottant dans l'intervalle des époques et augmentant de volume et se montrant sous forme de tumeur, *au moment des règles*.

Observation XIX.

EGER (Traduction in extenso)¹.

Hydronéphrose intermittente à gauche. Rein mobile. — Grossesse et son influence.

HISTOIRE CLINIQUE. — *Antécédents.* — Mme Molhaupt, âgée de vingt-neuf ans, cigarière, a toujours été bien portante, à l'exception des maladies habituelles de la femme et d'une chlorose opiniâtre, au moment de la puberté.

Début. — Il y a dix ans elle accoucha d'un garçon. Accouchement simple. Neuf mois plus tard, léger malaise dans la région lombaire gauche, qui disparut après une courte période de repos, mais qui se montra à nouveau ces dernières années, — au début rarement, mais ensuite continuellement, — après des troubles psychiques. Il y a quatre ans, elle est devenue grosse pour la seconde fois; pendant les deux premiers mois, elle ressentit le même malaise assez fréquemment; il persista jusqu'à la seizième semaine qui suivit son accouchement. A cette époque elle se défit de son enfant à cause d'une anémie très marquée. Rapidement les douleurs de la région lombaire s'aggravèrent et se transformèrent en *accès douloureux*, qui ne cessèrent d'accabler la malade pendant un an, résistèrent à tous les traitements et ne changèrent pas jusqu'au moment où M. Eger vit cette femme pour la première fois, le 13 janvier 1874.

État actuel. — Cette malade est une femme grêle, bien musclée.

1. Eger. *Loc. cit.*, p. 406.

Organes respiratoires et circulatoires normaux. Rate et foie sans lésions.

L'absence de tissu graisseux sous-cutané, l'anémie et le relâchement énorme de la paroi abdominale frappent de suite. Les accès, déjà signalés, assez semblables les uns aux autres, sont si violents que, indépendamment de tout effort corporel, de tout excès, des règles, des troubles psychiques, une douleur de la région lombaire gauche accable la malade au milieu de ses travaux.

Cette douleur s'irradie dans les aines et le milieu du ventre, et, à cause de sa violence, la malade est dans l'incapacité de travailler.

Un tremblement et un frisson se produisent; puis surviennent des vomissements violents, glaireux et bilieux, du refroidissement et de la pâleur des extrémités, une perte de connaissance et enfin une sensation de profond anéantissement.

Le pouls est petit, fréquent; la température n'est pas élevée. Immédiatement après le début des douleurs, on voit apparaître rapidement sous l'arc costal *gauche*, une *tumeur* lisse, en forme de haricot à convexité externe et inférieure. Cette tumeur située dans la région méso- et hypo-gastrique, ressemble tout à fait à un rein; elle est immédiatement en rapport avec la paroi abdominale; cependant quelques anses de l'intestin la recouvrent. Elle est séparée par une large zone de sonorité intestinale du foie et de la rate. Elle conserve les mêmes dimensions pendant toute la durée de l'attaque et est immobile. Toute tentative faite pour la déplacer reste infructueuse et est extrêmement douloureuse.

Une seule fois, on parvint à faire remonter dans le flanc la tumeur, au prix de grandes souffrances; cela fit cesser l'accès, quelques heures plutôt que d'ordinaire.

Quand apparaissait la tumeur, il se développait une *sensation d'urine retenue* dans une vessie distendue, absolument insupportable; la malade ne *rendait plus que quelques gouttes d'une urine très claire, sans albumine.*

L'accès durait ordinairement environ un jour plein, fréquemment un jour et une nuit, parfois plus longtemps. Ces douleurs vives persistaient pendant toute la durée de l'accès avec la même intensité. Tout ce que la malade prenait, nourriture ou boisson, était rejeté.

Les douleurs disparaissaient généralement tout à coup; après un vomissement et l'évacuation d'une *quantité d'urine très claire* non albumineuse, sinon considérable du moins assez abondante, la *tumeur disparaissait* aussi vite qu'elle était venue; un bien-être parfait succédait à un sentiment de faiblesse trop compréhensible.

Les accès revenaient tous les quinze ou vingt jours; une seule fois, ils ne revinrent qu'au bout de six semaines. On essaya de remédier à la *chute du rein* à l'aide d'une ceinture à pelote; cet essai resta infructueux. La morphine par contre procurait chez cette malade un soulagement constant, s'il n'était pas très accentué.

Grossesse. — En juillet 1874, cette malade devint à nouveau enceinte,

pour la première fois depuis trois ans. M. Eger avait espéré que la grossesse amènerait un soulagement notable, supposant que l'utérus remonterait les reins; il n'en fut rien. Au contraire, les mois suivants une *aggravation* considérable se produisit. Les accès devinrent plus fréquents et il s'écoula à peine une semaine entre leurs apparitions.

A la fin l'état général de cette malade devint menaçant; mais tout à coup, vers le quatrième ou le cinquième mois de la grossesse, ils disparurent. La malade était enchantée; depuis trois ans, elle n'avait jamais été débarrassée pendant un mois de toutes ses douleurs. Il persistait seulement un malaise très caractéristique dans la région inguinale gauche; mais aucune douleur véritable. La grossesse se continua sans incident; l'accouchement eut lieu le 12 mars 1875 sans accident.

Mais à peine l'utérus fut-il débarrassé du fœtus et de l'arrière-faix, qu'on vit apparaître, sans qu'il survint de phénomènes douloureux, une tumeur grosse comme la tête d'un petit enfant, sous l'arc costal gauche, dans l'hypogastre gauche. Cette tumeur était bien tendue, élastique, irrégulièrement bombée, non douloureuse à la pression, impossible à mobiliser et à changer de place. En rien semblable à un rein, elle était éloignée de la ligne blanche d'environ $1/2$ cent. à peine et était recouverte par des anses intestinales. Elle était mate à la pression, mais un son plus ou moins tympanique était dû aux anses intestinales qui la recouvraient. Elle était séparée de la rate et du foie par une large zone de sonorité intestinale. L'utérus, de même que les annexes, était normal, comme le montra un examen qui eut lieu plus tard; il n'avait aucune connexion avec la tumeur. La tumeur, qui donnait à l'abdomen un aspect particulier, irrégulier, ne subit pas le moindre changement de volume ou de consistance pendant toute la durée des suites de couches.

La malade rendit tout le temps une quantité normale d'urine claire, non albumineuse. Du fait de cette tumeur la malade n'éprouvait aucune douleur, sauf un sentiment désagréable de plénitude abdominale.

Vers le 15 mai (*deux mois après l'accouchement*) elle remarqua, en se mettant au lit, une diminution de volume de la tumeur sans changement d'ailleurs dans la santé. Un autre matin, elle constata que la tumeur avait disparu. Elle n'y songea plus. Elle se souvient qu'elle ne souffrit plus beaucoup, quoiqu'elle ait ressenti une *violente envie d'uriner*. Elle resta ainsi jusqu'au 28 mai. Ce jour-là apparurent des douleurs dans le bas-ventre, un certain malaise et, pour la première fois depuis l'accouchement, les règles. Le sommeil ne fut pourtant pas troublé. Un matin, elle trouva, à son ancienne place, une petite tumeur qui, en quelques heures et sans douleur, atteignit la dimension de celle qui existait après l'accouchement. Elle était en tous points semblable à cette dernière; il ne survint pas de trouble dans la sécrétion ni dans l'excrétion urinaire jusqu'au 20 juin. Ce jour-là, la malade lavait, pieds nus, sa chambre et son escalier.

Y a-t-il un rapport quelconque entre ce fait et ce qui va suivre? M. Eger n'en sait rien; toujours est-il que dans la nuit elle ressentit une violente envie d'uriner et rendit une quantité considérable d'urine claire. Elle ne remarqua pas, malheureusement, s'il y avait du pus.

Cette autre indisposition ne dura pas : le matin, la tumeur avait disparu. La malade est restée dans cet état environ jusqu'au milieu d'août. La patiente, qui, de suite après son accouchement, avait repris son travail à la fabrique, se porte si bien qu'elle dit ne s'être jamais mieux trouvée.

Elle n'a pas malheureusement une mine en rapport avec son état. L'urine examinée à ce moment est rendue en quantité normale; elle est toujours jaune clair, transparente, non purulente et dépourvue de tout élément figuré.

Complément de l'observation. (Autre grossesse.) — Pendant la fin de juin, la malade se porta bien; mais, tout à coup, le 12 septembre apparut, avec des douleurs modérées, une tumeur allongée, tendue, élastique, sous l'arc costal gauche. Le 13, cette tumeur était dans les lombes. Au point de vue de la grosseur elle n'atteint pas le volume du sac hydronephrotique; *quand on la pressait, on déterminait une envie d'uriner.* Urine très claire, transparente, sans pus. Thérapeutique : injection de morphine. La nuit suivante la tumeur disparut sans aucun trouble.

M. Eger *présuma là-dessus une conception*; et, en réalité, la période menstruelle attendue le 18 septembre *ne parut pas*. Le 28 septembre, les mêmes symptômes, objectifs et subjectifs, que les 2 et le 13, se montrèrent ce jour-là, mais un peu moins accentués; sommeil sans morphine. Dans la nuit, disparition de la tumeur sans aucun symptôme.

Un phénomène semblable se reproduisit encore le 7 octobre. Le 1^{er} février 1876, apparition nouvelle d'une tumeur, *manifestement distincte de l'utérus*. Pas de changement dans les urines.

Le 13 mars, *accouchement avant terme*, facile, d'un enfant mâle vivant. Aucun changement dans l'état de la tumeur.

Dans la deuxième semaine de mai, violente *hémorragie*; nouvelle hémorragie le 23 mai (22 mai, mort de l'enfant). En même temps envie pressante d'uriner; diminution rapide et disparition de la tumeur. Urine abondante, incolore, renfermant pour la première fois des *globules rouges du sang*.

Le 24 mai, urine de nouveau claire; cependant l'addition d'acide azotique et d'acide chlorhydrique détermine un léger trouble persistant encore actuellement, quoiqu'il soit moins marqué. A l'examen microscopique, on constate la présence de quelques *globules blancs* (ce qu'explique la longue durée de l'hydronephrose); par contre tous les signes d'une *néphrite* (cylindres et capsules rouges du sang) font défaut.

Observation XX.

M. BAKER (Traduction résumée)¹.*Hydronéphrose intermittente gauche. — Néphrectomie (Intermittence méconnue)*².

HISTOIRE CLINIQUE. — Un jeune homme de 16 ans entre à Saint-Bartholomew's Hospital le 26 février 1891, pour une volumineuse tuméfaction siègeant dans la région rénale gauche.

Début. — Il est malade depuis environ 4 ans ; sa maladie a débuté par des douleurs vives, apparaissant subitement dans la région rénale gauche, l'obligeant à cesser tout travail et à rester couché. Le lendemain matin pourtant, la douleur avait disparu complètement. Une seconde attaque, avec les mêmes symptômes, se montra quinze jours après. Ultérieurement, d'autres attaques surviennent à intervalles presque réguliers, environ toutes les semaines ; elles ont continué jusqu'à l'entrée à l'hôpital.

Les crises. — L'accès dure ordinairement de 8 à 16 heures ; les douleurs sont extrêmement intenses et se font toujours sentir dans la région du rein gauche. Pendant la crise, on peut constater nettement, en examinant la région douloureuse, une grosse tumeur, fluctuante à la pression. Mais cette tumeur disparaît bientôt et on n'en retrouve pas la moindre trace quand les douleurs ont cessé ; elle ne réapparaît qu'à une nouvelle crise. Avant l'attaque, l'urine est claire ; immédiatement après, elle devient épaisse et contient du pus. La coloration trouble disparaît graduellement et l'urine redevient claire, jusqu'à ce que le malade ressente le début d'une nouvelle attaque. Pendant la crise, il est toujours couché sur le dos, les genoux fléchis ; tant que durent les phénomènes douloureux, il lui est impossible de prendre la moindre nourriture. Il n'urine pas, même quand l'attaque se prolonge plusieurs heures.

Marche. — En juin 1879, il entra dans le service de M. le Dr Andrew, où il resta plus de deux mois, mais sans en retirer un bénéfice durable. Les attaques de douleurs et les symptômes qui les accompagnaient continuèrent à se produire avec une grande régularité. L'état général était un peu altéré par les accès répétés ; mais ce malade n'avait cependant pas besoin de rester à l'hôpital. Il fut soigné par le Dr Duckworth jusqu'à sa nouvelle rentrée.

Quinze jours après l'entrée : Violente attaque de douleurs et apparition d'une tumeur dans la région rénale gauche. Cette tumeur est volumineuse, fluctuante et tendue. On se résout à faire une opération exploratrice.

OPÉRATION (15 mars 1881). — Incision analogue à celle de la colotomie lombaire, agrandie à l'aide d'une autre incision, parallèle à la dernière côte et perpendiculaire à la première. Après mise à nu de la tumeur, ce qui

1. M. Baker. *Loc. cit.*, p. 264.

2. Observation signalée par Br. Clarke, *loc. cit.*, p. 75.

montre qu'il s'agit d'un rein très dilaté, on fit une ponction. On retira une pinte et demie d'un liquide pâle, légèrement trouble. ($D = 1,003$, cellules de pus et traces d'albumine.) L'ouverture de la poche fut agrandie, le rein fut exploré aussi complètement que possible à l'aide du doigt, puis avec une sonde métallique. La limite inférieure de la tumeur qui semblait s'étendre jusque dans le bassin ne put être examinée d'une manière satisfaisante. *On ne trouva aucun calcul.*

Aux bords de la plaie on sutura le rein kystique. Drainage. Pansement phéniqué.

Suites opératoires simples. Les douleurs disparurent complètement et l'état général s'améliora. Une quantité considérable d'urine s'écoulait chaque jour par le drain.

On analysa séparément l'urine sortant par la fistule et recueillie à l'aide d'un appareil spécial, et celle qui était rendue par l'urètre.

1° Urine rendue par la fistule : 21 onces par jour; $d = 1,003$.

Albumine : 22 juillet, $1/4$; 29 juillet, $1/8$; 1^{er} août, $1/9$.

Urée : 22 juillet, $0,2\ 0/0$; 29 juillet, $0,1\ 0/0$; 1^{er} août, $0,1\ 0/0$.

Urine légèrement acide; un peu de sang; pas de sucre.

2° Urine rendue per urethram : 28 onces; $d = 1,013$.

Albumine : Néant.

Urée : 22 juillet, $1,0\ 0/0$; 29 juillet, $1,4\ 0/0$; 1^{er} août, $2,0\ 0/0$.

Urine légèrement acide; pas de sucre; pas de sang.

Observations XXI et XXII.

MORRIS (Cas II et III) (Citation)¹.

Hydronéphroses intermittentes.

Il s'agit d'une femme dans les deux cas.

Observation XXIII.

LLOYD (Cas I) (Traduction in extenso)².

Hydronéphrose intermittente à droite. — Néphrectomie lombaire.

Homme de 27 ans, souffrant depuis 19 ans du côté droit. Hydronéphrose intermittente accompagnée d'hématurie et de pyurie de temps en temps. Tumeur mobile, allant et venant de la fosse iliaque à l'hypocondre.

Néphrectomie lombaire le 18 novembre 1884. — Guérison.

Sortie de l'hôpital le 21^e jour. Résultats éloignés très bons : guérison complète.

Depuis il s'est marié et est devenu père.

1. H. Morris. *Surgical diseases of the Kidney*, 1885. — L'auteur rappelle dans cet ouvrage qu'en outre de ces deux cas qu'il a eu à soigner, il a publié en 1876 un travail portant sur neuf cas.

2. Lloyd. *Loc. cit.*, tableau, cas n° 3.

Le rein était énormément dilaté. On ne trouva pas la cause d'obstruction de l'uretère¹.

Observation **XXIV.**

LLOYD (Cas II) (Traduction in extenso)².

Hydronéphrose intermittente du côté gauche. — Néphrectomie lombaire.

Petit garçon âgé de 5 ans, ayant des douleurs dans la région rénale gauche depuis un certain temps. Tumeur, dans la moitié gauche de l'abdomen et dans l'hypocondre, qu'on a reconnue depuis 4 ans 1/2, c'est-à-dire six mois après la naissance, et qui est sans doute d'origine congénitale. Pas d'hématurie ni d'écoulement de pus par les urines.

Néphrectomie lombaire le 30 mai 1885. Guérison; il se leva le 24^e jour. Plaie solidement cicatrisée.

Résultats éloignés très bons.

Le bassinnet était énormément dilaté, de même que la substance rénale. L'obturation de l'uretère était causée par sa flexion³.

Observation **XXV.**

LLOYD (Cas III) (Traduction in extenso)⁴.

Hydronéphrose congénitale gauche intermittente⁵. — Néphrectomie lombaire.

Enfant de 11 mois, atteint d'hydronéphrose congénitale gauche depuis sa naissance. Douleurs vives. Pas d'hématurie ni d'urine purulente.

La tumeur remplit presque tout le ventre et l'hypocondre.

Néphrectomie lombaire le 16 juin 1886.

Mort le 4^e jour, presque subitement, sans qu'on puisse soupçonner la cause du décès.

Le rein gauche était deux fois plus malade que le droit.

1. Newmann. *Loc. cit.*, p. 456 (Tableau). (An. du cas de Lloyd.)

2. Lloyd. *Loc. cit.*, cas 4.

3. Newmann. *Loc. cit.*, p. 456.

4. Lloyd. *Loc. cit.*, tableau, cas 7. — Newmann. *Loc. cit.*, p. 456.

5. Cette hydronéphrose n'est pas indiquée comme intermittente dans le tableau, p. 270. Mais J. Lloyd dit, dans le cours de son article, p. 265, que les trois cas observés par lui étaient des H. intermittentes; d'ailleurs Newmann indique lui aussi ce cas comme une H. transitoire.

Observation XXVI.KÖNIG (Simple mention)¹.*Hydronéphrose intermittente.*

Femme atteinte d'hydronéphrose.

Celle-ci se vida et ne reparut qu'au bout de quelques années.

Observation XXVII.Walter FELL (Traduction in extenso)².*Rein mobile à droite avec crises douloureuses. Hydronéphrose intermittente (méconnue). — Néphrectomie lombaire. — Guérison.*

HISTOIRE CLINIQUE. — Mme T... est âgée de 31 ans. Elle a eu six enfants, dont trois sont vivants. Les règles ont toujours été régulières; mais la santé de cette dame a toujours été délicate. M. Fell la vit pour la première fois en juin 1886. Elle se plaignait alors d'*attaques périodiques* et de *douleurs* intenses dans la région lombaire et l'hypocondre du côté droit. A l'examen, M. Fell trouva dans le flanc droit, immédiatement au-dessous de la dernière côte, un *corps dur, très mobile*, ayant à peu près les dimensions et la forme du rein. On pouvait le refouler en avant vers l'ombilic.

On porta le diagnostic de *Rein mobile* et recommanda l'usage d'un coussinet et d'un bandage pour maintenir l'organe en place.

Lorsque M. Fell revit cette malade pour la seconde fois, trois mois après, le 1^{er} septembre, cette dernière lui conta qu'elle avait encore éprouvé les plus vives douleurs et que les attaques avaient continué et même étaient devenues plus fréquentes. Elle venait justement de passer deux jours dans d'atroces souffrances, avec des efforts de vomissements fort pénibles et même des vomissements. Le moindre exercice semblait être la cause d'une attaque.

Elle était réellement amaigrie et paraissait très fatiguée. Elle ne présentait pas d'élévation de température; les urines étaient claires, pâles, sans albumine. A l'examen de l'abdomen, on sentait, comme lors de la première visite, une tumeur mobile; mais elle était devenue beaucoup plus large; elle s'étendait en avant jusqu'à l'ombilic et la partie antérieure était manifestement *fluctuante*. L'utérus était repoussé en avant; ses dimensions étaient normales. Il n'avait aucune connexion avec la tumeur qui semblait de même être tout à fait indépendante du foie. Une opération s'imposait. La malade y consentit.

Quelques jours après, M. Fell la revit à nouveau. Il la trouva souriante; ses douleurs avaient complètement disparu. Et, en examinant l'abdomen,

1. König. *Traité de pathol. chir. spéc.*, trad. fr. par Comte, 1889, t. II, 1^{er} fasc., p. 245.

2. W. Fell. *Loc. cit.*

il constata de même que *la tumeur n'existait plus*. Le rein était bien encore un peu incliné en avant, un peu déplacé; mais la *partie fluctuante*, qui s'avancait jusque vers l'ombilic, avait totalement disparu. La malade racontait que les choses se passaient toujours ainsi : « Tant que les douleurs étaient intenses, la grosseur persistait; mais dès que la tumeur disparaissait, elle se trouvait délivrée de toutes ses souffrances ¹. »

Pour M. Fell, l'explication la plus probable du phénomène fut que l'uretère s'obstruait pour une raison ou pour une autre, et que le bassinet se dilatait énormément; d'où les douleurs et les vomissements. Quand l'obstacle n'existait plus, la tumeur se vidait d'elle-même. Toutefois il ne put pas se rendre un compte bien exact de la grande quantité d'urine excrétée à ce moment; mais, au dire de la malade, elle en rendait toujours autant. Il n'y eut jamais de sang dans l'urine.

Il sembla alors au Dr Fell que pendant les crises douloureuses cette femme courait quelques dangers par suite de la possibilité de la rupture du bassinet dilaté et à parois amincies ². Aussi, le 7 septembre 1886, assisté des Dr Collins et Rawson, crut-il devoir procéder à l'opération.

OPÉRATION. — On prit les précautions antiseptiques les plus minutieuses. Une incision, d'environ 4 pouces de long, fut faite comme si l'on avait voulu pratiquer une colotomie lombaire droite; toutefois elle fut placée un peu plus en avant que d'ordinaire. La paroi de l'abdomen ouverte, la première chose que l'on aperçut fut le bord du foie; puis, immédiatement au-dessous, le rein. En passant la main avec précaution en avant vers l'ombilic, on put amener au dehors une large poche contenant du liquide. Elle faisait évidemment partie du rein et une pression légère permit de réduire quelque peu cette masse. Cette poche étant dès lors partiellement vidée ³, un doigt put en invaginer une portion et la faire rentrer dans la cavité formée au niveau du hile du rein. D'autre part le pouce étant appliqué à la surface externe de l'organe, on put ainsi constater que la substance rénale avait beaucoup diminué d'épaisseur. Le rein s'était donc peu à peu transformé en une vaste poche pleine de liquide.

Après une courte délibération, on fut d'accord sur ce point : à savoir que ce rein était une source constante de danger; par suite on décida qu'il valait mieux l'enlever.

En conséquence, on l'incisa, enleva brusquement la capsule qui était adhérente en quelques points et arracha le rein. Puis, glissant avec une certaine difficulté les doigts au delà de la poche, on amena au dehors une masse de tissu mou et aréolaire. On en fit sortir le plus que l'on put. Cette masse comprenant l'uretère, du tissu conjonctif et le mésentère constitua le pédicule, qui fut transfixé et lié avec trois fils. Après l'ablation de la tumeur,

1. Il serait difficile, à l'heure actuelle, de ne pas reconnaître là une hydronéphrose intermittente typique. (*Note des Trad.*)

2. Ce qui laisse supposer qu'au moment des accès la tumeur augmentait notablement (*idem*).

3. Probablement, dans ce déplacement du rein, on redressa l'organe et diminua la torsion de l'uretère, ce qui permit à l'urine de s'écouler dans la vessie. (*Note des Trad.*)

une hémorragie assez abondante eut lieu par des vaisseaux restés en dehors de la ligature à la partie supérieure et en dedans de la plaie. Quelques secondes s'écoulèrent à peine que l'artère fut oblitérée; mais la perte de sang avait été si considérable qu'on craignit qu'il en résultât pour la malade une certaine faiblesse. Une double ligature à la soie solide fut placée et le fil coupé au ras. Puis la plaie, nettoyée rapidement, fut fermée avec 5 sutures profondes et 3 superficielles. Pansement à la gaze iodoformée sèche. L'opération, depuis le début de l'anesthésie, avait duré une heure et demie.

La convalescence fut rapide; aucun accident. La température s'éleva une fois à 100° Fahrenheit, mais ne dépassa jamais ce chiffre.

Le 22^e jour la malade s'asseyait dans une chaise et se trouvait bien mieux qu'avant l'opération.

Il y a actuellement 8 mois qu'elle est opérée. Elle jouit d'une santé parfaite et le rein unique suffit parfaitement à sa besogne.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — Sur le rein enlevé, l'uretère naissait au point où le bassinot était *notablement enflammé*, où la membrane muqueuse était très *congestionnée*. Quant à la cause de l'obstruction, M. Fell se déclare incapable de la dire.

Observation XXVIII.

NEWMANN (Cas I) (Traduction in extenso)¹.

Rein mobile droit. — Hydronéphrose intermittente droite.

HISTOIRE CLINIQUE. — W. O., quarante-neuf ans; depuis trois ans, ce malade, bien constitué, a maigri. Il a beaucoup souffert d'une bronchite catarrhale chronique, jointe à une expectoration muco-purulente abondante, dans laquelle le microscope trouve parfois quelques parcelles de sang et beaucoup de pus. Il y a aussi de l'emphysème, sans bronchectasie.

Début. — Sa maladie a débuté au commencement de 1882. Il était à cheval lorsque son cheval butta; il tomba sur le côté gauche en se fracturant deux côtes (la neuvième et la dixième). Il garda le lit quinze jours environ après l'accident. Pendant ce temps, il se plaignait d'une douleur au côté droit, immédiatement sous le bord du foie.

On crut à un abcès. Tant qu'il resta couché, il n'aperçut pas de tumeur dans le côté droit; mais dès qu'il se leva, il découvrit une tumeur mobile située dans l'hypocondre.

État actuel. — Quand M. Newmann vit ce malade, ce dernier se plaignait d'une douleur dans la région rénale droite, de vomissements et de diarrhée.

La douleur survenait d'ordinaire subitement; elle durait cinq à six heures. Ce malade avait remarqué que, s'il faisait beaucoup d'exercices ou s'il était constipé, il avait plus de tendance à avoir une crise. Quand il était couché les symptômes disparaissaient.

1. Newmann. *Loc. cit.* (Cas II de Newmann; in Tableau des reins mobiles observés par cet auteur, p. 24).

A l'examen, amaigrissement notable, abdomen pendant et flasque. Au palper, on sent une tumeur ovale, siégeant sous le foie, à environ 2 pouces de l'ombilic. Il est facile de déplacer la tumeur dans l'abdomen. Après déplacement de cette tumeur, on constate que la région rénale est vide et, quand on la saisit, le malade éprouve une sensation de malaise, comme lorsqu'on comprime le testicule. On chercha, aux environs de la tumeur, les battements de l'artère rénale, le cas s'y prêtant en raison de la maigreur du sujet et de l'état flasque des parois abdominales; on ne trouva rien.

Le symptôme le plus remarquable était la suppression subite d'urine, sans cause apparente, et sans relation visible avec la position du rein droit. Quelquefois, en effet, elle se produisait sans que l'organe fût déplacé — au moins autant qu'on pouvait l'apprécier à la main — et il n'y avait pas d'augmentation de volume de l'organe pendant que durait ce phénomène.

L'urine évacuée, quand la sécrétion recommençait, ne différait pas de celle qui était excrétée en dehors des crises.

Urine d'une crise ¹.

Date	Heure	Quantité	Densité	Urée	Remarques
28 novembre	7 h. matin	40 onces	1015	1,75	Faible dépôt d'urates.
28 —	11 h. —	8 —	1017	1,85	"
29 —	1 h. —	3 —	1016	1,7	Fort dépôt d'urates.
29 —	3 h. —	40 —	1019	1,9	"
29 —	8 h. —	6 —	1014	1,5	Pas de dépôt.
29 —	1 h. soir	7,5	1014	1,55	"
29 —	5 h. —	40 —	1018	1,7	"

Observation XXIX.

NEWMANN (Cas II) (Traduction¹ in extenso)².

Rein mobile droit. — Hydronéphrose intermittente droite.

HISTOIRE CLINIQUE. — Mme D., âgée de quarante-trois ans, a joui d'une bonne santé jusqu'à la naissance de son neuvième enfant. Sa deuxième couche a été suivie de symptômes qui ne furent pas bien compris, en raison de leurs caractères vagues.

En quatorze ans elle a eu 9 enfants, tous encore vivants, et 2 fausses couches; la première au 5^e mois, entre le troisième et le quatrième enfant; la deuxième au quatrième mois, entre le huitième et le neuvième. Après son dernier accouchement, elle éprouva un malaise mal défini, moins que la douleur qu'elle accuse actuellement, mais suffisant pour l'empêcher de travailler. Elle devint anémique et maigrit; les règles furent bientôt très abondantes et accompagnées de phénomènes douloureux inaccoutumés.

Début. — Au bout de six mois, elle se plaignait d'une douleur notable

1. Au cours de cette crise, il n'y eut pas d'urine rendue entre onze heures du matin le 28 et une heure du matin le 29 novembre; donc arrêt de quatorze heures.

2. Newmann. *Loc. cit.*, p. 40 (Cas III de Newmann; in Tableau des reins mobiles par lui observés, p. 24).

dans le côté droit; en même temps, elle s'aperçut de la présence d'une tumeur mobile de ce côté. On pouvait palper cette tumeur sans augmenter beaucoup les souffrances; mais cet examen déterminait des nausées et même des vomissements. Quelques mois après, les douleurs devinrent très violentes, surtout pendant les règles, après un exercice pénible ou lorsqu'il y avait de la constipation. Alors apparurent des symptômes de dyspepsie.

Lorsque M. Newmann vit cette malade pour la première fois, en décembre 1881, 9 mois après sa dernière couche, les phénomènes s'étaient tellement aggravés qu'elle demandait à rester couchée pendant ses règles.

A l'examen de la tumeur du côté droit, M. Newmann en reconnut nettement la nature: c'était un rein mobile. L'urine était absolument normale.

État actuel. — Le 14 décembre 1882, les symptômes sont très marqués: douleurs presque continuelles, habituellement localisées dans la région lombaire droite, mais s'étendant parfois dans tout l'abdomen. Elles augmentent pendant la menstruation, mais sont parfois très violentes en dehors des règles. — *Accès.* A ces moments-là, s'ajoutent d'autres symptômes semblant indiquer un obstacle à l'excrétion urinaire. En général, ils apparaissent très subitement et suivent quelque effort soudain; ils se produisent au moment où le rein se déplace. Ils peuvent ne durer que quelques heures et disparaître presque soudainement qu'ils sont venus, ou bien persister vingt-quatre et même trente-six heures. Le premier indice d'une crise est une diminution subite dans le volume de l'urine évacuée, quelquefois même sa suppression presque entière. Ce phénomène est suivi d'une augmentation rapide dans le volume de la *tumeur mobile* dans l'abdomen; cette tumeur se trouve alors un peu à droite de la ligne médiane, avec son bord inférieur à 1 pouce environ au-dessus du tiers interne du ligament de Poupert.

En même temps, douleurs violentes dans la région rénale venant par accès et s'accompagnant de maux de cœur, de nausées, de vomissements même. Leur violence varie beaucoup suivant les crises. Quelquefois un repos d'un jour au lit calme les accès; d'autres fois, ils persistent plus longtemps, si bien qu'ils sont suivis parfois de symptômes urémiques, tels que troubles de la vision, maux de tête violents et persistants, coma, avec ou sans crises d'excitation.

Pendant la durée de ces crises, la quantité d'urine est diminuée et le premier indice de l'amélioration est une évacuation soudaine d'urine concentrée, en même temps que se produit une diminution dans le volume de la tumeur rénale, suivie de la sécrétion d'une grande quantité d'urine moins dense.

Voici l'indication de la quantité d'urine rendue pendant les crises, avec les modifications survenues dans sa composition:

Date	Heure	Quantité	Urée	Acide urique	Phosphates	Chlorures	Autres corps solides	Totaux
9 déc.	10 h. matin	10 onces	19,3	0,44	1,93	10,1	5,2	36,96
9 —	7 h. soir	8 —	36,3	0,54	2,61	12	6,3	57,75
9 —	7 h. 40 —	18 — 5	11,4	0,19	0,73	4	2,1	18,12
9 —	10 h. —	16 —	12,3	0,2	0,61	5,3	3	21,41
10 —	1 h. matin	9 —	16,1	0,5	1,3	11	3	31,9
10 —	7 h. soir	7 —	23,4	0,5	2,5	10,2	3,4	40

L'urine, recueillie ce jour-là à dix heures du matin, était normale. A midi la crise commença et dura jusqu'à 7 h. 30 du soir. A sept heures la malade évacua 8 onces d'urine concentrée, contenant 6 p. 0/0 de matières solides; à 7 h. 40, elle rendit 18 onces 1/2 d'urine diluée, contenant moins de 2 p. 0/0 de matières solides. A aucun moment on ne put découvrir d'élément anormal à l'examen microscopique.

Les crises rapportées ci-dessus sont absolument différentes des douleurs qui surviennent pendant les périodes menstruelles. Les douleurs ne sont pas si aiguës, ne surviennent pas par crises. Ce sont plutôt des tiraillements qui ne s'accompagnent que de légers symptômes dyspeptiques ou de troubles dus à la congestion utérine.

Évolution. — Au 17 février 1883, la malade a eu deux attaques accompagnées de suppression d'urine. La première a été bénigne; la deuxième plus pénible et plus longue (3 jours). Aujourd'hui, le rein est moins volumineux qu'en décembre 1881: il est plus mobile; mais quand on le saisit avec la main, les sensations éprouvées sont plus désagréables encore qu'à cette époque. Le fait le plus important est la présence d'une petite quantité d'albumine dans les urines qui deviennent plus abondantes et moins denses (1008, 1012), et renferment parfois des cylindres hyalins et granuleux. L'anémie est plus prononcée; les traits sont tirés, les troubles digestifs plus marqués (perte d'appétit, nausées, etc.).

L'urine ultérieurement (1883) a été toujours abondante, peu dense, et a continué à renfermer de l'albumine. En vingt-quatre heures la malade en rendait une quantité plus grande que normalement; cela variait entre 70 et 90 onces. Jamais, sauf après les accès douloureux, la densité n'a dépassé 1014. La moyenne a été de 1011, le minimum 1007. L'albumine variait en quantité et manquait parfois. Elle n'a jamais dépassé 0,21 p. 0/0 et en général ne montait pas au-dessus de 0,08 p. 0/0. Le dépôt était faible, composé d'épithélium granuleux, de mucus, de leucocytes et parfois de cylindres hyalins ou granuleux.

Le rein mobile a montré une tendance à diminuer de volume, de sorte qu'en juin 1883, il semblait plus petit d'un tiers environ qu'en janvier 1882. Il a continué à être mobile. Quand il est déplacé, il ne reprend plus sa position normale avec autant de facilité qu'auparavant. — Pendant les 5 premiers mois de 1883 la malade a eu 4 crises de douleurs violentes avec suppression d'urine, en outre de la gêne qu'elle a éprouvée à chaque période menstruelle et du malaise général dont elle se plaint sans cesse. Cette malade était convaincue que si on lui fixait le rein en place, elle ne souffrirait plus; aussi réclamait-elle une opération.

M. Newmann considéra l'albumine et la présence de cylindres dans l'urine comme une complication sérieuse. Aussi, tout en supposant le rein gauche sain (il en avait reconnu l'existence en place normale par la palpation avant de proposer l'opération), voulut-il s'assurer d'abord de l'état de ce rein en analysant les urines sécrétées. Il eut recours pour cela au *cathétérisme des uretères* et examina séparément les urines des 2 reins. Urine du rein droit : Pâle, à faible dépôt, neutre; densité de 1,012; urée 1,10 p. 0/0;

albumine 0,35 p. 0/0; pas de sang, pigments biliaires, etc. Au microscope : dépôt formé de mucus, de quelques leucocytes, d'épithélium granuleux et graisseux, mais pas de cylindres.

Observation XXX.

NEWMANN (Cas III) (Traduction in extenso)¹.

Prolapsus utérin. Cystocèle. Reins mobiles. — Hydronéphroses intermittentes des deux côtés.

Malade âgée de trente deux ans, ayant eu 7 enfants, en onze ans.

Quand M. Newmann la vit, elle souffrait d'un ballonnement de tout l'abdomen, d'un prolapsus de l'utérus et de la vessie, et les deux reins étaient mobiles.

Cruelles douleurs aux époques menstruelles, et quand le prolapsus utérin n'était pas réduit.

Quand l'utérus sortait, elle se plaignait tout particulièrement de douleurs légères d'abord, puis violentes, dans les régions rénales; en même temps il y avait des vomissements, une diminution subite dans la quantité d'urine excrétée, et une augmentation de volume des reins mobiles.

Mais l'utérus et la vessie étaient-ils remis en place, à un intervalle plus ou moins long, la malade éprouvait, raconte-t-elle, la sensation de « quelque chose qui tombait goutte à goutte dans la vessie » et aussitôt après elle évacuait une grande quantité d'urine normale.

Observation XXXI.

NEWMANN (Cas IV) (Traduction in extenso)².

Rein mobile droit. — Hydronéphrose intermittente droite.

Femme de vingt-cinq ans. Rein mobile droit.

Phénomènes dyspeptiques. Amaigrissement.

Hydronéphrose intermittente avec suppression d'urine.

Douleur dans la région lombaire droite pendant la menstruation qui était très irrégulière.

Observation XXXII.

NEWMANN (Cas V) (Traduction in extenso)³.

Hydronéphrose intermittente gauche.

Homme, souffrant de fréquentes crises de colique rénale prolongée, mais non très douloureuse.

1. Newmann. *Loc. cit.* (Cas VII de Newmann, tableau des reins mobiles, p. 24).

2. Newmann. *Loc. cit.*, p. 24; in Tableau des cas de reins mobiles (cas XII).

3. Newmann. *Loc. cit.*, p. 120 (Ch. Hydronéphrose).

Pendant quelques-unes de ces crises, M. Newmann découvrit une augmentation considérable de volume du rein gauche.

A chaque crise, la douleur durait de quarante-huit à cinquante-six heures. Les crises revenaient à intervalle de quatre à sept semaines.

Quand l'accès diminuait d'intensité, la grosseur diminuait aussi, et ce phénomène était suivi d'une évacuation d'urine concentrée.

Pas de dépôt, ni élément anormal d'aucune sorte dans l'urine.

Le malade a cru remarquer que les crises apparaissaient surtout quand il laissait sa vessie se distendre.

Observation XXXIII.

LANDAU (Cas I) (Traduction in extenso)¹.

Prolapsus utérin. — Hydronéphrose intermittente à droite. — Pyonéphrose et abcès périnéphrétique à la suite de ponctions. — Fistule du bassin. Guérison.

HISTOIRE CLINIQUE. — C. M., âgée de soixante ans, secundipare. Depuis son dernier accouchement, qui a eu lieu il y a trente-six ans, cette femme présente un *prolapsus des organes génitaux*, qui va toujours en augmentant.

Antécédents. — Depuis environ dix ans, elle souffre de *douleurs lombaires*, de malaise abdominal, de cardialgie, avec crises gastriques, tiraillements dans les reins, et sensation de pression dans la région vésicale.

Il y a huit ans, elle a remarqué pour la première fois qu'elle avait dans le ventre une *tumeur* qui disparaissait de temps en temps, et qui fut prise par divers médecins tantôt pour un kyste hydatique, tantôt pour une tumeur du foie, tantôt pour une tumeur de l'ovaire.

Etat en 1879. — Le 14 septembre 1879, elle présentait à l'examen les phénomènes suivants : Femme pâle, amaigrie, atteinte de *prolapsus de l'utérus* et de la paroi vaginale antérieure. Dans l'hypocondre droit et dans le flanc droit se trouve une tumeur fort tendue, élastique, sphérique, qui s'étend : en dedans presque jusqu'à la ligne blanche ; en dehors presque jusqu'à la ligne axillaire ; en bas, jusque dans le voisinage de l'épine antérieure et supérieure de l'os iliaque. La tumeur est *très mobile*, surtout en dedans et en bas. Entre elle et le foie existe un *sillon*, marqué surtout quand on comprime la paroi. A la percussion elle est mate ; mais le son est un peu tympanique, sauf au sommet de la tumeur et le long de la ligne axillaire, où la matité est absolue.

Une *ponction exploratrice*, grâce à laquelle on retire 3 centimètres cubes de liquide, montre que le contenu de cette tumeur en apparence solide est un liquide aqueux, clair, incolore à la lumière transmise ; il ne contient aucun élément figuré, pas d'albumine ; mais il est riche en chlorures.

On ne pouvait songer qu'à un kyste hydatique du foie ou du rein ou à une *hydronéphrose avec rein mobile*.

1. Landau, *Berl. Klin. Woch.*, 1888, n° 47. Observation publiée déjà avec plus de détails. Voir Bibliographie.

Dans les deux cas une opération parut nécessaire ; elle fut décidée pour l'un des jours suivants, après une nouvelle ponction exploratrice.

Au moment où M. Landau voulut fixer la tumeur pour inciser la paroi abdominale, la tumeur avait disparu.

A sa place se trouvait l'intestin, reconnaissable à la percussion. Et même, à l'aide d'une palpation profonde, faite sous le rebord costal droit, on ne pouvait sentir la moindre tumeur. La malade se trouvait d'ailleurs relativement soulagée ; elle avait rendu le jour précédent, comme elle l'a rapporté depuis, une quantité très considérable d'urine claire et transparente. Cela ne lui avait pas paru extraordinaire, car la quantité d'urine qu'elle rendait d'habitude variait constamment. L'urine émise ce jour-là était normale.

Restait à savoir, à ce moment, si le liquide du kyste avait fait irruption dans la cavité péritonéale, à la suite de la ponction, par la petite ouverture faite à la poche ; ou bien s'il s'était vidé par les voies naturelles.

Dans la première alternative, la nature de la tumeur restait douteuse ; dans la seconde, il s'agissait d'une hydronéphrose. La disposition de la tumeur pouvait s'expliquer par le redressement de l'uretère coudé ou tordu, au cours des différentes positions prises par la malade, particulièrement la position génu-cubitale ; ou bien par la disparition d'un obstacle valvulaire, à la suite de la diminution de pression dans la poche, consécutive à la ponction.

Le diagnostic resta cependant douteux, car l'urticaire pathognomonique du kyste hydatique ne se montra pas et la tumeur ne reparut pas.

Etat en 1880. — En février 1880 la malade revint, se plaignant de phénomènes de compression insupportables ; elle présentait les mêmes symptômes que lors du premier examen.

Le diagnostic d'hydronéphrose devenait dès lors ferme ; ce qui l'affermait encore, ce furent les recherches chimiques effectuées sur une grande quantité d'urine rendue. On y constata la présence de l'urée (on ne rechercha pas l'acide urique à l'aide de la réaction de la murexide).

Quelque temps après, on put observer la disparition spontanée et complète du kyste et l'apparition simultanée des symptômes particuliers à l'excrétion de l'urine. Ces alternatives de rétention et d'évacuation du liquide se répétèrent quatre fois. Puis la poche ne se vida plus. L'état général déclina ; une fièvre continue s'établit et la tumeur grossit peu à peu ; elle devint très tendue et très douloureuse au moindre contact.

Une *ponction exploratrice* fournit un liquide qui, au lieu d'être clair et dépourvu d'éléments figurés, contenait cette fois un grand nombre de globules de pus ; par conséquent on ne pouvait plus différer l'opération.

OPÉRATION. — Le 20 juin 1880, l'opération fut faite. La poche de l'hydronéphrose fut suturée à la paroi abdominale, après incision préalable d'un abcès périnéphrétique et ponction suivie de l'évacuation d'un liquide purulent ; puis elle fut incisée et drainée.

L'ouverture de l'uretère dans la poche ne fut pas vue ni cathétérisée. La poche de l'hydronéphrose était un peu plus grande qu'une tête d'enfant.

Suites opératoires. — Le 19 juillet, toute la plaie était cicatrisée, sauf au niveau de l'angle inférieur de l'incision où persistait une fistule qui pouvait admettre le doigt. On y plaça un drain qui fut enfoncé d'environ 14 centimètres; il facilita l'écoulement de l'urine, qui fut d'abord très peu abondante, mais qui augmenta peu à peu, puis servit à faire des lavages abondants. Le liquide purulent devint clair et bientôt l'écoulement fut constitué par de l'urine pure. La poche se fronça d'elle-même et la paroi des calices, amincie et atrophiée, devint plus épaisse. Dans de telles fistules rénales, un appareil destiné à recueillir l'urine ne peut être supporté. D'ailleurs il est inutile, car la malade se contente d'un simple drain, à condition de changer le pansement plusieurs fois par jour.

A l'heure qu'il est (1888), la malade a soixante-huit ans et porte sa fistule rénale depuis huit ans. Cette infirmité ne la gêne nullement; elle vit et se livre à ses occupations habituelles, comme si elle n'avait pas de fistule. Les alentours de celle-ci ne sont le siège ni d'eczéma, ni d'érythème.

Observation XXXIV.

LANDAU (Cas II) (Traduction in extenso)¹.

Hydronéphrose intermittente à droite. — *Grossesse.*

C. G., 35 ans, quatre enfants, vient consulter en juin 1885; elle se plaint de souffrir depuis plus de quatre ans de cardialgie et de douleurs dans le côté droit et dans les reins.

Elle a constaté elle-même la présence d'une tumeur solide dans le côté *droit* du ventre; mais cette tumeur disparaît de temps en temps, à l'exception d'une rétroflexion de l'utérus gravide (grossesse de 2 à 3 mois), qui est de suite redressée à l'aide d'un pessaire; on ne peut rien constater d'anormal et en particulier sentir une tumeur dans le flanc droit.

Mais, lorsque cette femme vint quinze jours après, M. Landau trouva dans l'hypocondre droit une tumeur grosse environ comme les deux poings; elle était dure et distendue et ne présentait aucun signe de fluctuation. Pour n'être qu'un simple rein mobile, la tumeur était trop globuleuse et trop grosse; sa forme et sa petitesse montraient qu'on n'avait pas affaire à un abaissement du foie; d'ailleurs on pouvait constater l'existence d'une sonorité tympanique entre la tumeur et le lobe droit du foie. Une ponction exploratrice dévoila le contenu de la poche; en effet, le liquide était clair comme de l'eau, contenait de l'urée et des chlorures; il n'y avait pas d'éléments figurés.

Quelques mois après on revit cette femme; la tumeur avait complètement disparu. Elle ne se montra pas pendant le reste de la grossesse. Cette femme a été perdue de vue.

¹ Landau. *Loc. cit.*, 1888.

Observation XXXV.

LANDAU (Cas III) (Traduction in extenso)¹.*Reins mobiles.* — *Hydronéphrose intermittente, à droite seulement.*

E. K., 31 ans, mariée depuis onze ans, a accouché il y a dix ans et est malade depuis l'âge de 16 ans.

Début. — Sans causes, sont survenues des *douleurs* dans le côté droit; elles ont le caractère de crampes, qui se répètent à intervalles irréguliers et s'accompagnent habituellement de vomissements. Les crises durent d'habitude deux heures et sont soulagées par le décubitus horizontal.

La malade a remarqué elle-même qu'elle se porte très bien, tant qu'elle peut uriner en abondance.

Évolution. — Pendant les accès, les muscles de la paroi abdominale sont durs et tendus, si bien qu'une palpation sérieuse ne peut être faite. Pendant toute la durée de sa *grossesse*, elle s'est très bien portée. Trois mois après l'accouchement, les attaques ont recommencé; celles-ci différaient des précédentes en ce que la douleur était moins intense, mais elle durait plus longtemps. Au maximum de l'accès survenaient des nausées. Dans ces dernières années, le caractère des accès n'a changé que sur un point: ils durent parfois plusieurs jours. Très souvent les douleurs ont été si violentes qu'on a été obligé pour les diminuer d'employer des narcotiques. Une fois, on a dû recourir à la chloroformisation. Les intervalles des accès varient à chaque instant.

Jamais de fièvre, ni de catarrhe vésical.

Pendant longtemps cette malade a été prise pour une *hystérique*, cela jusqu'au moment où on a pu constater enfin dans l'hypocondre droit une *tumeur* grosse comme une tête d'enfant.

Cette tumeur est dure, solide; on la sent disparaître sous l'influence de la pression par le déplacement et par l'élévation du bassin. La malade ressent alors un besoin d'uriner violent; et, si elle a d'abord par la pression vidé sa vessie, elle peut rendre à nouveau une quantité d'urine qui varie de 400 à 500 centigrammes. L'urine évacuée ne se différencie en rien de celle qui a été obtenue par la pression de la vessie.

Après plusieurs heures ou bien après quelques jours, la tumeur a repris à nouveau son volume normal. L'évacuation de la tumeur ne se produit pas toujours par le massage et les manœuvres signalées plus haut; dans ces derniers temps, la malade, si elle se couche après avoir vidé sa tumeur, se réveille avec une nouvelle tumeur. La tumeur disparaît spontanément de temps en temps, puis reparait.

Il n'est pas besoin d'une analyse plus approfondie pour voir qu'il s'agit là d'une *hydronéphrose intermittente*. Cela est facile à démontrer, puisque, quand la poche droite est vide, on trouve le *rein droit* descendu et *mobile*.

1. Landau. *Loc. cit.*, 1888.

D'autre part il est atteint d'atrophie consécutive à cette hydronéphrose, et on ne le sent que sous forme d'une plaque épaisse, située sur la ligne axillaire, au-dessous du bord costal droit. *Le prolapsus du rein gauche est évident.*

Landau ordonna, après avoir évacué la poche, le port du bandage qu'il préconise pour le rein mobile, dans l'espérance de voir la tumeur ne pas augmenter. Jusqu'à présent le résultat a été bon.

Observation XXXVI.

LANDAU (Cas IV) (Simple mention)¹.

Hydronéphrose intermittente à gauche.

Le 4^e cas, vu par le D^r Landau, est une malade du D^r Kalischer.

Il s'agit d'une femme de 42 ans, ayant une hydronéphrose intermittente du côté gauche.

Cette observation n'a rien présenté de spécial, dit M. Landau.

Observation XXXVII.

ISRAEL (Cas I) (Traduction in extenso)².

*Hydronéphrose intermittente à droite. Rein mobile. Port d'un bandage. — Grossesse. — Guérison passagère. — Réapparition des accidents*³.

HISTOIRE CLINIQUE. — En mars 1882 une femme, âgée de vingt-deux ans, mariée depuis deux, jouissant d'une santé florissante, vint consulter M. Israël.

Antécédents. — Elle ressentait de temps en temps des douleurs dans l'abdomen et il lui semblait sentir de temps à autre une tumeur dans cette région. Ses souffrances remontaient au moins à onze ans; elle ajoutait d'ailleurs que son affection avait dû débiter avant l'âge de onze ans. Subitement elle était prise d'accès douloureux, environ toutes les quatre semaines. Ils s'accompagnaient de malaise, de sensation de chaleur dans le ventre et il y avait parfois des vomissements. Ils coïncidaient avec l'apparition d'une tumeur très appréciable dans la partie droite de l'abdomen. Pendant ces accès qui duraient parfois quatre jours entiers, l'excrétion urinaire était diminuée. A leur déclin, la tumeur disparaît très rapidement et la malade rendait une quantité considérable d'urine jaune, limpide et transparente.

Évolution de la maladie. — C'est précisément pendant une de ces crises que

1. Landau. *Loc. cit.*, 1888.

2. M. Israël a observé, depuis, plusieurs cas d'hydronéphrose intermittente (Communication orale, à Paris, 17 mai 1891).

3. Traduction de l'observation publiée in extenso dans le *Berliner Klin. Woch.*, les résumés fournis par la *Sem. médicale* et le *Bull. médical* nous ayant paru parfois trop écourtés, parfois aussi trop inexacts.

M. Israël eut l'occasion d'examiner cette femme. Il constata qu'elle était d'ordinaire très bien portante, avait un très bon état général et réussit avec la plus grande facilité à découvrir dans le côté droit de l'abdomen une grosse tumeur manifestement fluctuante. Elle avait tous les caractères d'une tumeur du rein, s'étendait du rebord costal jusqu'aux environs de la crête iliaque, s'avancait du côté gauche jusque vers la ligne médiane et s'enfonçait profondément dans l'abdomen.

Tout à coup, au cours de l'exploration bimanuelle des organes génitaux, la tumeur disparut d'une façon absolument inattendue, sous la main du chirurgien, appuyée sur la paroi abdominale.

En même temps se manifesta un impérieux besoin d'uriner. Et bientôt, au lieu et place de la tumeur disparue on ne trouva qu'un rein légèrement augmenté de volume; on constata en outre que ce rein était *flottant*. M. Israël put dans la suite répéter cette constatation à l'aide d'une pression modérée de la main sur la paroi abdominale.

Des renseignements assez intéressants ont été fournis par la malade sur la façon dont chaque fois débutaient les accès : ils survenaient habituellement à la suite d'une station debout prolongée, ou d'une ingestion de boissons gazeuses ou d'aliments développant des gaz. A son dire, elle pouvait déterminer un accès, avec la sûreté d'un expérimentateur, en faisant usage d'aliments féculents, de bière blanche ou d'eau de Seltz. M. Israël d'ailleurs a eu lui-même une fois l'occasion, pendant le temps que cette malade a été soumise à son observation, d'être le témoin des conséquences d'une telle ingestion. Et à son avis, le mécanisme de ces phénomènes n'est pas difficile à comprendre. Après une station debout prolongée, le rein mobile descendait sous l'influence de la pesanteur. L'ingestion de boissons gazeuses ou d'aliments développant des gaz était la cause d'une distension très considérable des anses intestinales, qui amenait le déplacement du rein, en agissant directement sur lui¹. On comprendra facilement l'importance de ces faits si l'on se rappelle les rapports immédiats qui existent entre la partie descendante du duodénum, le côlon ascendant et le rein droit. Indubitablement dans ces conditions, le déplacement du rein devait amener un arrêt dans l'écoulement de l'urine.

Pour parer à ces inconvénients, M. Israël conseilla à sa malade le port d'un appareil destiné à maintenir le rein en place et à s'opposer à ses déplacements. Cet appareil consistait en une ceinture abdominale en acier et une courte tige dorsale, dont l'extrémité inférieure était un ressort d'acier analogue à ceux des bandages herniaires. Ce ressort prenait appui sur le flanc droit. Une pelote, placée à son extrémité antérieure, pressait sur la partie antérieure du rein et le maintenait en place.

L'appareil fonctionna très bien et les effets s'en firent de suite sentir. Depuis le moment où elle porte cet appareil, la malade a eu des accès d'une intensité beaucoup moindre; mais ils survinrent aussi fréquemment qu'au-

1. Le traducteur de l'observation d'Israël dans le *Bull. méd.* a donné à ce passage un sens qui est absolument le contraire de celui du texte allemand. (*N. d. Tr.*)

paravant. D'ailleurs elle pouvait couper court à l'accès elle-même, en exerçant avec la main une légère pression soit sur la pelote, soit sur le rein déplacé. Et au bout d'un mois les accès ne survinrent presque plus. L'appareil avait été placé à la fin de mars; en juillet, M. Israël revit la malade. Elle n'avait plus eu d'accès depuis un mois.

Grossesse. — En décembre, elle revint consulter M. Israël : elle était enceinte de cinq mois, mais n'avait pas eu de nouvel accès. On lui conseilla d'abandonner son bandage, dans l'espoir que l'utérus dont le volume allait en augmentant se chargerait de maintenir lui-même le rein en place. Au dire de la malade depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui, c'est-à-dire depuis six ans, il n'est survenu aucun accès véritable. Elle a bien eu, deux ou trois fois l'an, lorsqu'elle a soulevé inconsidérément un fardeau un peu lourd, une sensation de pesanteur dans le côté; mais cette sensation disparaissait très facilement par la pression et les frictions.

M. Israël a revu cette malade il y a huit jours, pour la première fois depuis six ans. Et, chose étrange, ce jour-là précisément pour la première fois, elle a éprouvé à nouveau une sensation violente de distension abdominale, et, lorsqu'il l'examina, il trouva une tumeur du rein hydronéphrotique, assez volumineuse, plus petite toutefois que précédemment, mais s'avancant toujours très nettement vers la région ombilicale. Une pression modérée fit diminuer la tumeur, mais pas assez cependant pour qu'on pût croire qu'il ne restait qu'un rein un peu augmenté de volume. Les deux jours suivants, sous l'influence d'une distension considérable de l'abdomen par des gaz, les anciennes douleurs réapparurent comme précédemment, et, il y a deux jours et demi¹, lorsque M. Israël examina cette tumeur pour la dernière fois, il trouva de nouveau une tumeur du rein fluctuante, ayant le volume qu'elle avait jadis présentée. Mais cette fois elle disparut si bien sous l'influence de la pression qu'il eut la plus grande peine, même après une palpation très minutieuse, à retrouver le rein. La seule différence, qui existait entre l'état ancien et l'état actuel, était la suivante : Tandis que la tumeur et le rein étaient jadis si mobiles qu'on pouvait les faire glisser par des mouvements de latéralité jusque sur la ligne médiane ou dans la profondeur du bassin, aujourd'hui, la tumeur rénale était si bien fixée que le rein ne pouvait plus être considéré comme un rein flottant.

Observation XXXVIII.

FÜRBRINGER (Cas I) (Citation)².

Hydronéphrose intermittente.

Femme. Hydronéphrose intermittente classique.

Marche des accès typique. Malade venue consulter, non pour l'hydronéphrose, mais pour une affection intercurrente.

1. Observation lue le 24 octobre 1888 à la *Berl. med. Gesellschaft*.

2. D'après la *Berl. Klinische Woch.*, 1888.

Observation XXXIX.FÜRBRINGER (Cas II) (Citation)¹.*Hydronéphrose intermittente.*

Femme. Hydronéphrose intermittente classique.

Marche des accès absolument typique. — Malade venue consulter aussi pour une affection intercurrente.

Observation XL.FÜRBRINGER (Cas III) (Traduction in extenso)².*Hydronéphrose double, intermittente à droite. — Néphrite double diffuse. — Mort par urémie. — Autopsie.*

HISTOIRE CLINIQUE. — Il s'agit d'un typographe, âgé de trente-trois ans, qui entra le 4 mai 1886 dans le service de chirurgie de l'hôpital, mais qui le jour précédent avait été admis dans un service de médecine comme malade atteint d'une affection médicale (Hémoglobinurie).

Antécédents. — Voici, en quelques mots très significatifs, ce que les antécédents du malade ont appris, d'après ce qu'a raconté ce malade lui-même. En novembre 1885, il tomba d'un tramway trainé par des chevaux, lors d'une perte de connaissance, causée, prétend-il, par un froid aux pieds extrêmement vif. Il fut apporté à Bethanien³. Il y resta deux jours sans pouvoir uriner et présenta de la tuméfaction du foie. L'urine qu'il rendit au deuxième jour était sanguinolente et bientôt le malade se remit de son accident et retrouva ses forces.

Évolution de la maladie. — Mais, depuis cette époque, il survient, prétend-il, des crises analogues chaque fois qu'il prend des boissons froides ou qu'il se refroidit. Ces crises sont caractérisées par un arrêt dans l'émission de l'urine, des douleurs et une tuméfaction de la région hépatique, par un abattement extrême, puis par de l'hématurie. Après l'évacuation de cette urine sanglante, le foie diminue de volume, le malade se trouve bien à nouveau, et son urine devient alors limpide et transparente.

Pendant ces derniers temps, les accès se sont montrés plus fréquemment; le dernier a eu lieu le 2 mai. C'est à la suite de cet accès qu'il fut admis à l'hôpital.

Y avait-il alors une hypothèse plus probable que celle d'une hémoglobi-

1. Fürbringer. *Loc. cit.*

2. Traduction de l'observation publiée dans la *Berlin. Klin. Woch.* Mêmes remarques que pour l'observation d'Israël, en ce qui concerne les résumés publiés par le *Bull. méd.* et la *Sem. méd. (N. des Tr.)*

3. Ultérieurement M. le Dr Goldtdammer, médecin de cette maison, a dit que ce malade y avait été traité pour des coliques de plomb et que pendant sa convalescence on avait découvert l'existence d'une tumeur abdominale, grosse comme le poing. Cette tumeur avait été regardée dès ce moment comme une hydronéphrose.

urie paroxystique? Non. On était en présence d'un homme vigoureux, non misérable, toutefois assez pâle.

Les organes de l'abdomen ne présentaient aucune anomalie notable. Le malade se sentait relativement bien. L'urine était fortement colorée en brun rouge; mais, comme un examen attentif le démontra, cette coloration n'était pas due à l'hémoglobine, mais à du sang en nature. Il s'agissait donc là d'une véritable hématurie.

La nuit suivante, cet homme fut pris tout à coup de violentes douleurs dans la région hépatique. Le lendemain matin, il se sentit très abattu, presque agonisant; il se plaignait à haute voix de ses douleurs de la région du foie. La vessie était vide; mais on sentit alors, immédiatement au-dessous de la partie moyenne de la paroi abdominale, à droite, une tumeur, dure, non fluctuante, s'avancant jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic. Cette tumeur suivait les mouvements de la respiration et se continuait directement avec le foie.

Elle était accolée à la paroi abdominale et on pouvait constater très nettement que le gros intestin ne passait pas au-devant d'elle.

M. Fürbringer émit alors l'hypothèse d'une tumeur du foie ou plutôt de la vésicule biliaire, se basant sur ce fait — règle connue, qui a été vérifiée dans de nombreuses observations, — que lors de tumeur du rein le gros intestin se trouve en avant de la tuméfaction.

Il reconnaissait toutefois que la consistance de la tumeur était bien dure et que celle-ci paraissait faire suite au foie.

Les jours suivants il survint du coma, qui augmenta bientôt. Le malade se mit à divaguer par instants et le 10 mai rendit un quart de litre d'urine, d'un poids spécifique de 1012. L'urine était pâle, trouble, et contenait environ 1/4 p. 100 d'albumine. Le sédiment était composé de rares leucocytes, de nombreux cylindres de toutes les sortes; en sorte qu'il s'agissait là, d'une façon indubitable, d'une urémie par suite de néphrite diffuse. Au moment où le diagnostic fut posé, malgré l'emploi de tous les traitements possibles, le malade tomba dans une somnolence absolue. Puis il se produisit des vomissements (les matières vomies étaient riches en urée) et, le lendemain, le malade n'urina plus. La tumeur resta ce qu'elle était et la mort survint le 11 mai dans le coma.

Autopsie. — A l'autopsie, on constata les lésions suivantes : Au-dessous du lobe droit du foie se trouvait une tumeur grosse comme le poing, qui avait déplacé le colon vers la ligne médiane, tout en lui restant accolé. Cette tumeur avait tous les caractères d'une hydronéphrose du rein droit. Celui-ci, gros comme une noix de coco, avait un parenchyme de l'épaisseur du doigt au pourtour des grands calices. L'uretère, du calibre d'un intestin d'enfant, était très tortueux. Malgré les recherches les plus minutieuses, on ne put découvrir la moindre cause à cette hydronéphrose. Le passage de l'uretère dans le bassin, au niveau de la vessie, était absolument libre. On ne put déceler aucune anomalie d'insertion de l'uretère, aucune coudure à angle aigu, aucun obstacle valvulaire.

Le rein gauche était d'une grandeur presque normale, mais *hydronéphrotique* aussi, et ce qui restait d'un parenchyme rénal était enflammé d'une façon diffuse et fort accentuée¹. De ce côté, l'uretère était tout à fait normal et perméable. A signaler aussi, comme non moins digne de remarque, une hypertrophie concentrique assez notable du ventricule gauche.

Il s'agissait donc dans ce cas d'une double hydronéphrose, dont la droite avait été intermittente, compliquée des deux côtés de lésions du parenchyme rénal incompatibles avec la vie.

Observation XLI.

LANCEREAUX (Cas I) (Résumé)².

Hydronéphrose intermittente du côté droit.

G... Marie, vingt-cinq ans, ménagère, entrée à l'hôpital en janvier 1882.

Femme bien constituée, n'ayant jamais été malade. Régulée à quinze ans, mariée à 17, elle a eu *trois grossesses*, sans le moindre accident. Dans sa jeunesse, avant la menstruation, violentes migraines. Depuis cette époque, elles n'ont pas reparu.

Antécédents. — Le 21 décembre 1881, elle toussait depuis quelques jours et souffrait d'un coryza accompagné d'un léger mouvement fébrile, lorsque, quinze jours plus tard, le 8 janvier 1882, à cinq heures du soir, elle fut prise de *douleurs* extrêmement vives ayant pour siège le flanc droit et s'irradiant dans tout l'abdomen; en outre, elles survenaient avec des rémissions prolongées et prenaient la forme de véritables paroxysmes; à huit heures du soir, les vomissements commencèrent et durèrent une partie de la nuit; le lendemain, douleurs et vomissements à nouveau, ainsi que les jours suivants, mais avec moins d'intensité.

Une crise. — Le 12 janvier, à l'entrée à l'hôpital, les douleurs avaient presque disparu; mais le malade éprouvait une grande faiblesse, le visage était très pâle.

A l'examen, on constata, dans le flanc droit, une *tumeur* allongée, arrondie, s'étendant en avant jusqu'à 2 travers de doigt de la ligne ombilicale, occupant en hauteur tout l'espace compris entre les fosses et l'épine iliaque. Cette tumeur était lisse, résistante, élastique, peu douloureuse; elle pouvait être saisie entre les deux mains. M. Lancereaux était très embarrassé pour porter un diagnostic³, quand, le 18 janvier, dix jours après le début des accidents, la tumeur diminua; en même temps, les urines étaient plus abondantes, elles devenaient plus troubles que les jours précédents. Le 19 janvier, la température, qui avait oscillé entre 38°,4 et 39°,6, redescendit à 37°.

La tumeur avait disparu à la fin de janvier et cette diminution s'est faite par oscillations successives et non d'une façon progressive et continue.

1. Ce qui explique les accidents qui causèrent la mort. (*N. d. Tr.*)

2. Lancereaux. *Loc. cit.*, p. 582.

3. On voit que le diagnostic de *calcul de l'uretère* qu'admet M. Lancereaux dans son article est loin d'être démontré pour ce cas. (*N. d. Tr.*)

Observation XLII.LANCEREAUX (Cas II) (Simple citation)¹.*Hydronéphrose intermittente gauche.*

Jeune femme entrée à l'Hôtel-Dieu, âgée de vingt-six ans.
Coliques néphrétiques.

Tumeur du flanc gauche, volumineuse, élastique, ovulaire, presque *indolore*, qui disparut en quarante-huit heures, en s'accompagnant d'une augmentation de la sécrétion urinaire.

Observation XLIII.LANCEREAUX (Cas III) (Simple citation)².*Hydronéphrose intermittente.*

Cas comparable au cas II, observé en 1869 à la Pitié.

Observation XLIV.LANCEREAUX (Cas IV) (Résumé)².*Hydronéphrose intermittente droite.*

Un homme, au lendemain d'un voyage où il avait bu un peu trop peut-être de vin de Champagne, et pendant lequel il avait été fortement ballotté par le mouvement du chemin de fer, fut pris de coliques néphrétiques intenses, accompagnées d'un état gastrique accentué et d'une diminution considérable de la sécrétion urinaire. On constata en même temps, l'existence d'une *tumeur* dans le flanc *droit*, assez volumineuse. Cette tumeur disparut complètement le douzième jour après le début des accidents.

Observation XLV.LANCEREAUX (Cas V) (Simple citation)².*Hydronéphrose intermittente.*

Mme L..., âgée de quarante ans, présenta des accidents analogues au cas IV.

1. Lancereaux. *Loc. cit.*, p. 853.

2. Lancereaux. *Loc. cit.*, p. 854.

Observation XLVI.

LANCEREAUX (Cas VI) (Résumé) ¹.*Hydronéphrose intermittente droite.*

F..., Henri, âgé de trente-trois ans, bien constitué, sans maladies antérieures, entre le 1^{er} juillet 1872 à l'hôpital Saint-Antoine pour des *douleurs* très vives, survenant avec paroxysmes et qui existaient déjà depuis six jours.

Ces douleurs étaient accompagnées de *vomissements* verdâtres, abondants; elles se manifestaient deux ou trois fois dans la journée et trois ou quatre fois la nuit. Elles débutaient par l'épigastre et s'irradiaient dans les deux flancs; les urines ne présentaient rien de particulier et ne contenaient ni sang ni pus; elles n'étaient pas non plus diminuées de quantité.

Il existait en même temps une *tumeur* volumineuse dans le flanc droit. Elle était grosse comme une tête de fœtus à terme, remontait jusque sous le foie, dont elle était indépendante, et descendait jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Elle était peu douloureuse et présentait quelques bosselures à sa surface. Son existence fut constatée deux jours après l'entrée du malade, alors qu'il n'y avait plus de fièvre ni de coliques. Elle persista trois ou quatre jours, puis disparut sept jours. Le 15 juillet tous les accidents avaient cessé ².

Le malade sortait guéri ³.

Observation XLVII.

F. ROCKWELL (Traduction in extenso) ⁴.

Hydronéphrose intermittente par calcul du bassin du côté droit. — Incision lombaire exploratrice. Évacuation ultérieure des calculs par l'uretère. — Persistance de l'hydronéphrose intermittente avec pyélite légère.

HISTOIRE CLINIQUE. — Pendant l'automne de 1887, M. B..., homme de quarante et un ans, robuste, vint consulter pour une *névralgie* dont il souffrait et fit le récit suivant.

Antécédents. — Dès l'enfance, il avait eu de fréquentes et alarmantes crises d'hématurie qui s'étaient brusquement terminées par l'expulsion d'un petit calcul d'acide urique. Rien, depuis ces crises, n'était survenu. Pendant ces dernières années, l'hématurie reparut, accompagnée d'une *douleur aiguë*, qui se localisait toujours dans le rein droit, et des symptômes habituels :

1. Lancereaux. *Loc. cit.*

2. Contrairement à l'opinion de M. Lancereaux, ce cas, comme d'ailleurs presque tous les autres, ne semble pas en rapport avec l'hypothèse d'un calcul du rein, si petit soit-il. Il n'y a pas eu d'hématurie, ni aucun des symptômes sur lesquels M. Legueu a insisté avec tant de soin dans sa thèse. En tous cas, le doute est permis à la lecture de cette observation. (*N. d. Tr.*)

3. M. Lancereaux aurait encore observé d'autres cas analogues.

4. Rockwell. *Loc. cit.*

rétraction du testicule du côté malade, *névralgie génito-crvale*, etc. On chercha soigneusement, mais en vain, des fragments de calculs et des détritns dans les urines, l'examen montra une grande quantité de sang (un sixième), de l'épithélium rénal et vésical en abondance, un peu d'oxalate de chaux, des masses granuleuses, mais pas d'urates ni d'acide urique, pas de traces d'inflammation du rein ou de son bassin. Le malade fut soumis à une diète sévère, avec ingestion d'alcalins et usage fréquent de bains chauds, de frictions à la brosse, etc.

Il parut s'en trouver mieux pendant plusieurs semaines; mais, en novembre, il recommença à uriner beaucoup de sang et à ressentir, à des intervalles d'environ une semaine, des *crises de coliques rénales* assez violentes pour exiger un soulagement immédiat. On ne pouvait y arriver que par de fortes doses d'opium et de chloroforme qu'il était difficile d'administrer, car le malade supportait fort mal ces deux remèdes. Il survenait des *vonissements* qui duraient encore après la fin de la crise.

Le 5 novembre il y eut une crise d'une violence extraordinaire, suivie d'une *rétention d'urine aiguë*, qui nécessita le cathétérisme. Pendant qu'on le sondait, le malade fit remarquer dans le flanc droit l'existence d'une *gros-seur* dont il s'était plaint auparavant, mais qu'on n'avait pu découvrir.

Évolution de la maladie. — En l'examinant, on trouva une *tumeur* mal définie, occupant le côté droit au voisinage du rein, mate à la percussion, et un peu mobile dans la direction de la cavité abdominale. Le lendemain la rétention d'urine et le cathétérisme furent suivis d'une *diminution* rapide de la tumeur. Le malade commença à se plaindre de sensibilité au-dessus de la vessie et vers l'orifice de l'uretère droit, et de douleurs aiguës après la miction.

Dans l'espoir que le calcul, qu'il croyait petit d'après le récit précédent, était peut-être engagé dans l'uretère ou arrêté à l'orifice vésical, M. Rockwell alla avec le malade le 8 novembre chez le professeur E.-E. Keyes pour le consulter sur le traitement immédiat et ultérieur. La *tumeur rénale*, qu'on sentait trois jours auparavant, avait disparu, et le Dr Keyes ne put en découvrir la trace évidente, mais pensant qu'un calcul était engagé dans les voies urinaires il conseilla de les nettoyer à l'aide de diurétiques (bière, etc.) pour essayer de déloger le calcul. Dans le cas où ce plan ne réussirait pas, après plusieurs essais, il recommanda une néphrectomie exploratrice, de préférence par la voie abdominale, comme le conseille Langenbuch. Le premier essai eut lieu le 12 novembre, et le lendemain matin le malade éprouva la crise la plus terrible qu'il eût jamais eue. Pendant les heures qu'elle dura il demanda 1½ grains de morphine qui furent absorbés par la peau et l'estomac et l'inhalation d'une livre de chloroforme qu'on lui administra pendant le repos relatif procuré par l'opium. Dès qu'il fut rétabli le malade se décida à subir l'opération; mais il en recula la date jusqu'à la fin de décembre. Pendant ce temps, les attaques se succédèrent avec une fréquence variable. Le malade désirant plus ample avis, on consulta M. le Prof. Sands, qui convint avec MM. les Drs Keyes et Rockwell de l'utilité d'une opération exploratrice; mais comme le rein était probablement sain et son examen par une incision

lombaire comparativement facile, on jugea ce plan préférable au premier (voie abdominale) et exempt des mêmes dangers.

Au bout de quelques jours le malade entra à Saint-Mary's hospital, et le 29 décembre M. Rockwell lui fit l'opération suivante.

OPÉRATION. — Une incision de 4 pouces $1/2$ de longueur parallèle à la dernière côte mit à nu le bord du carré des lombes, puis ses fibres étant bien écartées et l'hémorragie arrêtée, l'aponévrose profonde fut coupée et la graisse circumrénale grattée pour permettre la palpation du rein. Cela n'en fut pas moins très difficile, car le malade était très fortement musclé et le bord inférieur du rein faiblement perceptible sous le bord de la dernière côte. La plaie fut donc agrandie en prolongeant son angle externe d'environ 3 pouces et l'on put constater avec le doigt que *le bassinnet formait les deux tiers inférieurs du rein*¹ et sentir les battements de l'artère rénale. La palpation soigneuse de l'organe fit découvrir un peu de *l'induration* caractéristique décrite par Morris et révéla la présence de quelque chose en connexion avec l'uretère dont on pouvait suivre la trace pendant un pouce ou deux.

Ayant employé deux doigts et pressé doucement le bassinnet au milieu, M. Rockwell crut découvrir une masse dure près du hile, mais quand il eut retiré la main et l'eut débarrassée du sang pour faire un toucher plus délicat, il ne put la retrouver. Une longue aiguille exploratrice fut passée dans le bassinnet et promouée dans tout le rein, mais sans résultat.

Le malade ne supportant pas bien l'anesthésique, on dut renoncer à un examen qu'on avait espéré faire par l'incision du rein même² et comme la néphrectomie était impraticable pour le même motif, on dut se contenter de laver la plaie avec une solution de bi-iodure de mercure et de la fermer par des sutures de soie. On la recouvrit de gaze iodoformée, après avoir introduit un gros drain, et compléta le pansement par une couche épaisse d'ouate.

Suites opératoires. — Le malade se remit bien de l'anesthésie et se dit très bien jusqu'au soir; mais on appela en hâte M. Rockwell pour une *hémorragie subite*. Celle-ci venait d'un vaisseau de la plaie, car le drain n'était pas obstrué et le sang jaillissait à côté, sans doute par l'effet de l'éther sur quelque vaisseau (???)

La plaie fut réouverte en partie, le vaisseau fermé et la gaze iodoformée de nouveau amassée autour du drain; aucun écoulement ne se produisit. On retira de la vessie environ une demi-pinte d'urine très claire et le malade eut une très bonne nuit.

Le troisième jour, comme le pansement était humide et avait une odeur urineuse faible, on l'enleva, et la plaie s'étant refermée sauf à la place de la gaze on y plaça quelques sutures de catgut à l'aide de la cocaïne, et on réunit les couches profondes ne laissant qu'un trou pour le drain. A la suite de ce traitement la plaie guérit, quoique le suintement du liquide dût faire

1. Le diagnostic d'hydronéphrose était vérifié. (*Note des Trad.*)

2. Il aurait été intéressant de savoir pourquoi l'anesthésie ne pouvait être supportée, ce dont nous doutons un peu. (*Note des Trad.*)

changer le pansement tous les jours. Le vingtième jour (18 janvier), cette sécrétion, qui avait diminué régulièrement, cessa subitement, et les symptômes de *calcul vésical* s'accrochèrent.

Depuis six jours ils étaient d'une intensité variable, quand le 24 janvier, la plaie, qui n'était plus qu'un trajet fistuleux, livra passage à de grandes quantités de liquide limpide et sans odeur¹. Il y en eut assez pour pénétrer le lit du malade, en dépit des pansements absorbants qu'on renouvelait toutes les trois heures. Cela dura deux jours, puis cessa subitement; le malade se plaignit de douleurs et de ténésme vésical. Le troisième jour au matin (27 janvier), il évacua un calcul d'oxalate de calcium pesant 6 grains et les symptômes disparurent. Il garda la chambre une semaine encore et la *fistule* se ferma grâce aux pansements de naphthaline.

Le 17 février, M. B... quitta l'hôpital et le 1^{er} mars il s'en alla en Floride, se plaignant encore d'irritation de la vessie et de douleurs accidentelles pendant la miction. D'après l'aspect du calcul évacué, on attribua cela à un petit fragment resté dans la vessie, mais on ne put l'y découvrir.

Le 17 mars, il sortit un fragment plus gros que le premier et pesant 14 grains. Dès lors le malade se rétablit promptement et le 26 mars, il retourna chez lui se disant débarrassé de toute douleur.

L'examen du flanc droit fit découvrir une *tumeur* élastique et mal fluctuante dans l'espace iléo-costal, mate à la percussion et présentant une surface de résonance moyenne entre celle du bord antérieur et la matité ordinaire du foie. Il ne sortit pas d'urine, le malade ayant uriné une demi-heure avant. L'examen consécutif démontra la présence de cellules épithéliales rénales et de petits amas de pus. Le malade découvrit une diminution notable de la grosseur à des périodes régulières, qui correspondaient à l'évacuation de grandes quantités d'urine. La vessie demeurant un peu irritable, on administra du borax, augmentant progressivement, suivant le conseil du Dr Keyes. Le malade en retira un peu d'amélioration.

Le 18 avril, il se représenta dans le service de M. Rockwell. La tumeur du côté avait entièrement disparu et à la percussion on trouvait la vessie normale. L'urine était telle qu'on l'avait constatée à l'examen précédent. On n'a pas revu ce malade pendant l'été: mais sa lettre du 14 septembre 1888 dit que, grâce à la diète lactée, son état s'est tellement amélioré que l'urine est maintenant presque claire; parfois cependant la grosseur du côté l'inquiète encore. Il se regarde comme très bien portant, bien que, suivant toute probabilité, une légère pyélite et une hydronéphrose persistent encore, comme résultat de ses souffrances passées.

1. Évacuation de l'hydronéphrose par la plaie lombaire. (*Note des Trad.*)

Observation XLVIII.THIRIAR (Résumé)¹.*Hydronéphrose intermittente du rein droit (Hydronéphrose à évacuation brusque).*

Jeune fille, âgée d'une trentaine d'années, souffrant depuis quelques années de *coliques néphrétiques* peu intenses et rendant de temps en temps du *sable* dans ses urines.

Depuis six semaines, elle a remarqué que son ventre avait augmenté de volume, et le Dr Leclerc constate l'existence d'une tumeur volumineuse, siégeant principalement du côté de l'abdomen. A première vue, on avait pris cette tumeur pour un *kyste de l'ovaire*.

M. le Dr Thiriari examina attentivement la malade, et, se basant sur les commémoratifs, sur ce fait que les urines, d'habitude troubles, étaient tout à fait *claires depuis l'apparition de la tumeur*, sur la situation, la position de cette tumeur, posa le diagnostic d'hydronéphrose du rein droit.

Une ponction exploratrice fut proposée et acceptée, à l'effet d'éclairer le diagnostic. Elle fut fixée au surlendemain de la visite, et la mère fut prévenue de la gravité de l'affection qui, cependant, pouvait disparaître spontanément.

A l'arrivée du chirurgien, 48 heures après, la tumeur avait disparu. La patiente avait évacué *une grande quantité d'urine* trouble, brunâtre, et depuis lors l'affection n'a plus reparu.

Observation XLIX.LINDNER (Cas I) (Traduction in extenso)².*Rein mobile gauche. — Hydronéphrose intermittente gauche.*

Une femme, atteinte d'un *rein mobile gauche*, fut prise tout à coup d'accès douloureux très pénibles, qui durèrent 6 à 8 jours environ; la *douleur* siégeait surtout au niveau du rein. En même temps, il y eut subitement une notable *diminution des urines* et une *augmentation du double de la tumeur* du flanc gauche. Puis une *abondante émission* d'urine se produisit, et en 18 ou 24 heures la tumeur reprit ses dimensions normales.

Ordinairement cette malade n'avait pas de crises semblables.

M. Lindner diagnostiqua une hydronéphrose intermittente.

1. Thiriari. *Loc. cit.*

2. Lindner. *Ueber der Wanderniere der Frauen*; in *loc. cit.*, p. 20.

Observation L.

Socin (Cas I) (Traduction résumée)¹.

Hydronéphrose droite. Déplacement du rein droit. — Fistule du bassin.
Néphrectomie abdominale (Ablation de la partie droite hydronéphrotique
 d'un rein en fer à cheval). (Hydronéphrose intermittente méconnue.)

HISTOIRE CLINIQUE. — La malade est âgée de 47 ans; c'est une ménagère qui n'a jamais été mariée.

Antécédents. — Son père est mort de cancer de l'estomac, sa mère de vieillesse, deux frères ou sœurs de phthisie pulmonaire; huit autres se portent bien.

De 15 à 42 ans, elle a été réglée très régulièrement toutes les quatre semaines, pendant cinq jours chaque mois. A l'exception de l'affection dont elle se plaint aujourd'hui, elle n'a jamais été malade.

Début de la maladie. — La maladie actuelle a débuté vers l'âge de 17 ans. A cette époque, elle fut prise environ tous les mois, — sans qu'il y eût cependant de rapport entre ces phénomènes et la menstruation — d'accès douloureux violents, qui avaient pour point de départ une région circonscrite de l'hypocondre droit et persistaient quelques heures.

Trois ans plus tard, c'est-à-dire vers l'âge de 20 ans, elle découvrit, pendant les accès, une tumeur sensible à la pression, dure, mobile, grosse à peu près comme un œuf, occupant la région droite du bas-ventre; après quelques heures de repos au lit, la tumeur disparaissait pour reparaitre à l'accès douloureux suivant. Cet état persista sans grand changement jusqu'à la ménopause.

A partir de ce moment, les accès devinrent plus fréquents et plus forts; il survint de la perte d'appétit, des vomissements répétés, des frissons, de la suffocation, une constipation opiniâtre alternant avec une diarrhée intense. La tumeur augmenta de volume jusqu'à acquérir la grosseur d'une tête d'adulte; après un arrêt de deux jours, elle se développa plus lentement. Pendant ce temps, la malade n'a remarqué aucun trouble ni dans la quantité, ni dans la qualité de l'urine émise, quoique son attention ait été attirée sur ce point par les médecins.

Au commencement de janvier 1888, la tumeur se montra pendant neuf jours; mais sa résistance parut avoir augmenté². Elle revint le 21 janvier pour disparaître totalement le 23 du même mois.

Le 16 mars, elle se développa de nouveau au milieu de douleurs violentes et de vomissements assez fréquents. Mais cette fois elle persista; cependant la malade croit qu'elle a un peu diminué depuis quinze jours.

État actuel. — Les douleurs sont aujourd'hui sourdes, ininterrompues; le travail est impossible et le séjour au lit est obligé. Le 28 avril 1888, voici

1. Socin. *Loc. cit.*

2. Probablement parce que la poche hydronéphrotique se vida incomplètement. (*Note des Trad.*)

ce qu'on constate chez cette femme : poids 92 liv., teint pâle, pas de fièvre. Organes thoraciques sains. Dans l'hypocondre droit présentant une voussure manifeste, on constate très facilement à la palpation à travers la paroi abdominale distendue, une *tumeur* arrondie, grosse comme une tête d'enfant, vaguement fluctuante, *un peu mobile* dans le sens transversal. Ses limites sont, en haut une ligne passant à un travers de doigt au-dessous de l'arc costal, en dedans la ligne médiane, en dehors une verticale passant par le mamelon, en bas une ligne réunissant les deux épines iliaques et passant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Elle mesure 9 centimètres de long sur 8 centimètres de large. La percussion au niveau de la tumeur donne un son mat, uniforme pour toute son étendue; tout autour et aux environs le son est clair, tympanique, surtout entre la zone de matité, un peu diminué, du foie et celle de la tumeur; cette zone tympanique supéro-latérale est large de trois doigts.

Dans la région lombaire droite, *on ne découvre rien*; à la pression manuelle, la main appliquée sur la tumeur en avant transmet un *choc* très obscur au doigt placé dans l'angle que forment les dernières côtes avec la colonne vertébrale. Des deux côtés, on ne trouve pas nettement, par la percussion, les reins à leur place normale. L'utérus est petit, mobile, antéversé; on sent mal les ovaires. Rien à noter pour le rectum. L'*urine* a une densité de 1,040; elle ne renferme aucun élément anormal. La quantité émise par jour varie entre 1000 et 2000 cc.

Diagnostic. — Plusieurs examens pendant l'anesthésie n'apprirent rien de plus pour le diagnostic. En fin de compte on songea à un *kyste de l'abdomen* d'origine indéterminable (Eiploon, Pancréas) ou à une *hydronephrose*. Ce dernier diagnostic parut même le plus vraisemblable : il expliquait la longue durée de la maladie, les troubles fonctionnels insignifiants, l'*intermittence des symptômes*¹; le siège inaccoutumé de la tumeur et l'absence de tumeur lombaire se comprenaient de suite si l'on supposait que *le rein était déplacé et malade*.

TRAITEMENT. — 1^o *Fistule du bassin*. — Sur le désir de la malade, M. Socin fait le 26 avril une incision exploratrice au bord extrême du muscle droit de l'abdomen, commençant à 5 centimètres des côtes et ayant 12 centimètres de long. Il découvre sur une étendue restreinte la poche encadrée par le côlon, extrait par la ponction environ 500 cent. cubes d'un liquide clair, jaunâtre, tout à fait analogue à de l'urine par sa couleur et son odeur. Vers le bord inférieur de la tumeur se voit un bourrelet sombre, qui semble être du tissu rénal aplati. Il s'agit donc bien d'*hydronephrose* et presque sûrement *dans le rein droit déplacé*. Néanmoins, M. Socin ne peut se résoudre à l'extirpation; il établit une large fistule entre le bassin dilaté et la

1. Ce fait, qu'un chirurgien aussi brillant et aussi habile que le Pr Socin n'a point porté de suite, dans ce cas, le diagnostic d'hydronephrose *intermittente*, montre bien tout l'intérêt qu'a présenté, à sa publication, le travail de L. Landau et la nécessité de faire connaître avec détails les observations de ce genre dans notre pays. (N. d. Tr.)

plaie abdominale, dans l'espérance de voir ultérieurement, spontanément, ou sous l'influence d'un cathétérisme approprié, l'uretère redevenir perméable. Une telle manière de faire lui paraît d'autant plus rationnelle qu'il existe encore une masse importante de tissu rénal en apparence sain. La fistule faite, le doigt introduit par l'orifice fistuleux perçoit les calices élargis, et au fond de ces calices des papilles aplaties; par contre, il est impossible de trouver l'embouchure de l'uretère.

Le liquide, retiré par la ponction, avait une densité de 1,022 et était clair; il laissa déposer pourtant un sédiment composé de quelques globules de pus, de détritius, de nombreuses cellules épithéliales du rein en dégénérescence grasseuse, et d'une grande quantité de cylindres hyalins et de cylindres remplis de gouttelettes grasseuses. La chaleur et les acides donnaient un précipité floconneux abondant.

Suites des plus simples; pas de fièvre. La première nuit, la malade rend spontanément 450 grammes d'urine très claire et normale par l'urèthre¹; les jours suivants la quantité émise atteint, bientôt, 800, 1200 et 1300 grammes. Le 4^e jour, une urine abondante et trouble s'écoula par la fistule (on évalua cette quantité à 550 grammes environ, d'après le degré de souillure du pansement). On essaya en vain de retrouver l'uretère, à différentes reprises, et bientôt on reconnut que le rein droit était atteint de *pyélite* et de *néphrite parenchymateuse*.

La malade réclamant une intervention radicale, M. Socin, se basant sur la parfaite suppléance du rein gauche, consentit à faire la néphrectomie.

2^o *Néphrectomie abdominale*. — Le 12 mai, il l'exécuta par la voie abdominale.

Opération d'une réelle difficulté et mouvementée. Après la ligature du pédicule vasculaire, il ne reste plus à libérer que l'extrémité inférieure du rein malade. C'est alors, mais alors seulement, qu'on s'aperçoit de la disposition suivante : cette extrémité inférieure se prolonge par un pont de $\frac{1}{4}$ centimètres de haut, épais de 2, qui passe transversalement au-devant de la veine-cave et de l'aorte abdominale, pour aller se confondre avec l'extrémité inférieure du rein gauche. On se trouve en présence d'un *rein en fer à cheval*.

M. Socin, un instant dérouté, s'assure que l'extirpation est cependant possible, sectionne au thermo-cautère le pédicule rénal, recouvre le moignon rénal gauche avec des lambeaux de la capsule et termine par un drainage abdomino-lombaire.

Suites opératoires excellentes. Le premier jour, l'urine renferma un peu d'albumine et d'hémoglobine, mais elle ne tarda pas à revenir normale.

La malade, revue en octobre 1888, continue à se bien porter.

EXAMEN DU REIN EXTIRPÉ. — La moitié droite du rein, extirpée, est aplatie d'avant en arrière; elle mesure 11 centimètres de haut, 8 cent. 05 de large, 2 cent. 08 en épaisseur. De la partie inférieure et interne de sa circon-

1. Venant, probablement, exclusivement du rein sain. (*Note des Trad.*)

férence part un pédicule épais de substance rénale qui a 5 centimètres de haut sur 2 centimètres de large, et qui a été sectionné à 1 cent. 02 du bord interne du rein. Sur toute la face antérieure de l'organe, à 3 centimètres en moyenne de sa circonférence, prend naissance le bassinnet dilaté en forme de poche. Il se termine en un grand orifice irrégulier qui correspond à l'extrémité supérieure dilatée de l'uretère et se compose de plusieurs parties. Le tissu rénal est malade, les pyramides et les papilles atrophiées.

Observation LI.

Hahn (Traduction in extenso) ¹.

Hydronéphrose intermittente droite. — Fistule du bassinnet. Infection.

Femme âgée de trente ans, ayant eu un enfant, ayant fait une fausse couche. En octobre 1886, elle a ressenti, après avoir soulevé un lourd fardeau, une secousse douloureuse dans l'hypocondre droit.

Depuis elle urine souvent et a remarqué quelquefois la présence du sang dans ses urines.

Plus tard apparut une tumeur dans la partie inférieure de l'hypocondre droit; à la moindre secousse, cette tumeur devenait le siège de violentes douleurs s'irradiant dans divers sens.

A l'entrée de cette femme à l'hôpital Freidrichshain, en juillet 1887, on constata l'existence d'une grosse tumeur du rein, située du côté droit, à surface lisse, non fluctuante. Les urines étaient un peu troubles et émises en assez grande quantité (2 à 3 litres en vingt-quatre heures). Pendant le repos au lit, les douleurs disparaissaient; mais elles reparaissaient immédiatement après, et alors du sang se trouvait mélangé à l'urine.

Le 21 janvier 1888, on fit une fistule du bassinnet sur la ligne axillaire. Depuis l'opération, toute l'urine sécrétée sortit par la fistule. Pas la moindre goutte n'arriva dans la vessie. Mais, la fistule s'étant rétrécie, un peu d'urine tomba dans le réservoir vésical. Puis la tumeur s'enflamma; il y eut de la fièvre et on dut drainer pendant longtemps le bassinnet ².

Observation LII.

KAPPE (Cas I) (Traduction in extenso) ³.

Hydronéphrose intermittente droite. — Rein mobile droit.

HISTOIRE CLINIQUE (*Antécédents*). — Mlle A. H., âgée de trente-huit ans, tailleuse, a perdu sa mère de cancer, quatre frères ou sœurs de la tuberculose.

1. Eug. Cohn. *Loc. cit.*, p. 39.

2. A lire cette observation on ne croirait pas avoir affaire à une *Hydronéphrose intermittente*. C'est pourtant ainsi que Hahn l'a étiquetée, au cours de la discussion qui suivit la communication de Braun au Congrès des Chirurgiens de Berlin en 1890 (voir p. 114). Aussi n'avons-nous pas hésité à rapporter ici l'analyse du journal allemand, — certainement des plus écourtées, — quoique l'observation *in extenso* ne paraisse pas avoir été publiée.

3. Kappe. *Loc. cit.*, p. 71.

Jusqu'à ces dernières années, elle a toujours été bien portante et capable de se livrer à ses occupations habituelles. Ce n'est qu'il y a deux ans qu'elle ressentit pour la première fois une douleur sourde dans la région du foie qui se dissipa lorsqu'elle se mit au lit. Mais les douleurs reparurent sans cause appréciable à intervalles irréguliers, de toutes les deux à six semaines; il est vrai qu'elles se dissipèrent sans autre traitement que le repos absolu. Depuis le printemps de 1888, une tumeur est apparue du côté droit de l'abdomen et c'est pour cela qu'elle s'est décidée à consulter un médecin.

État actuel. — La malade est d'une frêle constitution, légèrement amaigrie et au teint pâle. Au-dessous du foie pointé, hors de la cavité abdominale, une tumeur grosse comme les deux poings. Cette tumeur est dirigée transversalement, régulièrement arrondie, très dure et peu sensible à la pression.

Urine claire, limpide, sans albumine.

Comme l'hypothèse d'une tumeur maligne du rein ne me paraissait pas tout à fait invraisemblable, j'envoyais cette malade consulter à Dorpat le professeur Dehio. A mon grand étonnement, le professeur Dehio ne trouva aucune tumeur et posa le diagnostic de *rein mobile avec calcul ou torsion du rein sur son axe*. Cette dernière hypothèse me parut indubitable, lorsque la malade, revenue de Dorpat, se représenta de nouveau à moi, présentant une tumeur analogue à celle que j'avais déjà constatée. Il s'agissait donc d'une tumeur du rein revenant périodiquement; ce ne pouvait être qu'une hydronéphrose. Il importait de ne pas attendre l'évacuation spontanée de cette poche et d'essayer de la vider par des pressions extérieures, ce qui arriva, au bout d'un quart d'heure, après un massage assez intense à l'aide des deux mains : et la tumeur disparut complètement. Lorsqu'elle eut été évacuée, j'eus nettement, entre les deux mains, la sensation d'un sac vide, tandis que le rein était à peine appréciable et caché sous l'arc costal. Dans la vessie, que j'avais, au préalable, évacuée à l'aide d'une sonde, je trouvai ensuite une grande quantité d'urine claire et transparente.

A partir de ce moment, la tumeur se montra à différentes reprises. Au début, les périodes d'accalmie furent d'assez longue durée; mais bientôt les accidents reparurent plus souvent.

M. Kappe a eu l'occasion de présenter cette malade en octobre 1888, en plein accès, à l'Association des médecins de Pernau. Les membres présents ont pu constater l'existence de la tumeur du rein et sa disparition sous l'influence du massage. Actuellement (janvier 1889), cette femme porte un bandage.

Observation LIII.

KÖHLER (Traduction in extenso) ¹.

Hydronéphrose intermittente mobile à gauche. — Laparotomie exploratrice; Fistule du bassin. — Tabes. — Néphrectomie secondaire. — Mort. — Autopsie (rein mobile à droite).

HISTOIRE CLINIQUE. — Ce malade, déjà présenté par M. le professeur Leyden a

1. Köhler. *Loc. cit.*, 1886 (observation publiée en 2 mémoires).

la *Gesellsch. der Charité Annalen* (Berlin), est à la Charité depuis plusieurs mois.

Il présentait à cette époque un ensemble de symptômes tout particulier. Il offrait toutes les apparences d'un *tabes* au début. Le réflexe patellaire était affaibli, la pupille était à peu près immobile. En outre, les *accès douloureux* qu'il accusait ne survenaient que par intervalles et ressemblaient extraordinairement aux *crises gastriques* des tabétiques.

Début. — C'est un homme âgé d'environ trente ans. Il y a trois ans, à la suite d'un refroidissement, il a ressenti des *douleurs* très violentes dans la région stomacale, douleurs qui s'irradiaient vers les lombes et s'accompagnaient d'un état de malaise persistant et de vomissement. Cette crise dura toute une journée pendant laquelle les mictions furent plus pénibles. Au bout de quinze jours seulement, le malade fut remis de cette crise. Le même phénomène se reproduisit huit mois plus tard pour réapparaître encore après une pause de quelques mois avec les mêmes caractères. Mais depuis quelque temps les crises sont de plus en plus fréquentes, et de plus en plus intenses; si bien que le malade a dû prendre des doses assez considérables de morphine.

À l'époque où le malade fut présenté pour la première fois à la *Société de la Charité*, les accès survenaient déjà presque tous les jours; aujourd'hui ils reviennent plusieurs fois par jour, et pendant leur durée la sécrétion urinaire est très diminuée.

Évolution de la maladie. — En avril 1888, à la clinique de M. Leyden, on constata chez ce malade, durant un accès, l'existence d'une *tumeur* dans la région abdominale supérieure *gauche*. Cette tumeur était *mobile*, présentait les caractères d'un gros rein, et échappait des mains avec facilité. On la déplaçait facilement au-devant de la colonne vertébrale. L'accès passé, cette tumeur ne fut plus appréciable.

En mai de la même année, lors d'un autre accès pendant lequel la tumeur devint manifestement appréciable, M. le Dr Reuvers fit une *ponction exploratrice* du côté gauche. Cette ponction donna un liquide clair, dans lequel on put constater la présence d'une petite quantité d'urée. On ne sait pas si l'on rechercha alors quelle était la réaction du liquide. Immédiatement après la ponction, le malade fut présenté à la *Société de la Charité* par M. le professeur Leyden. La ponction ayant démontré que la tumeur dépendait très probablement du rein, on pensa qu'il s'agissait vraisemblablement d'une *hydronéphrose*. Ce seul fait, que la tumeur était surtout appréciable et n'était guère sentie qu'au moment des *crises douloureuses*, montrait qu'il y avait certainement un rapport entre les accès et l'apparition de la tumeur: ou bien elle était cause de crises, ou bien elle en était la conséquence. En raison de la très grande ressemblance que les accidents douloureux, que la sensation de malaise et les vomissements présentaient avec les *crises gastriques des tabétiques*, à cause de l'existence concomitante d'autres symptômes du *tabes*, M. le professeur Leyden émit l'idée que cet état, fort analogue aux crises gastriques, devrait peut-être être dénommé *crises néphrétiques*. Mais, puisqu'on avait affaire, en outre, très vraisemblablement, à une

hydronéphrose intermittente, le cas exigeait certainement l'intervention chirurgicale.

En août 1888, M. Kœhler vit alors le malade à la Clinique du professeur Bardeleben. Il présentait là aussi les accès qui ont été décrits plus haut, et cela presque tous les jours. Comme symptôme nouveau, il avait de la diplopie et une insuffisance du muscle droit interne. Pendant les premiers jours qu'on observa ce malade, on ne put arriver à sentir la tumeur, même sous la narcose chloroformique; il n'y eut, il est vrai, aucun accès à ce moment.

Quinze jours après environ, on put cependant, au cours d'une crise, sentir très manifestement une tumeur dans la région abdominale en haut et à gauche; elle s'enfonçait sous l'arc costal, avait une forme arrondie et était facilement mobilisée. Une partie était placée sous l'arc costal gauche, si bien que son extrémité supérieure était impossible à atteindre. M. Kœhler ne sait pas si au début ou au milieu de l'accès la tumeur avait le même volume; et il n'a pu lui-même faire cette recherche; s'il y avait eu une différence notable, cette constatation aurait été d'une haute importance diagnostique. Puisqu'il était très vraisemblable que l'on avait affaire à un cas d'hydronéphrose intermittente, M. Kœhler ne voulut pas laisser perdre une seule occasion d'arriver à un diagnostic exact. Comme d'après son expérience personnelle aujourd'hui très étendue sur ce point, la *laparotomie exploratrice*, chez des individus non encore affaiblis, est une opération sans danger, il la proposa au malade qui l'accepta, mais ne voulut pas permettre l'extirpation du rein, d'ailleurs proposée éventuellement.

Le plan opératoire était le suivant : s'assurer d'abord du diagnostic *Hydronéphrose intermittente*; rechercher la cause de cette hydronéphrose, et en cas de circonstance favorable, la faire disparaître.

Dans une séance ultérieure, si le patient y consentait alors, on ferait l'extirpation du rein par la voie lombaire.

OPÉRATION. — 1° *Fistule du bassin*. — Incision, au-dessous de l'extrémité antérieure de la dixième côte parallèle à la ligne médiane, ayant 15 centimètres de long. Pannicule adipeux très développé; musculature très vigoureuse. Aussitôt la tumeur se présenta au niveau de la plaie à sa partie interne et inférieure. Elle était recouverte par le côlon ascendant et ses parois étaient parcourues par de nombreuses artères, grosses comme une tige de plume de corbeau et de veines aussi grosses presque que le petit doigt. La tumeur était beaucoup plus grosse que l'on s'y attendait : elle avait presque le volume d'une tête d'adulte; sa partie principale siégeait sur l'arc costal, son pédicule, très large, *facilement mobilisable*, se trouvait à gauche près de la colonne vertébrale, précisément là où on devait chercher le rein. On fit une *ponction exploratrice* de la tumeur, et l'on retira de l'urine claire. Il s'agissait donc bien, d'une façon non douteuse, d'une hydronéphrose. La tension intérieure du liquide était si marquée que, quoiqu'on eût fait la ponction avec une seringue de Pravaz, l'urine commença à s'écouler en quantité considérable par la petite piqûre faite à la paroi de la tumeur. Pour empêcher

l'urine de tomber complètement dans la cavité abdominale, on fut contraint d'inciser le sac, de le vider et de le suturer à la paroi abdominale. La suture terminée, on fit une découverte importante : on vit sur un point de la partie de la poche par l'ouverture de la fistule du bassinnet que l'on venait de faire une *fente* longue de 2 millimètres environ.

On pénétra avec un cathéter dans cette fente, arrivant par là *sans rencontrer le moindre obstacle jusque dans la vessie* ¹. C'était donc l'extrémité rénale de l'uretère que l'on avait sous les yeux.

Dans ces conditions, la sortie de l'urine pouvait difficilement se faire hors de ce bassinnet rempli de liquide, car la pression du liquide, en détendant la poche, accolait les parois de l'uretère les unes contre les autres et fermait l'orifice.

Suites opératoires. — Le 8 novembre 1888, voici quel est l'état de la fistule du bassinnet et de l'ouverture de l'uretère dans la poche : *le cathéter entre librement par la plaie* de la paroi abdominale dans la vessie; d'autre part, on peut introduire le doigt profondément dans le bassinnet, et on peut ainsi suivre sur la paroi de l'hydronéphrose pendant un assez long trajet *le cathéter placé* dans l'uretère accolé à cette paroi; on sent près de l'ouverture de l'uretère une violente pulsation appréciable aussi en d'autres points du sac, jusqu'à la partie profonde du bassinnet.

C'est certainement une des branches principales de l'artère rénale.

Les *crises* de douleurs, caractéristiques, *ont disparu* depuis l'opération; elles étaient donc, sans aucun doute, sous la dépendance de l'hydronéphrose intermittente; mais il persiste encore une *sensation de constriction* aiguë, très nette, qui n'avait peut-être pas été très bien distinguée par le malade antérieurement, par suite des douleurs intenses qui étaient la conséquence de son hydronéphrose. Par suite, le diagnostic de tabes était établi d'une façon très vraisemblable. — L'issue de l'urine hors du bassinnet a été assurée au début à l'aide d'un gros *drain*, plus tard à l'aide d'une mèche de lampe. Cette manière de faire n'empêcha pas l'apparition d'une *inflammation eczémateuse* de la peau qui ne disparut que par l'emploi de la ouate de moussc, de Kœhler, qui possède une capacité d'absorption tout à fait exceptionnelle. Elle absorbe en effet si bien l'urine qu'il suffit d'appliquer une poudre simple au pourtour de la plaie pour réduire à néant toute l'action irritative de l'urine sur la peau du voisinage.

M. Kœhler a comparé la quantité d'urine émise par le droit et par le rein gauche : *le rein sain sécrétait moins que le rein malade*. Le poids spécifique de l'urine était plus élevé pour le rein sain que pour le rein malade. (On a par exemple 1016 pour 1007, 1023 pour 1013.) L'urine du rein gauche était notablement plus claire que celle du droit. L'état général s'est amélioré. Ce malade n'est plus morphiophage ².

2° *Nephrectomie.* — Pour obtenir une guérison complète chez ce malade,

1. Ce qui prouva bien qu'il n'y avait pas de *calcul de l'uretère*. (Note des Trad.)

2. Cette première partie de l'observation a été publiée en 1889 (*Charité-Annalen*, 1889).

dont les crises douloureuses avaient presque totalement disparu depuis l'établissement d'une fistule du bassin, on songea ultérieurement à l'extirpation du rein malade, et cette opération fut faite quatre mois après la première. M. Köhler fit la *néphrectomie lombaire* à l'aide d'une incision à lambeau dont la base correspondait à la colonne vertébrale. Le rein fut isolé, puis enlevé, et on tamponna les deux cavités, la cavité formée par la plaie opératoire d'une part, puis la poche constituant le sac hydronéphrotique.

Pendant les premiers jours, l'opéré fut tout à fait insoumis et déchira son pansement. Il en résulta qu'on ne put maintenir la plaie à l'état aseptique. Une *fièvre* intense éclata; il survint des vomissements, puis du collapsus; six jours après l'opération, le malade était mort.

. AUTOPSIE. — Dans la profondeur de la plaie opératoire, *infiltration purulente*, qui remontait vers la capsule surrénale et le diaphragme. Sur ce muscle existait un point ramolli infiltré de pus, d'apparence louche, par où avait dû passer du pus dans la plèvre gauche et le péricarde. — Le cerveau et les méninges étaient intacts. A la partie inférieure de la moelle dorsale et à la partie supérieure de la moelle lombaire, les zones radiculaires postérieures présentaient une coloration grise; il y avait là un léger épaissement chronique des parties conjonctives. Le péritoine au voisinage du sac était légèrement terne; il y avait une infiltration purulente au pourtour de la rate.

Le rein droit était très manifestement mobile, mais l'uretère et les vaisseaux avaient une insertion normale ¹.

Observation LIV.

GUYON (Cas I) (Résumé) ².

Hydronéphrose intermittente à droite développée sur un rein mobile. — Néphropexie. Guérison.

HISTOIRE CLINIQUE. — Jeune fille de vingt ans, sans antécédents pathologiques, bien portante jusqu'à quinze ans.

Antécédents. — A cette époque, elle s'aperçut tout à coup de l'apparition, sans cause appréciable, d'une *tumeur* abdominale, située dans le flanc *droit*. Cette tuméfaction était apparue subitement quelques heures après le repas, sans effort, sans constriction brusque de la taille.

Elle avait le volume du poing, était *mobile* sous la main et devenait au bout de peu d'instants le siège de *douleurs* assez vives.

A un moment donné, cette malade s'inclina à droite, se plia en deux et, au bout de quelques minutes, la tumeur avait disparu sous les côtes, les douleurs avaient cessé.

Deux jours après, mêmes phénomènes, suivis de vomissements. Cette fois

1. Cette seconde partie de l'observation a été publiée en 1890 *Charité-Annalen*, 1890, p. 455.

2. Guyon. *Deux cas de néphrorhaphie*; in *loc. cit.* (2^e cas, p. 246).

la tumeur ne disparut qu'après quelques minutes de compression nouvelle.

Troisième accès, identique au deuxième, quelques jours après. Un médecin du pays consulté diagnostiqua une hernie du rein.

Puis, pendant six semaines, calme absolu.

Évolution des accidents. — Mais bientôt les mêmes accidents réapparurent, tous les mois, toutes les six semaines ou tous les deux mois au maximum, sans présenter la moindre relation avec les règles, régulières. La marche, les mouvements, l'équitation n'ont pas de rapports avec l'apparition des phénomènes. La malade remarque seulement la coïncidence fréquente de sa « hernie » avec une émotion morale vive et surtout une digestion lente et pénible.

A chaque crise les mêmes phénomènes se produisent, mais bientôt deux d'entre eux s'accroissent et donnent au syndrome clinique une physionomie particulière.

La tumeur, dès qu'elle apparaît, augmente graduellement de volume; elle devient de plus en plus difficilement réductible. Tout est inefficace pour la réduction (positions les plus bizarres, etc.) ou du moins la patiente ne peut plus l'effectuer d'elle-même. Il faut recourir au médecin qui souvent ne parvient à remettre les choses en place qu'après plusieurs heures d'un taxis douloureux. Les accès durent de deux, trois, douze à vingt-quatre heures. Pendant leur durée, l'angoisse est grande, il y a des nausées et des vomissements; les urines *diminuent* notablement. Après la réduction au contraire, la malade *rend en abondance un liquide* peu coloré, transparent, qui n'a jamais été analysé, ni mesuré.

Dans l'intervalle des crises, état général assez bon; mais digestions lentes et pénibles. L'accentuation des troubles digestifs annoncerait la crise; certains mets y conduiraient infailliblement.

Tous les moyens de contention employés sont restés sans résultat.

Ayant examiné la malade dans une période d'accalmie, M. Guyon ne trouva rien d'anormal et ne sentit même pas le rein, qui cependant descendait au-dessous des côtes, comme on le constata lors de l'opération.

Le 11 juin, à une heure, M. Guyon appelé, trouva la malade étendue, les jambes fléchies, en proie à des douleurs vives. Dans le flanc droit, au-dessous des fausses côtes, se dessine sous la peau une tumeur dont la saillie est visible. Cette tumeur, facile à délimiter par la palpation, a le volume des deux poings. Elle est arrondie, rappelle la forme d'un gros rein, dont le hile regarderait en haut. Elle est mobile, de la fosse iliaque au rebord des côtes, de la colonne vertébrale au flanc. Elle est dure, rénitente, un peu sensible à la pression. Tous les efforts pour réintégrer le rein dans sa loge restent impuissants.

A cinq heures du soir, la malade étant accroupie, les jambes fléchies, on conduit le rein sous le foie. Tout à coup, avec une aisance parfaite, il échappe, rentre dans sa loge, comme une hernie qui se réduit subitement.

Le 14 juin, nouvelle crise. Deux tentatives de taxis restent vaines. Le bassin étant fortement relevé, la tête placée en bas, la réduction se fait spontanément.

Le 18 juin, nouvel accident; même manœuvre; le 22, de même.

OPÉRATION. — *Néphropexie* le 5 juillet 1888. — Le rein n'occupait pas son siège normal et ne pouvait y être entièrement réintégré. Son extrémité supérieure seule se cache sous les dernières côtes; son extrémité inférieure est dans la fosse iliaque. Il est de couleur foncée; son tissu a l'aspect normal; il est allongé, aplati, *flusque*. Il donne la sensation d'une poche vide à parois encore épaisses. Néphropexie à l'aide de douze points de suture.

Le rein, en somme, était atteint d'*Hydronéphrose intermittente*. L'uretère, coudé par le changement de position, était redressé par la réduction.

Suites normales. Pas la moindre modification dans les urines. L'opérée quitte le lit au bout d'un mois seulement.

Sept mois après. — Aucun accident depuis l'opération. Plus de tumeur, ni de crises. Guérison absolue.

Observation LV.

HUNTER (Traduction) ¹.

Hydronéphrose droite avec évacuation (Rein mobile probable?).

Mme C..., âgée de trente ans, consulte M. Hunter le 25 janvier 1889. Elle se plaint d'une tuméfaction douloureuse dans le côté droit. La tumeur s'est développée pendant les trois dernières semaines.

A l'examen on trouva une tumeur fluctuante s'étendant d'un pouce au-dessous du bord inférieur du foie jusqu'à l'entrée du bassin, atteignant la ligne médiane, et en rapport en arrière avec la colonne vertébrale...

Les urines étaient normales, les autres organes sains.

On diagnostiqua une hydronéphrose.

On conseilla alors à cette malade de se mettre au lit et de faire en sorte d'élever son bassin avec des oreillers.

Après que cette femme fut restée quelques heures dans cette position, elle sentit tout à coup un pressant besoin d'uriner et rendit environ une pinte d'urine. S'étant recouchée dans la même situation, elle rendit encore une pinte et demie d'urine et constata que sa tumeur avait disparu ².

Observation LVI.

LE DENTU (Cas I) (Résumé) ³.

Pyonéphrose intermittente droite.

Dame, d'origine grecque, atteinte d'une pyonéphrose manifeste qui se vidait de temps en temps, assez complètement. Plusieurs années après, M. Le Dentu la revit; elle était guérie. Elle n'avait suivi qu'un traitement médical.

1. Hunter. *Loc. cit.*, p. 469.

2. Très probablement il s'agit dans ce cas d'une Hydronéphrose développée sur un rein mobile. Sous l'influence de la position, le rein reprit sa place normale et l'uretère se redressa.

3. Le Dentu. *Loc. cit.*, p. 284.

Observation LVII.LE DENTU (Cas II) (Résumé) ¹.*Pyonéphrose du rein gauche.*

Un homme de plus de soixante ans était atteint de pyurie en relation avec une pyonéphrose du rein gauche. Au bout de plusieurs mois, la tumeur avait disparu et la guérison était complète, sauf réserves pour des rechutes éloignées.

Observation LVIII.LINDNER (Cas II) (Traduction in extenso) ².*Rein mobile droit. — Hydronéphrose intermittente droite.*

Femme de quarante ans environ, atteinte de *rein mobile droit*. De temps en temps, le rein droit se transformait en *tumeur* plus grosse qu'une tête d'homme. Des *douleurs* très violentes se faisaient sentir au moment de son apparition et pendant tout le temps qu'elle persistait.

Ces douleurs persistaient parfois plusieurs semaines après la disparition de la tumeur, parfois diminuaient en même temps qu'elle. Il y avait une *évacuation* abondante d'urine après la crise. A chaque crise, le rein doublait ou triplait de volume.

Observation LIX.BRAUN (Cas I) (Traduction in extenso) ³.*Hydronéphrose intermittente gauche. — Néphrectomie. Guérison.*

HISTOIRE CLINIQUE. — *Antécédents.* — Depuis quatorze ans, une vieille demoiselle, âgée de quarante-cinq ans, se plaint de douleurs violentes dans la région lombaire gauche. Ces douleurs existent principalement à l'occasion de mouvements. Elles disparaissent peu à peu par le repos. Un jour elles furent si violentes que la malade se fractura une côte dans son lit pendant une crise convulsive provoquée par l'intensité qu'elles présentèrent; souvent les crises étaient accompagnées de pertes de connaissance. Dans ces dernières années, les phénomènes douloureux n'ont jamais cessé complètement, quoiqu'ils aient été moins pénibles pendant longtemps. Parfois même, ils ont acquis un tel degré d'acuité et sont devenues tellement difficiles à supporter que depuis 1872 des injections de morphine sont absolument nécessaires pour les atténuer. En 1877, le médecin traitant a constaté, au début

1. Le Dentu. *Loc. cit.*, p. 284.2. Lindner. *München. med. Woch.*, 1890, *loc. cit.*, p. 266-267.3. H. Braun. *Loc. cit.*, p. 135. C'est le dernier cas rapporté par Braun dans son mémoire.

des accès douloureux revenant à des intervalles de plusieurs jours, l'apparition d'une tumeur dans la région de l'hypocondre gauche. Il faut mentionner en outre qu'au début de la maladie les urines de cette femme contenaient parfois des graviers uriques; puis plus tard et plus fréquemment, on y trouva des graviers phosphatiques. Très souvent de petits calculs déterminaient des hémorragies vésicales assez abondantes pour être la cause de syncopes; quatre semaines avant son entrée à la clinique, cette malade avait pour la dernière fois rendu un petit calcul, en même temps qu'elle avait eu une légère hémorragie. Pendant les années précédentes on avait eu recours sans succès à divers traitements médicaux et aux eaux minérales les plus variées.

État actuel. — Entrée à la clinique d'Iéna le 5 mai 1883 pour être mise en observation, et dans le but de savoir si l'on devait faire l'extirpation du rein.

A ce moment, Braun constata que tous les cinq à sept jours environ apparaissaient des accès douloureux extrêmement violents; en même temps se développait dans la région rénale gauche une tumeur lisse, très distendue, mais manifestement fluctuante, s'étendant ordinairement jusqu'à la ligne blanche et descendant jusqu'à la crête iliaque. A la disparition de la tumeur correspondait celle des accès douloureux (il persistait parfois quelques douleurs), et en même temps en notait, ce jour-là, une augmentation très significative dans la quantité d'urine rendue. D'ailleurs on pourra mieux juger de la connexion des deux phénomènes (douleurs et quantité d'urine évaluée) en jetant les yeux sur le tableau ci-dessous :

TABLEAU I. — Urine de 24 heures.

6 mai	1500 c.	"	21 mai	1920 c.	"
7 —	2600 c.	Violente crise dou.	22 —	1340 c.	"
8 —	800 c.	"	23 —	1220 c.	"
9 —	1200 c.	"	24 —	2480 c.	Accès.
10 —	1100 c.	"	25 —	840 c.	"
11 —	1420 c.	"	26 —	1020 c.	"
12 —	2300 c.	Accès violent.	27 —	1230 c.	"
13 —	820 c.	"	28 —	2100 c.	Accès.
14 —	1240 c.	"	29 —	1420 c.	"
15 —	1420 c.	"	30 —	980 c.	"
16 —	1140 c.	"	31 —	1800 c.	"
17 —	1280 c.	"	1 ^{er} juin	1380 c.	"
18 —	2600 c.	Accès.	2 —	1540 c.	"
19 —	1050 c.	"	3 —	1360 c.	"
20 —	1390 c.	"	4 —	1120 c.	"

Ainsi donc, habituellement, l'urine excrétée représentait seulement celle sécrétée par le rein droit; puis, à un moment donné, tous les cinq, six ou sept jours, il s'y ajoutait tout à coup celle qui, pendant cet intervalle de temps, s'était accumulée dans le rein gauche.

De ces différents symptômes on pouvait conclure à une Hydronéphrose intermittente. La question de savoir si elle était combinée à un calcul rénal devait forcément rester en suspens, car, au cours d'une observation de plusieurs semaines, on ne trouva dans l'urine aucun gravier. On pouvait accepter

que le rein de l'autre côté était absolument sain, puisque dans l'urine on n'avait jamais découvert la présence d'éléments anormaux.

Comme l'extraordinaire violence des crises douloureuses rendait tout travail impossible et la vie absolument terrible pour cette malade, Braun se décida à faire la néphrectomie le 4 juin 1885.

OPÉRATION. — Longue incision de 18 centim. partant de la dernière côte et se dirigeant en bas et en avant jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure. Après avoir déchiré la capsule adipeuse on sentit le rein qui était mollassé comme une guenille. De nombreuses adhérences furent détruites avec le bistouri ou avec le doigt; on lia un certain nombre de vaisseaux situés dans ces adhérences et on extirpa la tumeur sans blesser le péritoine. Les vaisseaux, c'est-à-dire l'artère et la veine rénale, furent d'abord liés en masse puis liés isolément avec des fils de soie, de même que l'uretère *et un autre cordon* partant de la face antérieure du rein. Après désinfection de toute la cavité de la plaie à la solution de sublimé à 1 pour 1000, on plaça deux drains, sutura au catgut les muscles de la paroi à l'aide de dix points de suture perdue. La peau fut suturée avec 16 points de suture à la soie. Pansement à la gaze iodoformée.

EXAMEN DE LA PIÈCE. — La longueur du rein extirpé était de 14 centimètres; il avait 5 centimètres de large et 2 centim. 5 d'épaisseur. Cette largeur en y comprenant le bassinet était de 9 centimètres. Par une injection de liquide, le rein pouvait être notablement distendu. Le bassinet et les calices étaient si élargis qu'on trouvait seulement au niveau de la partie interne de l'organe une petite partie de substance rénale intacte. Il n'y avait aucun calcul dans le bassinet. L'uretère qui devait fonctionner pendant la vie, s'ouvrait à la partie supérieure du bassinet et y était adhérent. Cet uretère était coudé et appliqué sur la surface du bassinet par un *second uretère*, très reconnaissable à sa musculature, oblitéré et adhérent aussi à la surface du bassinet. Dans cet entrecroisement des uretères et dans leur adhérence au bassinet, ce qui était la conséquence de l'inflammation de ses parois, résidait certainement la cause de l'hydronéphrose intermittente et des symptômes qu'elle présentait. L'urine sécrétée par ce rein pouvait vaincre la résistance offerte à sa sortie par la *coudure* de l'uretère, lorsqu'elle était soumise à une certaine tension dans le bassinet; mais il fallait toujours plusieurs jours pour atteindre cette tension par suite de la petite quantité d'urine sécrétée par la substance rénale persistante.

Suites opératoires. — Rien de particulier à signaler. Guérison sans la moindre suppuration. L'un des drains fut enlevé au 2^e jour; l'autre le 6^e; les dernières sutures superficielles le 9^e. La température monta le 2^e jour après l'opération à 38°,4; en dehors de cette élévation elle resta normale. Une fois le pouls donne 420 pulsations, mais ordinairement il resta à 70-90. La quantité d'urine sécrétée en 24 h. après l'opération fut, au début, moindre qu'avant l'opération, certainement par suite d'une absorption moindre de liquide et des vomissements dus à la narcose chloroformique.

TABLEAU II. — *Urine rendue en 24 heures après l'opération.*

5 juin	340	10 juin	1700	15 juin	1550	20 juin	1620
6 —	660	11 —	1200	16 —	1380	21 —	1400
7 —	820	12 —	1600	17 —	1450	22 —	1360
8 —	940	13 —	1500	18 —	1227	23 —	1380
9 —	900	14 —	1350	19 —	1480	24 —	1520

Suites éloignées. — 4 semaines après l'extirpation du rein la malade était en pleine santé. Les douleurs qu'elle ressentait depuis quarante ans et qui étaient tantôt légères, tantôt vives, avaient complètement disparu et, d'après les derniers renseignements reçus par Braun en 1890, elles n'ont jamais réapparu.

Au printemps 1888 la malade était en très bon état. Aucune douleur dans le ventre; mais elle a remarqué depuis quelques mois des graviers dans ses urines.

Observation LX.

ZAWISZA (Cas I) (Traduction in extenso)¹.

Rein mobile droit. Hydronéphrose intermittente à droite (Pyélite et hématurie).

Au mois de novembre 1887, je fus appelé en consultation par mon confrère, M. Watraszinski, près de M. W. S..., qui avait de temps en temps des hématuries.

Antécédents. — W. S..., ingénieur (Prussien), âgé de quarante et un ans, est né d'une famille saine. Dans son enfance il souffrait de constipation opiniâtre. Après la campagne de 1870, il fut atteint pendant un an d'une dyspepsie gastrique et intestinale, pour laquelle il fit, vers le printemps 1872, une cure aux eaux de Karlsbad avec un résultat satisfaisant.

Début. — A partir de l'âge de seize ans il était sujet à des douleurs, survenant par accès, qui commençaient dans la région lombaire droite et se propageaient vers l'hypocondre droit, de là vers l'épigastre, dans tout le ventre et jusqu'à la colonne vertébrale. Ces douleurs furent toujours accompagnées de nausées et de frissons.

Les accès apparaissaient le plus souvent à la suite des écarts du régime. L'ingestion d'aliments développant des gaz et l'usage d'une certaine bière blanche, que le malade buvait en Allemagne, se terminaient toujours par un accès douloureux. Si alors le patient restait immobile, couché sur le dos et un peu incliné du côté droit, tous les phénomènes cessaient au bout de quelques instants ou de plusieurs heures.

Plus tard, c'est-à-dire à partir de 1878, les accès devinrent plus violents, durèrent plus longtemps, et souvent furent accompagnés de vomissements. Après chaque accès, le malade constatait que l'émission des urines était plus abondante. Au mois de juin 1884, sans aucune douleur, apparut, pour la première fois, du sang dans l'urine. A partir de cette époque et jusqu'à

1. Zawisza. *Loc. cit.*, p. 2.

l'année 1887 ces hématuries se reproduisirent à des intervalles plus ou moins espacés et durèrent de 3 à 8 jours. Le malade observait que le sang se montrait presque toujours à la suite des écarts du régime ou après une marche pénible. Depuis l'apparition du sang dans l'urine les crises douloureuses cessèrent et ne reparurent plus.

État actuel. — W. S. est fortement bâti et de bonne constitution; squelette normalement développé, musculature forte, tissu graisseux abondant, muqueuses vivement colorées. Pas de lésions dans les poumons ni dans le cœur. Poulx à 8°. Pas de fièvre. Le ventre légèrement ballonné, sub-matité sur toute son étendue. Le foie et la rate non augmentés de volume.

Dans l'hypocondre, à la palpation, on sent une tumeur dure, lisse, peu douloureuse, non fluctuante, et qui donne l'impression du foie très hypertrophié. Sous la pression digitale dirigée de bas en haut elle cède en grande partie, mais pas complètement, de sorte qu'on peut la sentir toujours dans l'hypocondre. Quand nous engageons le malade à faire un mouvement d'inspiration profonde, la tumeur fait saillie très nettement en s'abaissant, mais elle rétrocede quand l'inspiration s'arrête. En interposant les doigts entre le foie et la partie supérieure de la tumeur nous nous opposons à cette rétrocession. Elle se présente alors sous forme d'un corps ovalaire, dirigé dans son plus long diamètre parallèlement à l'axe transverse du corps. En bas elle atteint la ligne passant au-dessous de l'ombilic, et latéralement suivant sa dimension transversale elle touche d'un côté la ligne axillaire antérieure; de l'autre elle dépasse de quelques centimètres la ligne médiane. On ne peut pas la déplacer en dehors, par contre elle se laisse repousser légèrement en bas et en dedans. L'analyse de l'urine, exécutée par M. le Dr Przewoski, a donné : couleur jaune pâle avec reflet rougeâtre, quantité en vingt-quatre heures 1 400 cc., densité 1 012. Urée 21,6 gr. par 1000. Réaction acide persistant longtemps. Un peu d'hémoglobine dissoute. Beaucoup de globules rouges bien conservés. Un peu de mucus, très peu de globules de pus provenant probablement des bassinets. Albumine 0,12 0/00. Absence de cylindres urinaires. Du reste, on n'a pas trouvé d'autres éléments qui eussent pu révéler l'existence des calculs rénaux, d'un néoplasme ou de la tuberculose rénale.

D'habitude j'examinais le malade à l'époque de l'apparition du sang dans l'urine. Or, j'ai pu observer qu'au début de l'hématurie, à la palpation du ventre, la tumeur apparaissait toujours beaucoup plus volumineuse et plus dure, et qu'elle diminuait visiblement quand le taux du sang contenu dans l'urine s'abaissait. Ce phénomène était toujours accompagné d'une plus abondante sécrétion urinaire. En mettant en parallèle les données fournies par les antécédents et par l'état actuel, nous sommes arrivé à la conclusion que dans notre cas nous avons eu affaire à une hydronéphrose passagère à la période de la maladie où l'évacuation complète des bassinets n'est plus possible par suite de leur grande distension, et où la pyélite suppurée a déjà commencé.

Traitement. — Comme les opinions des chirurgiens, au sujet de l'intervention opératoire dans des cas semblables, étaient très divisées, je conseillai

au malade de porter une ceinture pour soutenir le rein, et je l'envoyai à Karlsbad pour obvier à son affection du tube digestif. Le confrère Stiche qui le soignait constata la diminution considérable du rein, ce qui fut également remarqué par le professeur Leyden, consulté par le malade au moment de son voyage pour Karlsbad.

Observation LXI.

ZAWISZA (Cas II) (Traduction in extenso)¹.

Rein mobile droit. — Hydronéphrose intermittente à droite.

Au mois de décembre 1889 se présenta à moi Mme L., souffrant de crampes d'estomac, sur lesquelles une cure de Karlsbad de six semaines n'avait produit aucun résultat.

Aussi bien pendant la cure que plusieurs semaines après la malade était sujette, à différentes reprises, à de très vives crampes malgré l'absence de tout écart du régime.

Antécédents. — Mme L. est née d'une famille saine, n'a fait aucune maladie sérieuse, n'a jamais eu de jaunisse. A partir de l'âge de 16 ans elle a eu des menstrues assez régulières. Plusieurs fois elle fut atteinte d'anémie, qui cédait sous l'action du fer.

Début. — Autant qu'elle peut se le rappeler, étant encore jeune fille, après une course précipitée ou à la suite d'un travail prolongé à la machine à coudre elle éprouvait à l'épigastre des douleurs peu intenses. Depuis quelque temps ces douleurs étaient devenues d'un caractère très violent et duraient plusieurs heures. Elles commençaient dans l'hypocondre droit, envahissaient tout le ventre, la région lombaire droite et étaient accompagnées quelquefois de nausées et de vomissements. Il semblait à la malade que la cause de ces crises résidait dans l'ingestion de certains aliments; aussi, dans ces derniers temps, en dépit de son excellent appétit, redoutant de nouvelles crises, elle se privait de nourriture. Mais les douleurs persévéraient, malgré l'estomac vide, le matin à jeun au saut du lit.

État actuel. — Mme L., âgée de vingt-quatre ans, frêle, mariée depuis quelques années, n'a pas eu d'enfants. Squelette régulier, muscles très peu développés, tissu adipo-graisseux pauvre, muqueuses pâles. L'appétit médiocre, constipation durant parfois plusieurs jours. A l'examen objectif on n'a pu constater aucune modification, sauf le rein mobile du côté droit.

En raison de la pauvreté du sang et de la paresse intestinale, je prescrivis à la malade de l'arsenic en pilules et j'exprimai le désir de la voir pendant une de ses crises.

Dix jours plus tard je fus appelé près d'elle et je la trouvai dans l'état suivant : couchée sur le dos, penchée un peu à droite, car cette position lui amenait un peu de soulagement, elle se plaignait de vives douleurs à l'épi-

1. Zawisza. *Loc. cit.*, p. 3.

gastre, à l'hypocondre droit et dans la région lombaire. Les douleurs l'ont prise le matin au saut du lit sans aucune cause apparente.

A l'examen, j'ai trouvé, dans l'hypocondre droit, une *tumeur* d'une forte dimension, dure, lisse et très douloureuse. Inférieurement elle descendait à deux travers de doigts au-dessous de la ligne ombilicale, à droite elle atteignait la ligne axillaire antérieure, en dedans elle dépassait sensiblement la ligne médiane. A l'inspiration profonde elle s'abaissait; elle donnait la sensation du foie hypertrophié. La percussion de toute la surface de la tumeur offrait un son tympanique très mat.

Traitement. — Je supposai avoir affaire à une crise des calculs biliaires et à une hypertrophie notable du foie. Je conseillai donc des applications chaudes et un purgatif. Le lendemain je visitai la malade, je la trouvai se promenant dans la chambre — les douleurs ont complètement disparu. A l'examen du ventre je n'ai plus retrouvé la tumeur de la veille, le foie n'était point augmenté de volume; seulement pendant de profondes inspirations on pouvait sentir le rein mobile de dimension normale. Il n'y avait aucun doute; j'avais devant moi un cas d'hydronéphrose passagère aiguë. Je conseillai donc à la malade de continuer l'usage des pilules prescrites qui la fortifiaient en excitant l'appétit et en régularisant les garde-robes et de mettre sur le rein un bandage approprié.

Observation LXII.

ZAWISZA (Cas III) (Traduction in extenso) ¹.

Rein mobile. — *Hydronéphrose intermittente à droite.*

Au mois de juillet 1890 est venue me trouver à la clinique Mlle M..., pour des douleurs très violentes, apparaissant de temps en temps à l'épigastre et dans l'hypocondre droit. Ces douleurs s'irradiaient vers la région lombaire, vers l'ombilic, dans l'aîne, et étaient accompagnées de nausées, de serrement de la poitrine et de grande prostration.

Antécédents. — Jusqu'à cette époque on attribua ces crises à la colique hépatique due aux calculs biliaires, et on prescrivit par jour une cuillerée à café de sel de Karlsbad dissous dans de l'eau tiède et une diète appropriée. Au bout de trois mois de ce traitement et malgré l'observation de la diète la plus sévère, éclata un très violent accès de douleurs.

Mlle M..., âgée de trente ans, née d'une famille saine, n'a fait aucune maladie grave, n'a jamais eu de jaunisse; ses époques sont régulières; muscles très peu développés, tissu adipeux peu abondant. Squelette normal, muqueuses pâles.

A l'examen objectif on n'a pas découvert de modifications, à l'exception du rein mobile du côté droit.

La malade se plaint du manque complet des forces et de l'appétit. Je prescrivis de l'arsenic avec du poivre en pilules, des bains salés, et je priai de me quêrir en cas d'apparition de douleurs.

1. Zawisza. *Loc. cit.*, p. 17.

Etat actuel. — Trois semaines plus tard, je fus mandé près de la malade pour de très vives souffrances. A l'examen j'ai trouvé, dans la région ombilicale du côté droit, une tumeur dure, lisse, douloureuse, donnant la sensation du foie volumineux. Ayant présent dans la mémoire le cas précédent, et sachant que la malade était porteuse du rein droit mobile, je soupçonnai que j'avais devant moi encore un cas d'hydronéphrose passagère aiguë. Je prescrivis les pilules d'opium et les applications chaudes. Le troisième jour la malade est venue à ma consultation; la tumeur avait disparu et je ne trouvai que le rein de dimensions normales s'échappant sous la main.

A quelques jours de là je fus encore appelé pour de fortes crampes qui apparurent la veille au soir après une promenade en voiture sans ressorts. Je constatai la présence de la tumeur dans l'hypocondre, mais elle était plus petite et moins douloureuse que la première fois. Ayant toute certitude qu'il s'agissait d'hydropisie aiguë du rein mobile, j'essayai de placer le rein dans sa position normale. Au bout de quelque temps, mes tentatives furent couronnées de succès et les douleurs abdominales et lombaires cessèrent.

Après avoir expliqué à la patiente la nature de sa maladie, j'ordonnai un régime approprié et l'usage d'une ceinture pour soutenir le rein.

Observation LXIII.

FOWLER (Cas I) (Traduction résumée) ¹.

Hydronéphrose intermittente (méconnue) à gauche. — Néphrectomie lombaire.

Mme S..., âgée de 24 ans, est née aux Etats-Unis.

Cette malade vint consulter R. Fowler le 4 avril 1890 et raconta ce qui suit :

Depuis sa plus tendre enfance, elle ressent dans la région lombaire gauche une légère douleur, s'accompagnant d'exaspérations à caractère très aigu.

Pendant ces cinq dernières années, ces accès douloureux ont augmenté de violence et ont de plus présenté les caractères suivants : une *diminution marquée de l'urine coïncidant avec l'attaque*; une *augmentation soudaine dans la quantité d'urine rendue sitôt que la crise était terminée*. Dans cette dernière circonstance, l'urine avait une apparence laiteuse.

Récemment ces attaques ont été d'une telle fréquence, les douleurs sont devenues si vives, que la malade est devenue tout à fait impotente; elle a recours à de petites doses de morphine pour les calmer.

Dans l'urine, il y avait 5 0/0 d'albumine et du pus; on constate aussi une certaine augmentation dans la quantité des phosphates.

Opération. — Néphrectomie lombaire gauche le 19 mai 1890. (Voir l'observation en anglais.)

Guérison.

1. R. Fowler. *Loc. cit.*, p. 215 (cas I).

Cette malade est devenue enceinte, après avoir été mariée 5 ans. La douleur a complètement disparu, les crises sont normales.

Examen de la pièce anatomique. — Le rein enlevé était diminué de volume, il mesurait $0,09 \times 0,04 \times 0,04 \frac{1}{2}$ centimètres. La capsule fibreuse était très adhérente; la surface inégale et granuleuse. Le rein était creusé de cavités assez grandes. Il persistait peu de substance sécrétante. La substance corticale au microscope présentait de la néphrite interstitielle.

Observation LXIV.

FOWLER (Cas II) (Traduction résumée) ¹.

Pyo-hydronephrose intermittente (méconnue) à droite. — Néphrectomie lombaire.

Mme F..., âgée de 24 ans, est née aux États-Unis.

Depuis l'âge de 14 ans, cette malade a remarqué qu'elle porte une tuméfaction dans le côté droit de l'abdomen. Cette tumeur a présenté à diverses reprises des *modifications considérables* de volume. Quand ces augmentations se produisaient, les douleurs augmentaient notablement, à tel point qu'elles finissaient par devenir insupportables.

Puis, lorsque la tumeur avait acquis son volume maximum, il survenait une *décharge d'urine* laiteuse. Immédiatement, les douleurs cessaient.

Les périodes d'accalmie duraient de deux semaines à plusieurs mois.

Environ 5 mois auparavant, l'augmentation de volume de la tumeur et la crise douloureuse avaient été accompagnées d'une forte fièvre qui ne tomba que lorsque la tumeur diminua de volume.

La malade ne put donner d'autres renseignements sur les caractères de ses urines que l'évacuation d'une urine laiteuse après chaque crise.

M. le Dr Woolley fut appelé pendant une de ses attaques et vit la malade.

Le pouls était à 160°; la température à 104° Fahr. La malade était très épuisée, accablée par la douleur et la fièvre. M. Woolley comprit de suite les rapports qui existaient entre les attaques et la tumeur.

M. Fowler, consulté, diagnostiqua une hydronephrose qui s'était infectée.

Il y avait du pus mélangé à l'urine qui contenait 30 0/0 d'albumine.

Opération. — Néphrectomie lombaire droite le 4 novembre 1890. (Voir l'observation dans le texte anglais.)

Guérison.

Examen de la pièce. — Le rein est augmenté de volume : il mesure $0,17 \times 0,8 \times 0,8$. La capsule n'est pas adhérente, mais sa surface est noduleuse. La dilatation du bassin et des calices est considérable. Il persiste peu de substance rénale. Néphrite interstitielle nette, au microscope ².

1. R. Fowler. *Loc. cit.*, p. 216 (cas IV).

2. Les Observations LXV, LXVI-LXX se trouvent dans le texte même de l'ouvrage (ch. III et V).

II^e SÉRIE**Observations non utilisées.**

(Juin 1891 à Décembre 1891.)

Nous avons recueilli, depuis la rédaction de notre travail, un certain nombre d'observations d'*Hydronéphrose intermittente*. Comme elles n'ont pu être utilisées par nous, nous avons cru devoir en faire une catégorie à part.

Observation LXXI.TUFFIER (Obs. in extenso) ¹.*Rein mobile. — Hydronéphrose intermittente.*

Malade de l'hôpital Beaujon.

Toutes les fois que le rein se déplaçait, on le percevait entre les fausses côtes et l'ombilic. Il augmentait rapidement de volume, devenait le siège de douleurs atroces, jusqu'au moment où la malade le réduisait par pression et inclinaiions bizarres du thorax.

La polyurie qui suivait cette réduction n'était pas immédiate; c'est dans les six heures qui suivaient qu'elle était le plus remarquable (1200 grammes d'urine en 6 heures).

La malade a été suffisamment soulagée par un bandage pour refuser toute intervention.

Observation LXXII.OPPENHEIMER (Analyse Galliard) ².*Hydronéphrose intermittente droite typique (méconnue). — Rein droit mobile.*

Femme de quarante ans. Grossesse. Rhumatisme articulaire aigu.

Accès périodiques depuis huit ans. Les douleurs sont intenses à droite; comme on a constaté une fois de l'ictère, on croit à de la lithiase biliaire; mais ce diagnostic n'est pas maintenu.

L'accès est constitué de la façon suivante: violente douleur cardialgique. Les soulancements ont leur maximum d'intensité dans l'hypocondre droit,

1. *Congrès de Chirurgie*, 1891, p. 378.

2. *Arch. gen. de Med.*, sept. 1864, p. 337.

mais s'irradiant vers l'utérus et le dos. Nausées et vomissements. Le ventre est si douloureux à la pression qu'on ne peut l'explorer sans avoir pratiqué préalablement une injection de morphine. On trouve à droite une *tumeur* arrondie qui s'étend du foie jusqu'à trois travers de doigt de la crête iliaque et mesure au moins le volume d'une tête d'enfant. La patiente a du ténésme vésical, n'émet que quelques gouttes d'urine épaisse, foncée, sédimenteuse, mais *sans albumine* et sans sucre.

La dernière crise douloureuse après avoir duré vingt-quatre heures, cesse brusquement; tout à coup soulagement inespéré. La malade se met à *uriner en abondance*; en quelques heures elle fournit près de quatre litres d'urine claire, limpide, ayant une densité de 1,009; pendant ce temps la tumeur abdominale *disparaît en partie*.

Quatre semaines plus tard, nouvelle crise analogue.

Ces accès se produisent souvent au milieu des périodes intermenstruelles; les plus courts ne durent que quelques heures; les plus longs durent huit jours et s'accompagnent de désordres généraux graves. Ils se terminent toujours par l'émission d'une grande quantité d'urine. Ils peuvent être provoqués par les excès de fatigue.

Le siège des accidents est un *rein droit mobile*. On peut s'en convaincre en examinant l'abdomen dans l'intervalle des crises ¹.

Observation LXXIII.

GUYON (Cas II) (Obs. in extenso) ².

Rein mobile. — *Hydronéphrose intermittente*.

Homme, couché au n° 21, salle Velpeau. Entré pour la seconde fois à l'hôpital le 22 juillet 1891.

Une crise violente pendant son premier séjour.

Plusieurs crises pendant ce second séjour. Douleurs vives.

Il rend d'autant moins d'urine que la crise est plus aiguë, c'est-à-dire que la rétention rénale est plus complète.

Il est devenu morphinomane.

Pas de fièvre pendant les accès.

Urine limpide, probablement aseptique.

Rein mobile.

Néphrorrhaphie le 24 août 1891 ³.

1. L'auteur n'admet, comme diagnostic, ni l'hydronéphrose par lithiase rénale, ni l'hydronéphrose par coudure brusque de l'uretère dans un déplacement de l'organe. Il accepte l'hypothèse de *désordres vasculaires par torsion du pédicule rénal*, constituant ce qu'on a appelé l'étranglement du rein mobile.

2. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, septembre 1891, p. 609 et p. 613-622.

3. M. Guyon aurait observé un autre cas d'hydronéphrose intermittente chez un homme (voir *loc. cit.*, p. 523); mais dans ce cas on n'a pas noté l'existence d'un rein mobile. Nous l'avons laissé de côté à cause de l'incertitude du diagnostic et du peu de renseignements fournis à son sujet.

Observations LXXIV-LXXVI.GUYON (Cas III, IV, V) (Mention) ¹.*Reins mobiles. — Hydronéphroses intermittentes.*

Trois femmes.

Rein mobile dans les 3 cas.

Hydronéphrose intermittente dans ces 3 cas.

Urine limpide, probablement aseptique ².**Observation LXXVII.**GUYON (Cas VI) (Résumé) ³.*Hydronéphrose intermittente (rétention rénale aseptique) gauche. — Rein mobile à gauche. — Guérison par malacation et fixation orthopédique.*

Mme X..., âgée de trente-cinq ans, a joui d'une excellente santé jusqu'à vingt-neuf ans. Fièvre typhoïde à douze ans; rougeole à vingt ans.

Mariée en 1879, Mme X... a eu quatre accouchements normaux et à terme (1881, 1882, 1884, 1887). Sauf la fatigue inhérente à la gestation et un abcès au sein en 1884, Mme X... n'a présenté que les accidents suivants.

En février 1881, un mois après le 1^{er} accouchement, Mme X..., en se courbant pour ramasser un objet, éprouve une vive douleur dans la région rénale gauche. Cette *douleur*, supportable pendant les premières heures, augmente rapidement d'intensité; elle devient lancinante, térébrante; vomissements, pâleur, anxiété très vive. Tout se calme après une injection de morphine : il n'y a plus rien le lendemain.

Depuis ce moment, tous les deux, trois ou quatre mois, à la suite d'une fatigue un peu prolongée tout particulièrement (marche, station debout, etc.), les crises douloureuses identiques se sont produites. Toujours même début : douleur sourde dans le rein et le flanc gauche, aggravation rapide, vomissements, sédation par la morphine; durée totale de la crise, quatre, six, huit, dix heures au plus.

Ces accidents ont persisté pendant cinq ans (fin de 1883). Jamais de trouble dans la fonction urinaire : pas de calcul, pas de sable, pas de précipité; pas d'hématurie. État général toujours très bon.

Au commencement de 1883, à la suite d'un des accès douloureux on rencontre une *tumeur* lisse, dure, fuyant sous le doigt, légèrement sensible, située en dehors de l'ombilic et à gauche.

1. *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, p. 609, septembre 1891.

2. M. Guyon aurait observé (*loc. cit.*) plusieurs autres cas d'hydronéphrose intermittente infectée (*wropyonéphrose*); mais il n'a donné aucune indication à ce sujet.

3. *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, septembre 1891, p. 653, et thèse de Arnould Ex. d'auteur, réimpression.

On songea à un *rein mobile*.

En septembre, il paraît y avoir des alternatives d'augmentation et de diminution.

Diagnostic posé : *lithiase rénale, déplacement du rein, hydronéphrose consécutive*.

En octobre 1889, M. X., membre de l'Académie, professeur à la faculté, propose une néphrotomie et conseille d'agir avant l'apparition de la suppuration. M. Guyon conseille de se borner à l'usage d'une pelote.

Le jour même, la malade avait remarqué qu'après avoir complètement vidé sa vessie, si l'on comprimait la tumeur durant quelques minutes, elle rendait de nouveau et immédiatement une petite quantité d'urine. M. Guyon constata ce phénomène et pria le médecin de le reproduire pour essayer de vider la poche.

Quatre à cinq jours après, la tumeur avait disparu. Les examens cliniques multipliés que cette malade avait eu à subir avaient probablement amené le redressement de l'uretère.

Jamais l'urine n'a été ni purulente, *ni même trouble. Jamais de fièvre*.

Depuis lors, très bonne santé. Durant les six premiers mois, un peu de gêne et de fatigue dans le rein gauche. En août 1890, tout phénomène morbide avait disparu et elle était à nouveau enceinte. Elle a accouché heureusement en mai 1891.

A l'heure actuelle, aucune tumeur, aucune douleur; mais la malade porte toujours uné pelote élastique.

Pendant plusieurs mois, on retrouva à différentes reprises cette tumeur présentant les mêmes caractères. Elle n'était pas mobile dans une grande étendue et semblait s'implanter profondément dans la cavité abdominale. Le volume était en rapport avec celui du rein, mais on ne pouvait en délimiter les contours et retrouver d'une manière précise la forme de cet organe.

A partir des derniers mois de 1885, la tumeur disparut et les crises douloureuses cessèrent complètement jusqu'en avril 1889¹. Santé florissante pendant trois ans. Cependant il y eut de la constipation habituelle et du rhumatisme articulaire revenant de temps à autre sous la forme de torticolis.

Dans les derniers temps de l'année 1888, la tumeur reparut avec du malaise, de la gêne, dans le côté gauche, l'impossibilité de se coucher sur le côté; le décubitus latéral droit était très pénible. Ventre sensible à cette époque².

Dans les premiers jours d'avril 1889, pendant une période menstruelle, gêne vive dans le flanc gauche, puis vives douleurs; en somme, nouvelle

1. A remarquer qu'il y eut une grossesse, en 1887, pendant cette accalmie, et que cette grossesse ne réveilla pas les douleurs. A remarquer aussi que la tumeur semble avoir été constatée pour la première fois après le troisième accouchement. (*Note des auteurs.*)

2. Il est probable qu'à cette époque, la tumeur étant persistante, l'urètre était totalement oblitéré par suite d'une torsion énergique. (*Idem.*)

crise avec vomissements, etc. Cette fois les douleurs persistent quarante-huit heures après l'injection de morphine et il y eut du malaise pendant trois à quatre jours. Puis la tumeur disparaît. Nouvel accès après un voyage le 25 avril. La tumeur persiste après l'accès. Elle a à ce moment 12 à 13 centimètres en travers, 7 centimètres de haut¹; elle est à 4 centimètres de la ligne blanche.

Pendant tout le mois de juin, accidents comparables à ceux du début d'une grossesse; mais les règles n'ont pas disparu.

En juillet, phénomènes analogues et élancements dans la région rénale. Urines à réaction acide; D = 1,015 à 1,030. Pas d'albumine, pas de pus; cristaux d'acide d'urique à l'évaporation.

Au commencement d'août, la tumeur a augmenté de volume. Elle est fluctuante, peu mobile, présente une bouclure en avant.

Rien dans la zone génitale. A la fin de ce mois, légère amélioration.

Observation LXXVIII.

SEGOND (Obs. in extenso)².

Hydronéphrose intermittente droite (Rein mobile [?]).

Femme de vingt-cinq ans, ayant eu deux ans auparavant des accidents de périmérite, qui ont disparu avec un traitement médical. Six mois après, il y a dix-huit mois, apparaissent des crises lombaires à *droite*, caractérisées par une douleur atroce avec apparition très nette d'une petite *tumeur* dans le flanc; pendant six mois, de semblables crises, apparaissant sans aucune cause appréciable, surviennent tous les trois jours, durent cinq à six heures, et se terminent invariablement par une *abondante émission d'urine*. Pendant les treize mois qui suivent, l'évolution de la crise suit un mode un peu différent; elle apparaît tous les huit ou dix jours seulement, mais elle dure beaucoup plus longtemps, vingt à trente heures.

Une ceinture, que l'on conseille à la malade de porter, modifie encore la périodicité de la maladie, dont les phases sont un peu variables mais persistent néanmoins.

M. Segond, appelé à voir la malade (décembre 1888), au moment même d'une crise, constate la présence d'une tumeur, qui ne dépasse guère les fausses côtes de plus de quatre travers de doigt, et constate aussi qu'elle n'appartient pas à un rein mobile.

26 janvier 1889. — Incision lombaire, le rein est découvert, ponctionné, puis incisé: l'opérateur explore le bassinet et ne trouve ni calcul, ni tumeur pouvant expliquer une rétention d'urine. Il introduit même dans l'uretère, une petite sonde qui s'y engage facilement. Il constate que le rein n'a *aucune*

1. Très probablement le rein était transversalement placé à ce moment.

2. Segond. Voir Arnould: *Contribution à l'étude de l'hydronéphrose*, thèse, Paris, 1891, p. 87.

mobilité autre que le faible degré de mobilité physiologique. En somme, aucune cause capable d'expliquer l'hydronéphrose. Cette malade guérit très bien de cette néphrectomie. — M. Segond l'a revue en bonne santé tout récemment (*Comm. orale*).

Observation LXXIX.

ARNOULD (Obs. in extenso) ¹.

Rein mobile. — Hydronéphrose intermittente.

Mme A..., opérée pour rein mobile très douloureux le 9 janvier 1889, est restée guérie pendant quatorze mois; elle n'a eu pendant ce temps aucune douleur.

Au mois de mars 1890, quelques douleurs apparaissent sourdement et l'on a senti depuis ce moment, à plusieurs reprises, le rein descendu jusque dans la fosse iliaque. Depuis un an cette femme a subi cinq grandes crises très douloureuses, assez régulières, espacées de deux en deux mois, et caractérisées par de grandes *douleurs* de la fosse iliaque et de la région lombaire avec apparition d'une *tumeur* volumineuse. — En même temps *anurie* presque complète : elle a même passé plusieurs fois vingt-quatre heures sans émettre une seule goutte d'urine.

Puis, sous l'influence du décubitus dorsal, il lui est arrivé chaque fois, pendant la nuit, d'émettre une *quantité considérable d'urine* (jusqu'à deux litres à la fois, dit-elle). La tumeur s'affaissait et il ne restait plus qu'un endolorissement de quelques jours.

Observation LXXX.

SOCIN (Cas II) ² (Traduction résumée) ³.

Hydronéphrose intermittente 4 gauche. Traumatisme du rein gauche.

Clément C..., vingt-cinq ans, maçon d'origine italienne, entre à l'hôpital de Bâle dans le service de M. le Pr Socin, le 7 mai 1887.

Rien à noter dans les antécédents.

Début. — Le début de la maladie actuelle ne remonte qu'au 6 mai, à six heures du soir. Le malade qui travaillait à une maison en construction, est tombé d'un mur haut d'environ 1 à 2 mètres, le côté gauche du thorax porta sur une pierre reposant sur le sol. Comme premier symptôme après cette chute,

1. Arnould. *Contribution à l'étude de l'hydronéphrose*. Paris, 1891, thèse n° 342, p. 87.

2. En réalité, c'est bien là le cas I de Socin, comme l'a signalé M. Arnould. Mais, dans le classement de nos observations et notre tableau, le cas I de Socin est un fait postérieur à celui-ci.

3. Moser. *Ueber Hydronephrose in Folge subcutaner Nierenverletzung*, p. 32.

4. Cette observation n'est pas très probante au point de vue étiologique; au point de vue clinique, elle présente certaines particularités intéressantes. L'hydronephrose est plutôt *aiguë* qu'intermittente.

il faut noter des *douleurs violentes* dans la région lombaire. Le blessé fut rapporté chez lui et placé dans son lit. A son dire il avait alors de la fièvre, aurait éprouvé une sensation de vertige : c'était probablement du collapsus. L'urine, qu'il rendit le soir de l'accident et la nuit suivante, était claire et transparente. Mais dès le lendemain matin elle était d'un rouge sombre, colorée, sanguinolente. Ce malade vint ce matin-là, le 7 mai, à l'hôpital où l'on fit le diagnostic suivant à la consultation de médecine : contusion de l'abdomen, deux syncopes.

État actuel. — Homme robuste, au teint un peu pâle. Rien aux poumons; rien au cœur. Pas de selle depuis deux jours.

Urine émise spontanément très colorée, tout à fait sanguinolente. Du côté gauche, dans la région de la dixième et de la onzième côte, et aux environs, la région lombaire est très sensible à la pression. Sur les côtes on ne trouve aucun point bien circonscrit, nettement sensible, pas de crépitation ni de mobilité normale. Dans l'hypogastre à gauche, au niveau de l'os iliaque, il y a un point douloureux à la pression dans la profondeur.

L'abdomen est un peu gonflé, le son tympanique partout, mais douloureux, sauf à la place que nous venons d'indiquer.

A un examen plus approfondi on peut remarquer dans l'hypogastre gauche une région grande comme la paume de la main, au niveau de laquelle la percussion donne un son un peu sourd. Dans ce point on a la sensation d'une partie résistante en forme de boudin, dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, très élastique, mais où l'on ne pourrait trouver la moindre fluctuation.

Le diagnostic suivant s'imposait : *Hémorragie dans le bassin gauche, Contusion du côté gauche du thorax et de l'abdomen.*

Le jour de l'entrée les douleurs persistent, avec la même intensité. L'urine resta très colorée, fortement hémorragique. Le malade était plongé dans un coma profond.

Le traitement consista dans le repos au lit; aliments liquides; pas de vin. 2 à 5 gouttes d'ergotine.

Évolution clinique. 8 mai. — L'urine, dont la quantité rendue en vingt-quatre heures est de 1140 centim. cubes¹, est redevenue tout à fait claire, elle ne présente aucune coloration sanguine.

Douleurs persistantes.

9 mai. — La douleur dans le côté gauche de l'abdomen est de nouveau très vive. On sent toujours manifestement de la résistance dans l'hypogastre du côté gauche. Quantité d'urine rendue, 1390 centim. cubes.

10 mai. — Persistance des douleurs dans le ventre.

Du 8 au 11 mai, à l'examen des urines, on ne trouve ni sang ni albumine. Pas d'examen microscopique cependant. Quantité d'urine rendue du 10 au 11 mai : 1450 centim. cubes.

1. Et non de 1440 centimètres cubes, comme l'a dit M. Arnould (thèse, exemplaire de la Faculté, p. 77). Cette erreur typographique de 300 centimètres cubes a son importance dans le cas particulier; c'est pour cela que nous nous permettons de la signaler.

12 mai. — La résistance dans le côté gauche de l'hypogastre est encore sensible au-dessus de l'arcade de Fallope; c'est là que siège encore la douleur. L'urine est de nouveau colorée par du sang. Quantité rendue, 1300 centim. cubes.

13 mai. — La tension de l'abdomen a diminué, l'urine est encore fortement colorée. Réaction de la matière colorante du sang manifeste. Quantité d'urine rouge, 2020 centim. cubes.

14 mai. — La zone de submatité de l'hypogastre à gauche a diminué. L'état général est bon. Urine, 1200 centim. cubes.

16 mai. — La matité a de nouveau diminué. Le malade se trouve très bien : il mange comme tout le monde. Urine, 1270 centim. cubes.

17 mai. — Encore un peu de matité au-dessus du ligament de Poupart. Selles enfin régulières. L'urine s'est de nouveau éclaircie.

20 mai. — État très bon; résistance à peine appréciable.

25 mai. — État général parfait, urines normales; le malade se lève le vingtième jour après son accident.

31 mai. — Il se promène. Encore quelque fatigue; quelques douleurs dans la jambe gauche.

3 juin. — Plus de douleurs.

6 juin. — Il y a toujours, au-dessus du ligament de Poupart, une légère résistance appréciable.

Du 16 mai au 21 mai. — Les urines ont varié de 1270 à 1310 centim. cubes.

Du 22 mai au 8 juin, on n'a pu les mesurer.

9 juin. — On sent dans l'hypocondre gauche une tumeur, manifestement fluctuante, bien délimitée, grosse comme la tête d'un homme. Cette tumeur dépasse de deux doigts la ligne blanche et son bord inférieur repose sur l'os iliaque. Aucune sensibilité au niveau de la tumeur qui est mobile et absolument mate.

10 juin. — Du 9 au 10 juin, en vingt-quatre heures, le patient n'a rendu que 590 centim. cubes d'urine (il est resté au lit). La tumeur paraît vers le soir être moins tendue, plus flasque. État général bon.

11 juin. — La tumeur a diminuée un peu de grosseur et est manifestement plus molle. Urine rendue : 1040 centim. cubes, en même temps la quantité d'urine émise a monté.

12 juin. — Urine, 1930 centim. cubes. Même état.

13 juin. — La tumeur est redevenue à son volume primitif; elle s'étend jusqu'à l'ombilic; elle est à nouveau fort tendue. Urine, 800 centimètres cubes.

Comme la tumeur provoque des douleurs par suite de ses dimensions, M. le Dr Socin se dispose à faire une ponction.

14 juin (matin). — Présentation du malade à la clinique. L'abdomen est rasé, nettoyé et désinfecté. La tumeur, qui est très tendue, s'avance vers la droite à un doigt de la ligne blanche; à gauche et en haut elle va jusqu'au bord inférieur de la septième côte, en bas jusqu'à l'os iliaque. La région lombaire est nettement bombée.

Sur la ligne axillaire, à égale distance du bord inférieur de la côte et de

la crête iliaque, on fait une *ponction*. On retire 4030 centimètres cubes d'une urine d'abord *trouble*, puis absolument limpide, mais les derniers 200 centimètres cubes sont encore *troubles*. A l'examen de cette urine, on trouve dans le dépôt une grande quantité de leucocytes dégénérés des corpuscules sanguins étoilés et ratatinés; il y a aussi quelques cylindres hyalins et des conglomerats de cellules épithéliales du rein et d'épithélium elliptique du bonnet en dégérescence grasseuse. Après la ponction, le malade se sent soulagé : aucune douleur. L'abdomen n'augmente pas; sa plus grande circonférence est de 75 centimètres.

15 juin. — Circonférence abdominale, 77 centimètres; l'urine renferme des phosphates, mais pas d'albumine. Du 14 au 15 juin au matin, urine : 390 centimètres cubes, claire; du 15 juin au 16 juin au matin (six heures), 1150 centimètres cubes. Abdomen, 78 centimètres 1/2.

16 juin. — Pas de douleur. Abdomen, 80 centimètres 1/2. Aucune fluctuation; aucune saillie du côté gauche. Du 16 juin matin, six heures, au 17 matin, six heures, urines : 1390 centimètres cubes. Un peu d'albumine. Abdomen le soir, 81 centimètres. Bon état général.

17 juin. — Abdomen, 81 centimètres 1/2. Urines du matin troubles; urines du soir albumineuses. Circonférence abdominale un peu plus petite. Pas de tumeur fluctuante appréciable; urine de vingt-quatre heures : 2010 centimètres cubes.

18 juin. — Abdomen, 80 centimètres. Urine claire; à peine un léger sédiment; 1810 centimètres cubes.

19 juin. — Abdomen, 79 centimètres. Beaucoup d'albumine dans l'urine; 1870 centimètres cubes.

20 juin. — Abdomen, 80 centimètres. Urine, 2370 centimètres cubes.

21 juin. — Abdomen, 77 centimètres. Urine, 2080 centimètres cubes. Presque plus de tumeur.

24 juin. — M. Socin peut encore sentir dans la région lombaire gauche un peu de résistance. Urine presque normale. Le malade se lève.

Vers le 27 juillet, urine, 2000 centimètres cubes.

4 juillet. — Urine du soir un peu rouge, trace d'albumine; matière colorante du sang dans l'urine.

9 juillet. — Urines sanglantes. Sur le trajet de l'uretère, à gauche, on trouve un cordon, épais, qui roule sous le doigt.

11 juillet. — 1040 centimètres cubes d'urine claire, le soir.

12 juillet. — Urine, 1780, sans albumine.

13 juillet. — Urine, 2620, encore sanguinolente.

14 juillet. — Urine, 1320 : cordon dans le flanc comme le 9 juillet.

16 juillet. — Le malade sort de l'hôpital. Il persiste toujours du côté gauche, au niveau de l'uretère, un cordon de la grosseur d'un doigt, élastique, facile à sentir sur 5 à 7 centimètres. Pas de douleur. Le 14 octobre 1887, cet homme se porte très bien.

Observation LXXXI.

GUILLET (Résumé) ¹.

Tumeur de la vessie siégeant à l'extrémité vésicale de l'uretère droit. — Hydro-néphrose intermittente à droite. — Néphrectomie abdominale. — Mort. — Autopsie.

1^o HISTOIRE CLINIQUE. — Le nommé M..., André, âgé de quarante-huit ans, gantier, entre le 13 novembre 1886, salle Saint-Côme, lit n^o 19, à l'Hôtel-Dieu, service de M. Tillaux.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère du malade ont toujours joui d'une bonne santé et sont morts à un âge avancé : le premier à quatre-vingts ans, la seconde à soixante-quatorze ans. Cinq frères bien portants. Pas d'enfants.

Antécédents personnels. — Lui-même a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de vingt-sept ans. A cette époque (1865), il fut pris d'un engorgement du poumon droit (?), qui l'obligea à garder le lit pendant une quinzaine de jours et qui fut suivi d'une dyspnée persistante.

Un an plus tard (1866) survint une hémoptysie subite, pour laquelle M. le professeur Hardy fut consulté et qui fit porter un diagnostic très défavorable. Cette hémoptysie ne se répéta pas; mais les crachats resteront sanguinolents pendant une ou deux semaines. Puis le malade se rétablit et sa santé resta satisfaisante jusqu'en 1879. A ce moment, il y a par conséquent sept ans, il fut pris un soir en se couchant d'une envie irrésistible d'uriner et pissa du sang à plein canal. Cette hématurie, survenue sans cause appréciable, cessa rapidement et le lendemain les urines avaient repris leurs caractères normaux. Cet accident fut suivi d'une période de calme d'environ dix mois; puis nouvelle hématurie subite également, mais moins abondante que la première.

Depuis cette époque les hématuries se répétèrent, durant à peine quelques jours, et laissant entre elles un intervalle de deux à trois mois; mais depuis deux ans elles devinrent plus fréquentes. Aussi, cet état inquiétant le malade, il consulta un spécialiste distingué, qui ne conseilla aucune opération et prescrivit un traitement palliatif. Il y a un an environ, les accidents pulmonaires, qui avaient totalement disparu, revinrent; le malade recommença à cracher du sang, et il y a trois mois il fut atteint d'une pleurésie droite. Depuis lors ces crachements de sang persistèrent en même temps que les hématuries.

C'est dans cet état que le malade fut adressé à M. Tillaux par le D^r Donatien Labbé, qui avait reconnu depuis longtemps, outre les symptômes précédents, l'existence d'une *tumeur de l'hypocondre droit*. Il existait en effet au-dessous du foie une tumeur, à grand diamètre transversal, qui se continuait dans la région lombaire et devant laquelle on trouvait une zone de

1. Guillet Eug. *Des tumeurs malignes du rein*, Paris, thèse, 1888, p. 168.

sonorité. M. Tillaux diagnostiqua une tumeur du rein droit tout en faisant des réserves sur la nature de cette tumeur. Toutefois, comme le malade avait rendu à plusieurs reprises des petits graviers, non arrondis, de véritables petits débris de pierres qui paraissaient s'être détachés d'une masse plus considérable; comme d'autre part cette tumeur du rein durait depuis sept ans (puisque c'était à cette époque que remontait la première hématurie), M. Tillaux élimina successivement l'hypothèse d'une tuberculose rénale et celle d'un cancer du rein et porta le diagnostic de *pyélo-néphrite calculuse du rein droit*, avec propagation de l'inflammation au diaphragme et à la base du poumon droit: ce qui expliquait les accidents pulmonaires. Il engagea le malade à entrer à l'Hôtel-Dieu pour se faire opérer. Mais quelle ne fut pas sa surprise, lorsqu'à son arrivée dans le service il constata que la tumeur avait totalement disparu.

Il écrivit à M. Donatien Labbé pour le prier de venir voir le malade sans lui communiquer ses impressions et ce dernier fut de son avis; en quelques jours l'aspect de l'abdomen s'était totalement modifié; il n'existait plus de tumeur. M. Tillaux persista donc dans son premier diagnostic; son opinion fut qu'il était en présence d'une pyélo-néphrite du rein droit, probablement d'origine calculuse, dont le contenu s'était vidé dernièrement (d'où l'affaissement de la tumeur) et qui avait déterminé de l'inflammation du diaphragme et de la base du poumon droit; il rattacha donc la lésion pulmonaire à la lésion rénale. Mais, en raison de la disparition de la tumeur, il renonça à opérer le malade qui sortit de l'hôpital.

Quelques jours plus tard, il fut rappelé près de lui par M. Labbé, qui avait constaté la réapparition de cette tumeur, et en effet il lui fut facile de la reconnaître telle qu'il l'avait trouvée lors de son premier examen. Aussi, le malade réclamant à tout prix une intervention, il le fit rentrer à nouveau dans son service.

On put alors l'étudier à son aise, la tumeur s'étendait en suivant le bord inférieur du foie depuis la région lombaire droite jusqu'au niveau de l'ombilic; son grand axe était transversal, son bord supérieur se perdait sous la face inférieure du foie, son bord inférieur ne dépassait pas une ligne horizontale passant par l'ombilic; une pression exercée à cet endroit était facilement perçue par une main appliquée sous la région lombaire droite. La matité du foie ne débordait pas les fausses côtes; immédiatement au-dessous se trouvait une zone de sonorité. La tumeur paraissait divisée en deux lobes à peu près égaux par une scissure profonde; le lobe interne paraissait plus ferme que le lobe externe, qui était dépressible. Cet examen confirmait le diagnostic et M. Tillaux se décida à intervenir et à faire la néphrectomie.

2^e OPÉRATION. — Incision sur les parties latérales de l'abdomen s'étendant du bord inférieur des dernières côtes à l'épine iliaque antéro-supérieure, et comprenant toutes les couches de la paroi à l'exception du feuillet péritonéal, qu'on essaie de décoller de la face antérieure de la tumeur. Mais cette face antérieure est tellement fusionnée avec la séreuse qu'on ne peut l'en séparer

et qu'il faut sectionner le péritoine, transformer en un mot la méthode extrapéritonéale en méthode transpéritonéale. Alors apparut une masse polykystique, du volume d'une tête d'adulte située au-dessous du foie, auquel elle adhérait en remontant jusqu'au niveau du diaphragme, qui semblait fusionné avec elle.

De cette masse fluctuante partait un prolongement cylindrique, ayant le volume de l'intestin grêle et se dirigeant dans le petit bassin du côté de la vessie; à ces caractères on reconnut l'uretère. On le sectionna entre deux ligatures; puis, pour se donner du jour, l'on fit une ponction de la tumeur avec un aspirateur de Potain. Cette ponction donna issue à un litre et demi d'un liquide roussâtre, ressemblant à de l'urine altérée. Alors commença la dissection de la tumeur : celle-ci fut décollée de bas en haut aussi loin qu'il fut possible et jusqu'à ce que l'on fût arrêté par ses adhérences à la face inférieure du foie et aux fibres aponévrotiques du diaphragme. Une pince en T fut alors appliquée sur sa partie supérieure, que l'on traita comme s'il s'agissait d'un pédicule de kyste ovarique, c'est-à-dire en le liant au moyen de deux fils de soie entrecroisés.

L'opération achevée, l'on fit une toilette minutieuse du péritoine; un gros drain fut placé au niveau de la plaie et les parois abdominales furent réunies par des sutures profondes et superficielles.

Le tout, opération et pansement, avait duré deux heures.

Il n'y eut cependant pas d'accident immédiat : la journée fut bonne; les urines furent rendues en quantité suffisante. Le lendemain l'état du malade était encore satisfaisant; la nuit avait été calme, la température était à peu près normale, 37°,9. Un symptôme seul était alarmant : c'était la fréquence du pouls; mais la physionomie était bonne. Cependant vers trois heures de l'après-midi le malade fut pris subitement d'un accès de dyspnée et succomba en quelques instants.

3° AUTOPSIE. — A l'autopsie, l'on constata que la plaie opératoire était en parfait état; il n'y avait ni hémorragie, ni trace de péritonite, capable d'expliquer la mort du malade, de sorte que, selon toute vraisemblance, elle devait être attribuée au choc opératoire.

Mais l'autopsie réservait une surprise : l'on trouva en effet une *tumeur de la vessie*, qui évidemment avait été le point de départ de la lésion rénale et qui expliquait parfaitement la *dilatation de l'uretère correspondant*. Cette tumeur de la grosseur d'une petite noix, d'une coloration grisâtre, de consistance molle, siégeait exactement au point où l'uretère droit vient s'ouvrir dans la vessie.

Il n'existait rien de semblable du côté gauche, où le rein et l'uretère étaient absolument normaux; le reste de la vessie était sain. La tumeur rénale était un type d'hydronéphrose totale; la tumeur bosselée extérieurement était uniquement constituée par un tissu fibreux, dans lequel on ne trouvait plus aucune trace de la substance rénale. Elle renfermait un liquide ayant les caractères de l'urine et ne contenant pas de pus.

On était donc en présence d'une hydronéphrose du rein droit, produite

par la compression qu'exerçait une petite tumeur située au niveau de l'orifice de l'uretère droit dans la vessie.

Observation LXXXII.

HARTMANN (Cas I) (inédit) ¹.

Hydronéphrose intermittente droite par cancer du col de l'utérus et du ligament large droit.

En juin 1890 je suis appelé par mon collègue M. de Gennes, auprès d'une femme qui se plaint de douleurs vives, occupant la région lombaire droite et s'irradiant vers la fosse iliaque correspondante. Ces douleurs ont débuté il y a quelques jours et vont croissant.

On trouve à la place du rein droit une tumeur liquide facilement appréciable, tendue, fluctuante cependant. La température est normale et, à part les douleurs, il n'existe aucun autre symptôme du côté de l'appareil urinaire. Les urines sont claires.

L'interrogatoire nous apprend que la malade a eu de petites pertes depuis quelques mois. Nous la touchons et constatons l'existence d'un épithélioma du col utérin avec induration du ligament large droit.

Dans ces conditions, nous nous décidons, mon ami de Gennes et moi, à tenir la malade en observation, prêts à agir si les symptômes s'aggravaient.

Les jours suivants, les douleurs cessent et la tumeur diminue sans cependant se vider complètement.

Au bout de quelque temps elle se remplit de nouveau sans causer de grandes douleurs pour persister jusqu'au jour, un mois après le début des accidents, où nous perdons de vue la malade qui quitte Paris.

Observation LXXXIII.

HARTMANN (Cas II) (inédit) ².

Hydronéphrose intermittente droite, mobile au début. Transformation en hydronéphrose fermée. — Néphrectomie abdominale. Guérison.

Mme B..., quarante-deux ans, entre le 18 juillet 1891 à l'hôpital Bichat, dans le service de M. le Dr Terrier, pour une tumeur abdominale.

Cette malade raconte que l'accroissement de volume du ventre a débuté il y a trois ans et s'est fait lentement, progressivement, eu s'accompagnant d'une tension douloureuse dans la partie droite du ventre. Il y a un an, la tumeur aurait en grande partie disparu; la malade est très affirmative sur

1. H. Hartmann. *Pathogénie de l'Hydronéphrose*; in *Gaz. heb. de méd. et de chir.*, n° 48, 28 novembre 1891, p. 572. Un résumé de cette observation a été publié dans cette revue critique.

2. Un résumé de cette observation a paru dans le travail cité de M. Hartmann. Nous devons à l'obligeance de notre ami la relation détaillée de ces deux faits très intéressants.

ce point; le médecin, qui la soignait, avait constaté cette diminution. Mais elle n'a pas tardé à reparaitre et a finalement pris les proportions considérables qui amènent la malade à l'hôpital.

Rien de particulier à relever dans les antécédents de cette malade qui a eu six enfants, le dernier il y a quatre ans. Toutes les couches ont été bonnes et sans incident.

Le 15 juillet, le ventre est saillant en avant, aplati latéralement et surplombe la symphyse pubienne. La cicatrice ombilicale est légèrement dépliée. La paroi abdominale, flasque et amincie, laisse se dessiner des anses d'intestin grêle qui se meuvent constamment au-devant de la tumeur.

Celle-ci s'arrête supérieurement à quatre travers de doigt au-dessus de l'appendice xiphoïde; elle plonge en bas dans l'excavation pelvienne. Latéralement elle s'avance vers le flanc droit dans lequel elle s'enfonce, s'arrêtant, au contraire à gauche, à la limite la plus antérieure du flanc correspondant. D'une manière générale on peut dire que son grand axe est oblique en bas, en avant et à gauche. Elle est *mobile* dans tous les sens, sans la moindre douleur.

Sa forme est arrondie, sa consistance dure, mais rénitente; il semble que l'on ait affaire à une tumeur liquide très tendue.

Lorsque l'on a écarté les anses d'intestins qui la recouvrent on constate qu'elle est mate.

Au toucher vaginal, le col, porté un peu en avant, a un orifice un peu déchiqueté; le corps en rétroversion légère est mobile et complètement indépendant de la tumeur abdominale. En déprimant le cul-de-sac latéral droit on sent profondément, mais d'une manière très nette, la partie inférieure de la tumeur qui fait saillie en avant et à droite du col. Les culs-de-sac sont libres.

Urines : 1200 grammes par vingt-quatre heures; réaction acide; densité : 1012; 22 gr. 50 d'urée par vingt-quatre heures; 1 gr. 50 d'albumine. Il n'y a toutefois pas de dépôt, pas de pus.

Le 21 juillet, laparotomie par M. Terrier, aidé par M. Hartmann. Pendant le mouvement d'abaissement du tronc, que l'on a coutume de faire habituellement dans la position élevée du bassin, on voit la tumeur émerger lentement de l'excavation, se porter en haut et à droite et finalement se loger au-dessous du foie dans la fosse lombaire droite.

La *néphrectomie transpéritonéale* a été suivie de guérison¹.

1. Au moment même où nous terminons la correction de ces épreuves paraît un important article de Clément Lucas (de Londres) : *Remarks on the relation of movable Kidney to hydronephrosis*; in *British Medical Journal*, 26 déc. 1891, p. 1343, n° 1617. — Cet auteur rapporte quatre cas de reins mobiles compliqués d'hyponéphrose; dans deux d'entre eux on fit la néphropexie; dans un 3^e la néphrectomie. On lira avec intérêt cette communication au Congrès annuel de l'Association médicale britannique, car Cl. Lucas y aborde la question des rapports de l'hydronephrose intermittente et des tumeurs-fantômes, question que nous n'avons fait qu'effleurer au chapitre VI, faute de faits précis.



TABLE DES FIGURES

FIGURE I. — Un rein atteint d'Hydronéphrose intermittente (Hase).....	24
FIGURE II. — Bassinet normal à 2 calices de premier ordre.....	29
FIGURE III. — Bassinet un peu plus grand.....	29
FIGURE IV. — Bassinet normal à 3 calices de premier ordre.....	29
FIGURE V. — Bassinet à 4 calices de premier ordre.....	30
FIGURES VI et VII. — Bassinets dilatés.....	32
FIGURES VIII et IX. — Bassinets ouverts.....	33
FIGURE X. — Un rein atteint d'Hydronéphrose intermittente (Braun).....	38
FIGURE XI. — Rein droit hydronéphrotique (Terrier). Configuration extérieure.	44
FIGURE XII. — Le même rein ouvert.....	46
FIGURE XIII. — Rein hydronéphrotique (Quénu).....	52
FIGURE XIV. — Limites des tumeurs dans un cas d'Hydronéphrose intermittente double (Hase).....	112



TABLE DES AUTEURS CITÉS

- ANFELD, 73, 134.
 ALBARRAN, 82, 118.
 ANTONA, 67.
 ARNAULD, 85.
 ARNOULD, 68, 103, 137, 203, 204, 205, 213, 297, 299, 300.
 BAKER, 11, 17, 66, 113, 166, 168, 186, 210, 249.
 BARIÉ, 11, 17, 100, 101, 115, 151, 186, 187, 210, 243, 244.
 BARTELS, 88.
 BAUDOIN (M.), 41, 88, 50, 51, 161.
 BAZY, 51.
 BOISSIER DU SAUVAGES, 15, 209.
 BRAUN, 8, 9, 18, 33, 34, 37, 38, 56, 66, 72, 100, 116, 117, 169, 171, 198, 211, 286.
 BROADBENT, 92.
 BRYANT, 17, 92, 93, 137, 149, 165, 184, 210, 241.
 CABOT, 132.
 CHARPY, 28.
 CHAUFFARD, 154.
 CLARKE (M.), 212, 249.
 COHN (E.), 18, 211.
 COLE, (Th.), 5, 8, 16, 17, 62, 65, 66, 99, 100, 101, 110, 115, 119, 133, 146, 152, 184, 209, 234.
 CONHEIM, 122, 135.
 CORNIL, 150.
 COSH, 66.
 CRUVEILHIER, 30.
 CZERNY, 9, 73, 134, 150.
 DESNOS (E.), 212.
 DESNOS, 11, 17, 100, 101, 115, 151, 186, 210, 243.
 DICKINSON, 84.
 DIETL, 95, 124, 133.
 DUVAL (M.), 28.
 EBSTEIN, 87.
 EGER (J.), 17, 74, 101, 111, 125, 126, 128, 129, 130, 136, 186, 210, 245.
 ENGLISH, 18, 212.
 ESTLIN, 16, 152.
 FAGGE, 17, 100, 112, 129, 165, 184, 210, 242.
 FELL (W.), 11, 17, 25, 34, 61, 99, 100, 151, 169, 188, 210, 252.
 FOWLER, 18, 34, 100, 169, 171, 200, 211, 293, 294.
 FRITZ, 72, 73.
 FÜRBRINGER, 10, 18, 24, 34, 61, 66, 99, 100, 101, 114, 119, 137, 147, 152, 156, 192, 210, 212, 265, 266.
 GALLIARD, 103, 147, 213, 295.
 GAUSSERON, 13.
 GAUTRUC, 94.
 GEGENBAUER, 30.
 GERMONT, 122, 135.
 GILEWSKI, 125.
 GOODHART, 67.
 GUÉNEAU DE MUSSY, 124.
 GUIARD, 87.
 GUILLET, 156, 160, 203, 206, 213, 304.
 GUTTMANN, 211.
 GUYON (F.), 8, 18, 83, 95, 98, 99, 100, 101, 103, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 118, 126, 131, 144, 147, 151, 161, 162, 168, 196, 203, 204, 211, 213, 283, 296, 297.
 HAHN, 18, 100, 156, 161, 168, 196, 211, 278.
 HALLÉ (N.), 28, 33, 57, 58, 69.
 HALLER, 73.
 HANSEMANN, 33, 34, 54, 56, 58, 59, 79, 80.
 HARE, 11, 15, 17, 23, 24, 34, 36, 47, 56, 58, 98, 111, 112, 113, 119, 130, 137, 151, 180, 184, 186, 209, 210, 217, 242.
 HARTMANN, 149, 157, 170, 203, 206, 213, 307.
 HEIBERG, 16, 37, 56, 126.
 HENLE, 28.
 HERMANN, 118.
 HILLIER (Th.), 16, 17, 24, 84, 89, 93, 94, 111, 112, 137, 150, 152, 154, 165, 182, 209, 225, 226.
 HUNTER, 92, 93, 114, 198, 211, 285.
 HYRTL, 27, 30.
 HORSHIP, 94.
 ISRAEL, 10, 18, 99, 101, 112, 130, 133, 162, 192, 210, 263.
 JAMES, 135.
 JOHNSON (J.), 15, 16, 18, 34, 58, 92, 93, 129, 130, 137, 149, 180, 209, 215, 217.
 KAPPE, 18, 99, 100, 151, 196, 211, 278.
 KEYSES, 212.
 KOEHLER, 18, 34, 74, 99, 112, 113, 113, 167, 168, 169, 196, 211, 278.
 KOENIG, 17, 92, 93, 188, 202, 252.

- KRAKALER, 47, 85, 212.
 KÜSTER, 58, 59, 112, 211.
 LABADIE-LAGRAVE, 88, 212.
 LAGET, 143.
 LAMOTTE, 47.
 LANCEREAUX, 18, 62, 65, 66, 74, 86, 87, 92, 101, 192, 194, 210, 268, 269, 270.
 LANDAU (L.), 7, 8, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 48, 36, 60, 62, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 78, 79, 81, 85, 89, 90, 93, 97, 99, 100, 107, 108, 111, 112, 114, 115, 119, 122, 126, 129, 132, 135, 136, 142, 149, 152, 153, 164, 164, 165, 167, 168, 190, 192, 200, 202, 209, 210, 211, 212, 217, 232, 259, 261, 262, 263.
 LÉCORCHÉ, 118, 119, 212.
 LE DENTU, 18, 66, 71, 87, 92, 93, 181, 161, 198, 212, 285, 286.
 LEGUEU (F.), 27, 29, 34, 65, 66, 67, 98, 132, 142, 144, 148, 153, 160, 168, 170, 212.
 LEJARS, 26.
 LERAY, 73.
 LEYDEN, 143.
 LINDNER, 10, 48, 99, 194, 198, 211, 212, 274, 286.
 LLOYD (J.), 17, 30, 34, 37, 56, 61, 66, 86, 89, 112, 114, 169, 170, 171, 186, 188, 210, 250, 251.
 LUCAS (Cl.), 67, 151, 308.
 MALÉCOT, 144.
 MARTIN, 73, 129, 170.
 MEAD, 44.
 MOREL, 28.
 MORRIS (H.), 5, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 24, 34, 60, 62, 65, 66, 69, 74, 86, 87, 89, 92, 94, 96, 120, 137, 150, 153, 157, 160, 181, 186, 207, 209, 210, 212, 237, 238, 241, 242, 243, 250.
 MOSER, 67, 103, 206, 213, 300.
 MOSLER, 84, 125.
 NEWMANN (D.), 6, 7, 10, 12, 16, 17, 48, 24, 62, 69, 70, 73, 74, 75, 97, 98, 99, 100, 101, 112, 113, 116, 117, 118, 119, 120, 129, 132, 133, 136, 170, 188, 190, 210, 212, 251, 254, 255, 258.
 OBALINSKI, 73.
 OPPENHEIMER, 103, 147, 203, 204, 213, 295.
 ÖPPELZER (Von), 9, 66, 73.
 PÉAN, 232.
 PERNICE-LÖBKER, 73.
 POISSON P., 28, 29, 30, 33, 77, 150.
 POTAIN, 76, 77.
 POZZI, 151.
 QUÉNU, 11, 12, 23, 24, 41, 47, 51, 52, 56, 61, 75, 78, 97, 100, 110, 131, 161, 162, 169, 171, 202.
 RAYER, 12, 13, 15, 89, 212.
 RAYNAUD Maurice), 143.
 RECAMIER, 148.
 RECHTER de, 34, 34, 53, 56, 59, 76, 115.
 REIN, 9.
 RIEGNER, 151.
 ROBERT, 16, 17, 89, 92, 152, 212.
 ROBIN (A.), 68, 148.
 ROCKWELL, 62, 65, 66, 67, 74, 86, 87, 99, 137, 146, 194, 211, 270.
 ROLLET, 124, 126, 127.
 ROSENSTEIN (S.), 16, 48, 92, 93, 150, 182, 212, 232.
 ROUFFART, 66.
 RUGE, 170.
 SABATIER, 147.
 SACRÉ, 66.
 SANDIFORT, 73.
 SANTVOORDT (Von), 82.
 SCHÖNLEIN, 15, 212.
 SCHRAMM, 73.
 SEGOND, 103, 203, 204, 213, 299.
 SIMON, 58, 59, 73, 79, 80, 89, 209, 212.
 SINITZINE, 86, 122, 123, 124, 125.
 SMITH-STEAVENSON, 67.
 SMITH (Th.), 17, 74, 186, 210, 212.
 SOGIN, 18, 34, 67, 68, 100, 103, 112, 115, 132, 133, 152, 168, 169, 194, 206, 211, 213, 275, 300.
 STILLER, 151.
 STRAUS, 122, 135.
 SYMOND, 151.
 TAIT L., 170.
 TAYLOR, 136.
 TERRIER (F.), 23, 26, 34, 38, 39, 51, 59, 61, 75, 78, 97, 99, 100, 101, 103, 110, 111, 131, 137, 159, 169, 171, 200.
 THIBIAR, 18, 92, 93, 113, 137, 149, 150, 152, 194, 210, 274.
 THOMPSON J., 15, 34, 56, 66, 77, 84, 136, 150, 153, 165, 180, 209, 223.
 THORNTON, 170.
 TORREY, 30.
 TRÉLAT, 161.
 TRZEBICKY, 125, 198, 211.
 TUFFIER, 26, 78, 79, 85, 86, 103, 203, 204, 213, 295.
 TULPIUS, 12, 13, 15, 16, 34, 113, 120, 132, 180, 209, 212.
 URAG, 72.
 VIGNARD, 211.
 VIRCHOW, 58, 62, 70, 75, 89.
 WAGNER, 73.
 WALTER, 151.
 WILSE P., 6, 16, 34, 37, 56, 59, 76, 100, 111, 126, 129, 130, 137, 151, 152, 182, 209, 232.
 WINCKEL, 73, 166.
 ZAWISZA, 6, 10, 11, 18, 68, 95, 99, 101, 114, 119, 125, 126, 127, 135, 144, 146, 151, 162, 198, 201, 211, 289, 291, 292.
 ZIMMERMANN, 14.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

De l'Hydronéphrose intermittente.

INTRODUCTION	4
CHAPITRE PREMIER. — Définition et synonymie de l'Hydronéphrose intermittente. Variétés d'Hydronéphroses pouvant être confondues avec elle.....	5
CHAPITRE II. — Historique.....	13
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique.....	21
CHAPITRE IV. — Étiologie et Pathogénie.....	63
CHAPITRE V. — Étude clinique.....	91
CHAPITRE VI. — Diagnostic.....	139
CHAPITRE VII. — Traitement.....	159

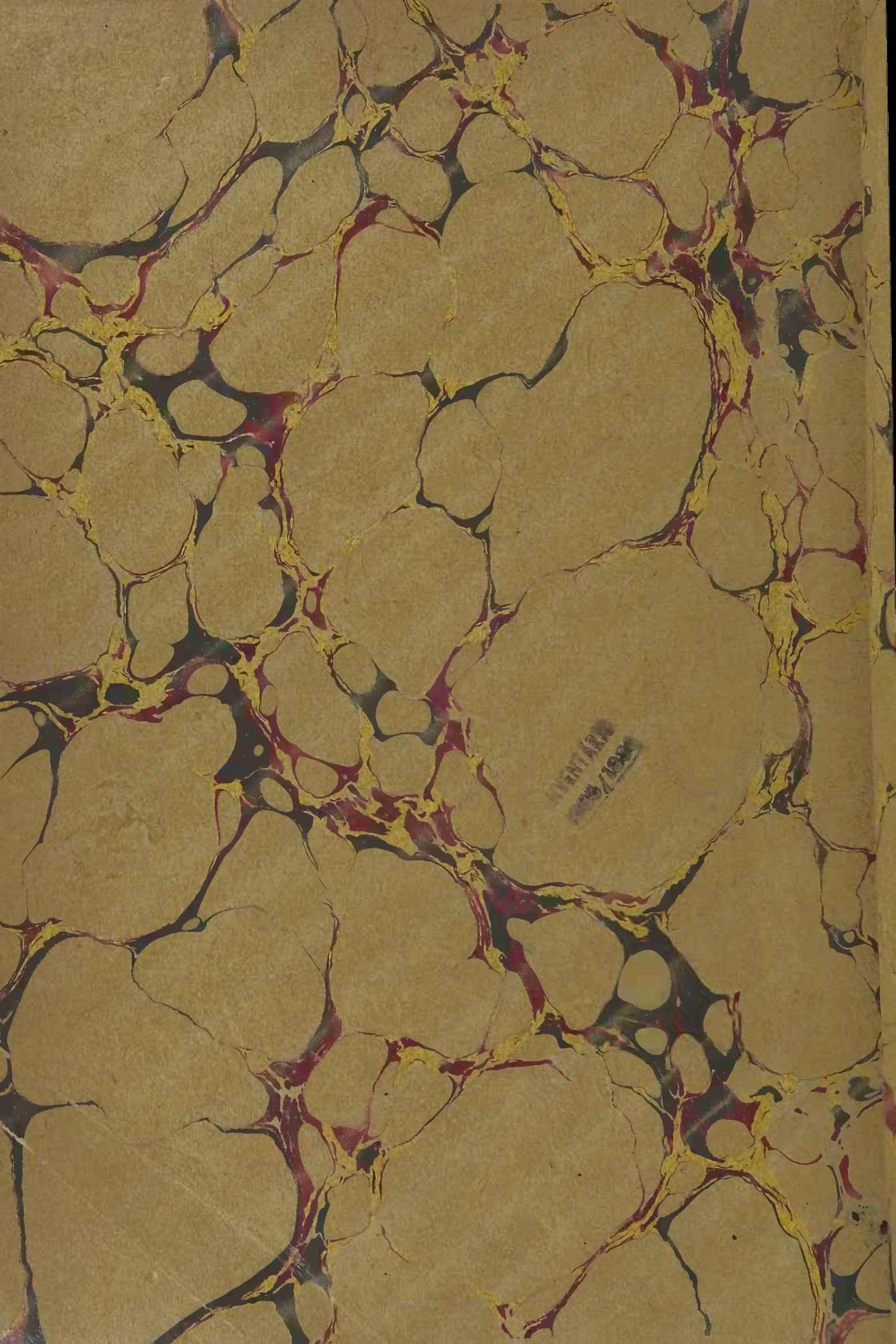
DEUXIÈME PARTIE

Pièces justificatives.

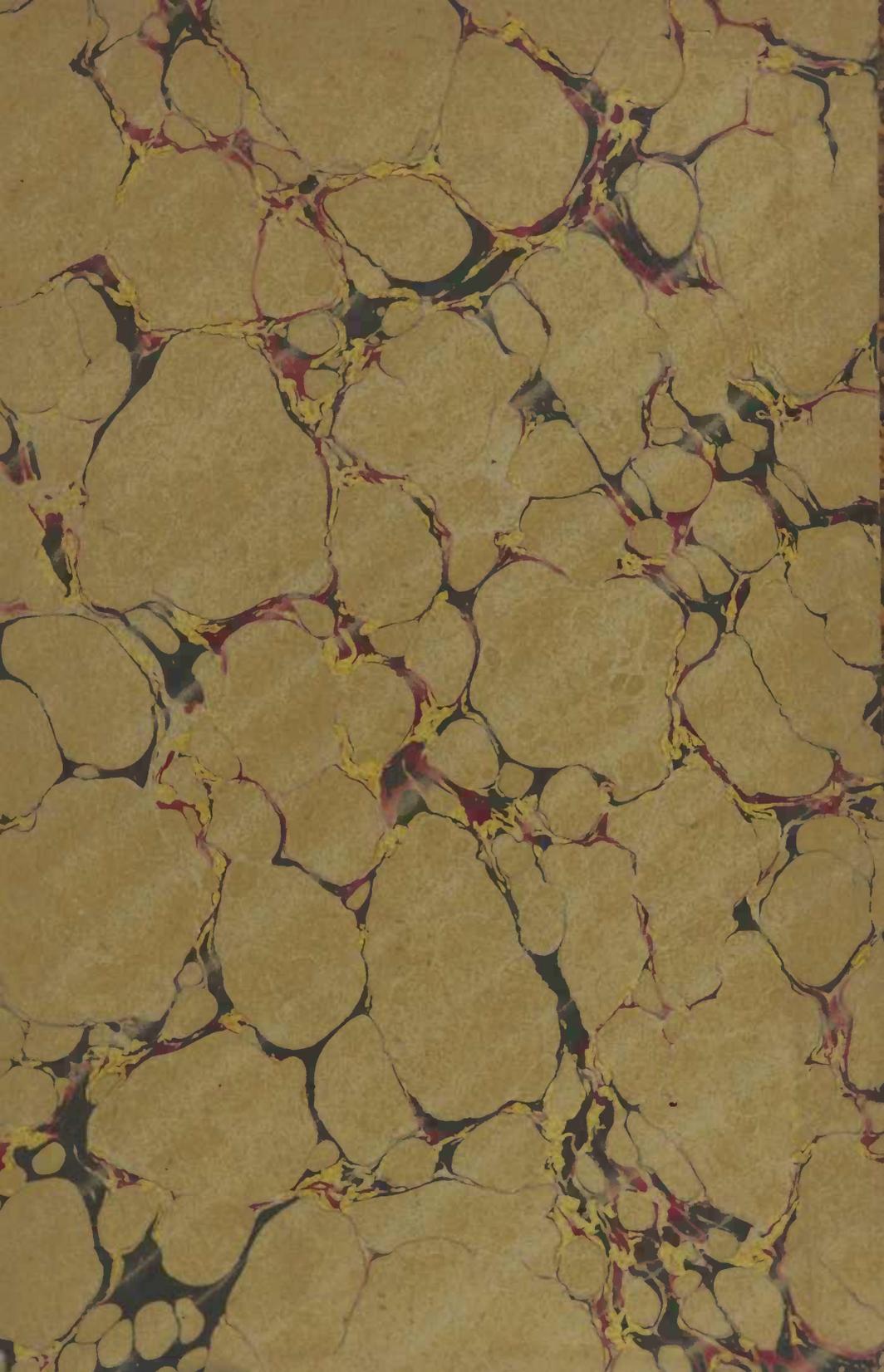
I. — Tableaux synoptiques.....	179
II. — Bibliographie.....	209
III. — Observations.....	245

TABLE DES MATIÈRES

I. — Table des figures.....	309
II. — Table des auteurs cités.....	310
III. — Table des matières.....	312



LIBRARY
1925





ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais. Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

2. Atribuição. Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

3. Direitos do autor. No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente (dtsibi@usp.br).