

tumeur. Dans le principe cette tuméfaction est peu marquée, mais peu à peu la peau qui la recouvre s'œdématie, devient plus saillante, prend une rougeur hyperémique et inflammatoire, jusqu'à ce qu'enfin la fluctuation devenue manifeste indique que le pus a cheminé jusque sous le tégument. Dans d'autres circonstances cette tuméfaction inflammatoire proémine de plus en plus dans la fosse iliaque. En ce cas également il se développe au-dessus du ligament de Poupert une résistance et une matité anormales. La tumeur peut aussi remonter vers le diaphragme, de manière à le refouler en haut et à provoquer une dyspnée intense. Les rapports de la tumeur avec le colon descendant sont parfois les mêmes que ceux des néoplasmes du rein (v. chap. VIII).

Outre la tuméfaction, il existe presque toujours dans l'endroit atteint une *sensibilité* excessive, tantôt spontanée, tantôt sous la pression. Si la tumeur comprime les gros troncs nerveux du voisinage, il surgit de violentes *douleurs qui s'irradient dans la jambe* du même côté, parfois accompagnées d'un sentiment d'engourdissement et de parésie. Le membre est alors maintenu dans une situation analogue à celle de la coxalgie.

Cet état est presque toujours associé à de la *fièvre* qui présente le cachet rémittent ou intermittent, caractéristique de la plupart des fièvres de suppuration, et est souvent entrecoupée de frissons suivis de fortes exacerbations thermiques. La fièvre et la douleur ont pour effet de miner considérablement les forces des malades qui s'émacient et peuvent finalement tomber dans un triste état. *L'urine* ne devient purulente qu'au cas où l'abcès communique quelque part avec les voies urinaires.

La *guérison* n'a lieu que pour autant que l'abcès se vide au dehors d'une façon ou de l'autre. A part l'intervention chirurgicale, *l'issue* spontanée la plus favorable du pus, est celle qui s'opère par la peau, de préférence dans la *région lombaire*, puis mais plus rarement au-dessous du ligament de Poupert, à l'instar des abcès du psoas. Parfois après des perforations de ce genre, il reste des *fistules* permanentes. On a encore observé le passage du pus dans *l'intestin* (colon) avec évacuation par les selles, puis dans la *vessie*, la *cavité pleurale*, le *péritoine*, etc. Il est oiseux de nous appesantir davantage sur les circonstances qui, en ces cas, amènent la *mort* après un temps plus ou moins long.

Le *diagnostic* s'appuie principalement sur la formation d'une tumeur, sur les douleurs, la fièvre et les données étiologiques. On pourrait s'en laisser imposer par l'hydronéphrose, les abcès du psoas, les tumeurs solides du rein, etc. La *ponction exploratrice* décide parfois du diagnostic.

Le *traitement*, si l'on fait la part des indications symptomatiques à remplir,

est purement *chirurgical* et consiste, quand la chose est possible, à ouvrir et à drainer l'abcès. Le résultat dépend avant tout de l'état général et de la nature de la maladie fondamentale. Pour plus de détails, voyez les ouvrages de chirurgie.

CHAPITRE SEPTIÈME.

TROUBLES DE CIRCULATION DANS LE REIN.

1. *Stase rénale.* Tandis que les obstacles *locaux* à l'écoulement du sang veineux hors du rein (par exemple, la thrombose des veines rénales) n'ont presque jamais d'expression clinique, la participation des reins à la *stase veineuse générale*, comme cela a lieu surtout dans les *affections du cœur* (v. t. I), *l'emphysème pulmonaire*, etc. est d'une importance diagnostique considérable, attendu que l'état de l'urine nous donne la mesure assez exacte de l'intensité de la stase, de même que de son augmentation et de sa diminution.

Anatomiquement, la stase rénale est facile à reconnaître. Le rein est parfois un peu élargi, il est plus résistant sous la pression que dans l'état normal, et présente à sa surface comme sur le champ de section, une coloration foncée d'un rouge bleuâtre (*induration cyanosique*). La substance médullaire est ordinairement plus sombre encore que la substance corticale. Au microscope, on constate une dilatation notable et une forte turgescence des veines et des capillaires. Le parenchyme est intact ou fait voir, dans les cas avancés, un commencement de dégénérescence graisseuse de l'épithélium, qui est une conséquence du défaut d'afflux du sang artériel. Ordinairement il n'y a pas d'altérations interstitielles.

Les *symptômes cliniques* de la stase rénale ne se traduisent que par les *altérations de l'urine*. La *quantité* d'urine diminue en proportion de l'abaissement de la tension artérielle et de la vitesse moindre du courant sanguin. La diurèse descend à 800 et à 500 Cc par jour et moins encore. En même temps l'urine est *plus concentrée, plus foncée* et abandonne un copieux *sédiment* d'acide urique et de sels uratiques. Si, par suite de la stase, des lésions de nutrition se produisent dans l'épithélium glomérulaire, l'urine devient en même temps *albumineuse*. Cependant la proportion d'albumine dans la stase rénale pure est toujours minime (environ $\frac{1}{10}$ à $\frac{1}{6}$ du volume d'urine). En outre l'urine contient souvent de rares cylindres hyalins, quelques globules blancs et rouges, ces derniers indiquant qu'il s'est formé de petites hémorragies par stase.

Si les susdites modifications se produisent à titre d'épiphénomène d'une

stase veineuse généralisée, et partant se combinent quelquefois avec la cyanose, l'hydropisie, etc., le diagnostic de la stase rénale peut être établi avec certitude. Qu'on réussisse par des remèdes appropriés (digitale) à remettre la circulation en train, et immédiatement l'urine deviendra plus abondante, plus claire en même temps que l'albumine disparaît. Dans le cas contraire, les signes de la stase rénale persistent jusqu'à la mort.

2. **Infarctus emboliques dans le rein.** Comme les infarctus rénaux, quel que soit l'intérêt anatomo-pathologique qui s'y rattache, n'ont presque jamais d'expression clinique, nous nous bornerons à signaler brièvement ce qu'ils présentent de plus essentiel.

Si (en cas de maladie du cœur par exemple), il vient à se former une obstruction embolique d'une petite artère rénale, il faut nécessairement, attendu que toutes les artères rénales sont des artères terminales, que le segment d'organe retranché de la circulation, soit voué à la mortification. L'épithélium subit les altérations connues de la nécrose de coagulation (disparition du nucléole cellulaire, destruction) et le tissu, en entier ou plutôt en partie, se farcit de foyers hémorragiques (v. t. I). C'est ainsi que se développent dans le rein ces infarctus caractéristiques à forme conique et de couleur rouge (hémorragiques), plus souvent gris-jaunâtres (anémiques), bien que ces derniers soient quelquefois entourés d'une aréole hémorragique. La base de ces infarctus affleure la surface du rein, elle a une largeur de $\frac{1}{2}$ à 1 cm. et au delà, leur sommet plonge plus ou moins profondément dans la substance corticale ou même jusque dans la substance médullaire. Dans la suite, le tissu farci tombe graduellement en débris, se résorbe, des cellules sphériques immigrent du dehors dans le district nécrosé, et peu à peu se forme au lieu et place de l'infarctus disparu, une cicatrice rétractée de tissu connectif. Les reins labourés de nombreuses cicatrices d'infarctus, peuvent tellement se hérissier d'inégalités, qu'on les désigne parfaitement du nom de *reins granuleux emboliques*.

Les processus anatomiques que nous venons d'esquisser ne se traduisent dans la plupart des cas par aucun symptôme clinique particulier. Dans quelques cas seulement une faible quantité de sang qui se mêle à l'urine, semble être le résultat de la formation d'un infarctus hémorragique, de façon que, étant donnée une cause productrice des processus emboliques (lésion cardiaque), on pourrait parfois, du chef de cette hémorragie, être en droit de soupçonner qu'un infarctus rénal est en train de se développer. Parfois même la production d'un infarctus rénal considérable serait accompagnée d'une violente et subite douleur.

Les processus emboliques rénaux ne demandent pas de traitement spécial.

CHAPITRE HUITIÈME.

NÉOPLASMES RÉNAUX.

Parmi les tumeurs primitives qui se rencontrent dans le rein, il y en a deux surtout qui nous intéressent, le *carcinome* et le *sarcome congénital* du rein. Ce dernier a acquis une grande importance au point de vue de la théorie générale des tumeurs, en ce sens qu'il indique positivement que le néoplasme s'est développé aux dépens d'éléments embryonnaires dévoyés. En effet on a, à diverses reprises, au milieu de tumeurs composées de cellules sphériques et araignées, découvert des *faisceaux musculaires striés*, d'où la désignation de *rhabdomyomes* appliquée à ce genre de néoplasmes. Or, comme le rein est entièrement exempt de fibres musculaires, leur présence dans les tumeurs rénales dénote inéluctablement une déviation du développement embryogénésique. Une observation curieuse que nous avons eu l'occasion de faire, donne une confirmation de plus à cette hypothèse ; il s'agit de la formation d'un sarcome probablement congénital dans le rein gauche chez deux frères. Ces deux enfants, morts à l'âge de 2 à 3 ans, présentèrent tous deux à l'autopsie à peu près le même état pathologique ; un néoplasme de la grosseur d'une tête d'enfant à la place du rein gauche et en outre de nombreux foyers métastatiques dans le foie et les poumons.

Le *carcinome du rein* également, chose étonnante, s'observe avec une fréquence remarquable chez les enfants, surtout avant la quatrième année, et au même degré chez les filles et chez les garçons. Cependant il va sans dire qu'on trouve aussi le carcinome rénal dans un âge avancé. Ordinairement il n'y a qu'un seul rein qui soit affecté et surtout le gauche, à ce qu'il paraît, quoiqu'on ait quelquefois rencontré le néoplasme dans les deux reins à la fois. Envisagés au point de vue de leur composition, les cancers du rein appartiennent tantôt aux formes squirrheuses et tantôt aux formes molles (fungus médullaire). Ils peuvent englober le rein tout entier et le transformer en une tumeur énorme, pesant de 5 à 10 kilogrammes. Très souvent on découvre à leur centre des endroits ramollis, des hémorragies, etc. On a vu quelquefois le néoplasme envahir les tissus avoisinants, surtout le bassinet, et former des métastases dans d'autres organes (foie, poumon, etc.).

Les symptômes cliniques des tumeurs rénales sont nuls au début ou de nature tout à fait indécise. On cite comme phénomène initial, mais d'une valeur incertaine, des douleurs sourdes qu'on a quelquefois observées dans

la région rénale. Mais, il n'y a que l'apparition d'une *tumeur accessible à la palpation* qui mette le diagnostic sur la bonne voie. Cette tumeur se développe dans la région lombaire et dans la partie latéro-inférieure de l'abdomen, s'étendant de là vers le haut et le milieu par une progression continue. Comme il a été dit, les sarcomes aussi bien que les carcinomes du rein peuvent, chez les enfants surtout, engendrer des tumeurs énormes qui occasionnent une protrusion considérable du ventre. L'intumescence donne au toucher une sensation de dureté, parfois unie, parfois bosselée ; elle ne se déplace pas par les mouvements de la respiration. Au point de vue du diagnostic, il importe de considérer dans les tumeurs du rein gauche, les *rapports qu'elles affectent avec le colon descendant*. Comme ce dernier est refoulé en avant par la croissance du néoplasme et vient à se placer entre lui et la paroi abdominale antérieure, il arrive quelquefois que l'anse intestinale qui passe au devant de la tumeur (et qui peut aussi appartenir à l'intestin grêle) se révèle à la percussion (pratiquée au besoin alternativement sur le colon vide et sur le colon artificiellement insufflé) ou même à la palpation. Les mêmes conditions se rencontrent en cas de tumeurs rénales droites, mais elles sont plus rares. Alors le foie est quelquefois repoussé à gauche.

L'*urine* en beaucoup de cas de tumeur rénale ne présente presque rien d'anormal, puisqu'elle est fournie par le rein sain qui fonctionne doublement. Dans le carcinome rénal, elle offre quelquefois au diagnostic un signe précieux, à savoir un mélange de sang. Cette *hématurie* se montre fréquemment de très bonne heure, avant même que la tumeur ne soit accessible. Elle se répète tantôt plus, tantôt moins souvent, suivant les cas. Parfois même elle fait entièrement défaut. L'hémorragie n'est accompagnée de douleurs sous forme de coliques que si de gros caillots doivent traverser les uretères. Un fait digne de remarque, c'est que, dans quelques rares cas, à ce qu'il paraît, le sang peut provenir aussi du rein sain, fortement hyperémié par la stase. On a (mais très exceptionnellement) trouvé dans l'urine de petites particules et des débris de tissu, dérivant du néoplasme désagrégé.

Les *symptômes généraux* tardent parfois longtemps à se montrer, surtout chez les enfants. Dans une phase plus avancée, il se produit presque toujours un profond marasme. Il est digne de remarque que le *pouls* a souvent une *vitesse continue excessive*. Signalons encore comme un phénomène rare, observé à diverses reprises, que chez les filles à tumeur rénale congénitale, on rencontre un *développement anormal et prématuré des poils du pubis et de l'aisselle*, et une pigmentation spéciale de la peau (KUHŒ). — Les *symptômes de compression* de la part de la tumeur sur les organes avoisinants et

qui peuvent se produire en différents sens, n'ont pas besoin d'explication plus détaillée.

Le *diagnostic* des tumeurs rénales se pose en beaucoup de cas avec assez de certitude. Leur situation, leur immobilité, leurs rapports avec le colon, surtout l'expérience qui enseigne que cette maladie se produit chez les enfants, mettent immédiatement sur la voie du diagnostic. Chez les vieillards surtout, les hémorragies rénales qui ne peuvent s'expliquer autrement, doivent faire songer à la possibilité d'un carcinome rénal. Il est vrai qu'on l'a souvent confondu avec des adénomes rétro-péritonéaux, des tumeurs ovariennes, de grands abcès du psoas, des tumeurs spléniques, etc. Le diagnostic différentiel doit donc en chaque cas être l'objet d'une étude attentive.

Le *pronostic* naturellement est toujours défavorable. La durée de la maladie comporte à peine quelques mois, parfois 1 à 2 ans, rarement davantage.

Le *traitement* doit, la plupart du temps, être purement symptomatique. L'*extirpation* offre l'unique chance de succès ; les récents écrits sur la chirurgie du rein renferment l'exposé de cette opération.

CHAPITRE NEUVIÈME.

PARASITES DU REIN ET DES VOIES URINAIRES. CHYLURIE.

1. *Échinocoques du rein* (1). Quoique beaucoup plus rares que dans le foie, les kystes échinocoques ont été trouvés à diverses reprises dans le rein. C'est d'ordinaire *un rein seulement* qui est atteint, et le parasite occupe la substance rénale elle-même, exceptionnellement il vit entre le rein et sa capsule. La dimension des kystes hydatiques peut être très considérable (jusqu'à 20 cm. de diamètre et au delà).

Les symptômes cliniques n'apparaissent qu'au moment où la tumeur devient accessible à la palpation à travers les parois abdominales. Alors même les malaises subjectifs peuvent encore manquer totalement. Ce n'est que plus tard que se manifeste peu à peu une sensation pénible de compression. La tumeur a le plus souvent une forme à peu près globuleuse. Ses rapports avec les organes avoisinants (surtout avec le colon) sont les mêmes que ceux qui ont été exposés ci-dessus à propos du carcinome du rein. Un signe caractéristique de l'échinocoque, mais malheureusement pas toujours

1. Voir le t. I, pour les généralités sur l'histoire naturelle des échinocoques.

évident, c'est le *frémissement* dit *hydatique* qu'on ressent en imprimant à la tumeur des mouvements saccadés à l'aide de la paume de la main.

Il arrive assez souvent que le sac hydatique crève dans le bassin du rein. Alors des vésicules d'échinocoques, ou du moins des lambeaux de membranes, des scolices, etc. s'évacuent d'ordinaire avec l'urine, en donnant lieu à de violentes *douleurs* qui revêtent la *forme de coliques* tout à fait analogues aux coliques néphritiques. Ces accès peuvent se renouveler fréquemment et, pour peu que l'obstruction des voies urinaires (vessie, urètre) persiste quelque temps, se transformer en une scène morbide excessivement grave. Parfois les phénomènes d'une pyélite ou d'une cystite secondaires viennent encore compliquer la situation.

Il est plus rare que la perforation se fasse dans une autre direction. On a observé quelquefois le passage des hydatides du rein dans les bronches, avec expectoration de vésicules d'échinocoques.

Parfois (notamment après des violences traumatiques) la *poche hydatique s'enflamme*, suppure et conduit de la sorte à un état pyémique généralisé.

Le *diagnostic* des hydatides du rein n'est possible que grâce à la découverte d'une tumeur appartenant à cet organe et pour autant que des fragments d'échinocoques ont été évacués avec l'urine ou par une *ponction exploratrice*. On est exposé à confondre la maladie avec l'hydronephrose (v. y.) ou, chez les femmes, avec les kystes ovariens.

Le *pronostic* n'est pas entièrement défavorable. A plusieurs reprises, on a fini par enregistrer une guérison durable, surtout quand la poche s'est rompue et que le contenu s'est vidé en une fois ou en plusieurs séances. Il va sans dire que les kystes échinocoques du rein sont inséparables d'une foule de complications dangereuses (suppuration de la poche, etc.). En tout cas la marche de la maladie est excessivement longue.

Le *traitement* radical relève entièrement de la chirurgie. En ce qui concerne les symptômes, l'inflammation réclame de la glace en application et des émissions sanguines locales ; les douleurs sous forme de coliques nécessitent l'emploi de la morphine, des bains chauds, parfois aussi l'intervention mécanique (cathéter).

2. Le **distome hématobie** (v. fig. 51) est un parasite de la classe des vers à ventouse orale (trématodes), qui se rencontre surtout en Égypte et en Abyssinie, qui vit dans les rameaux de la veine-porte, dans les veines spléniques, les plexus veineux de la vessie et se nourrit de sang. Les œufs se déposent parfois en grande abondance dans la muqueuse du bassin, des urètres et de la vessie, où ils provoquent une inflammation des plus intenses, des ulcérations avec rétrécissement consécutif, des incrustations

calcaires, etc. Beaucoup de cas d'hématurie soi-disant tropicale sont occasionnés par des distomes. Le *diagnostic* peut être établi avec certitude par la découverte des œufs dans l'urine.

3. Le **strongle géant** (*ver des pallisades*) est un parasite assez semblable pour la grandeur et la coloration à un ver de terre ordinaire, qui se rencontre chez beaucoup d'animaux (chien, loup, martre), et très exceptionnellement chez l'homme, dans le bassin. Ce ver peut donner lieu aux symptômes d'une pyélite grave avec hémorragies, douleurs sous forme de coliques, etc.

4. **Filaire hématique. Chylurie.** L'infection de l'homme par la filaire hématique qui appartient à la classe des vers nématodes, a un intérêt clinique particulier depuis que, à la suite des recherches de WUCHERER à Bahia (1868) et de LEWIS dans les Indes orientales (1870), elle a été reconnue comme étant la cause de la *chylurie* des tropiques et de quelques maladies

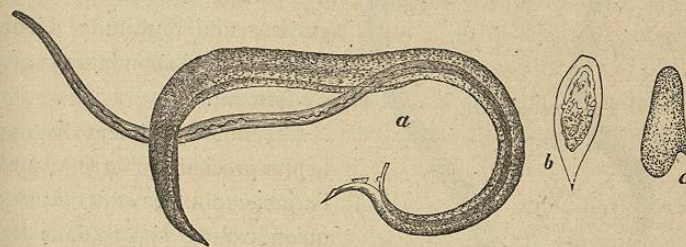


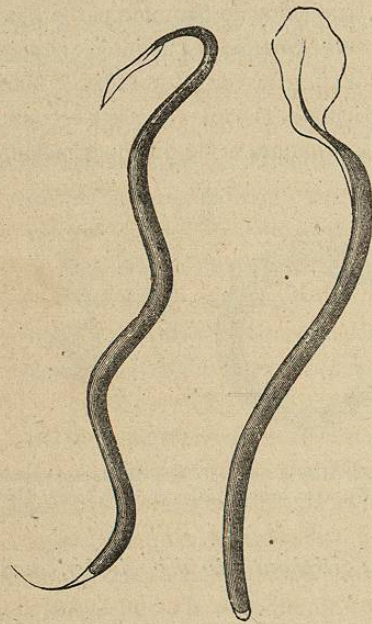
Fig. 51. Distome hématobie (d'après LEUCKART). a) Mâle et femelle, celle-ci dans le canal gynécophore du premier. Grossissement de 10 diamètres. b) Œuf avec éperon polaire. c) Œuf à éperon latéral. Grossissement de 150 diamètres.

similaires (*lymphangiome du scrotum, éléphantiasis des Arabes, ascite chyleuse*, etc.).

La filaire adulte (*filaire de Bancroft*), ver très fin, de 3 à 4 pouces de long, n'a été rencontrée qu'un petit nombre de fois chez l'homme. Elle habite les grands *trons lymphatiques*, d'où la stase lymphatique chronique avec ses conséquences (hyperplasie interstitielle chronique) à laquelle elle donne naissance. Dans l'affection qui nous intéresse spécialement ici, la *chylurie*, les parasites semblent occuper les branches radicales du canal thoracique, et notamment des endroits tels qu'il en résulte une stase de lymphe dans les vaisseaux lymphatiques de la vessie, et en d'autres circonstances peut-être, dans ceux du bassin et du restant des voies urinaires. Une poche lymphatique surtendue vient-elle à se rompre, la lymphe (ou le chyle) se déverse dans les conduits urinaires et sort avec l'urine. Cet accident en se répétant fréquemment rend compte de la marche intermittente

de la chylurie. Chaque paroxysme à part peut être séparé du subséquent par un intervalle de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, et cela des années durant. Ces crises sont souvent accompagnées de douleurs et d'un mouvement fébrile.

Ce qu'il y a de plus caractéristique en cette circonstance, c'est l'état de l'urine qui en beaucoup de cas a toutes les apparences du lait. Elle est parfois couverte à sa surface d'une couche grasseuse semblable à de la crème. Si l'on agite l'urine avec de l'éther, on peut enlever la plus grande partie de



(D'après SCHEUBE.)
Fig. 52. Embryons de filaire.

la graisse et clarifier l'urine. Cette proportion de graisse peut monter à 2 et à 3 %. Parfois la chylurie est accompagnée d'hématurie (provenant d'une rupture veineuse). Alors l'urine est d'un rouge de sang et fait voir au microscope, outre des gouttelettes de graisse, une multitude d'hématies. Quelquefois d'abondants coagulums s'y forment.

Cependant l'élément diagnostique le plus précieux qu'on rencontre dans l'urine, ce sont les *embryons de filaire* qu'on trouve, si pas dans tous les cas de chylurie, du moins dans la plupart d'entre eux : ce sont (v. fig. 52) des corps filiformes de 0,2 à 0,3 mm. de long, dont le diamètre est à peu près celui d'un globule rouge du sang. Ils sont d'ordinaire enveloppés d'une gaine très délicate qui s'étale à l'extrémité de l'animal, et

sont animés d'un mouvement ondulant vif et continu. Outre l'urine, le sang des malades en renferme parfois une quantité notable, et, chose remarquable, surtout pendant la nuit.

La marche générale de l'infection par la filaire est très variable. Beaucoup de malades parviennent à un âge avancé; chez d'autres de graves symptômes généraux finissent par se produire (anémie, émaciation). Les diverses formes sous lesquelles la maladie se manifeste, la chylurie, l'éléphantiasis, etc., se combinent parfois de diverses manières.

Le domaine géographique de cette maladie est compris presque tout en-

tier dans les régions torrides. Jusqu'ici on l'a observée le plus souvent au Brésil, aux Antilles, aux Indes orientales, dans la Chine, le Japon, l'Égypte, au Cap, en Australie, etc. On n'est pas fixé encore sur le mode précis d'invasion des parasites. D'après les recherches de MANSON, les *moustiques* joueraient un rôle important dans cette contamination.

Sous le *rapport thérapeutique*, à part les interventions de la chirurgie, on a préconisé le *picronitrate de potasse* (0,2 à 0,5 plusieurs fois par jour en pilules ou en cachets. SCHEUBE).

CHAPITRE DIXIÈME.

REIN MOBILE (ECTOPIE RÉNALE).

Étiologie. Si dans les circonstances normales le rein est solidement maintenu en position par son atmosphère grasseuse, par la lame péritonéale tendue au-devant de lui et par le diaphragme, on rencontre assez souvent des états morbides marqués par une assez grande mobilité de cet organe et une forte tendance au déplacement. Les causes de cette anomalie ne sont pas toujours évidentes, et il est probable que plusieurs motifs concourent à la produire.

Et d'abord elle peut dépendre d'une disposition *congénitale*, consistant en une laxité particulière du tissu enveloppant, et puis en une longueur extraordinaire de l'artère rénale. Dans l'âge adulte, ce sont les diverses circonstances donnant lieu à une distension et une relaxation excessives de la cavité abdominale, qui poussent au déplacement du rein. Les *grossesses répétées* agissent surtout dans ce sens, ce qui explique comment le rein mobile est plus fréquent chez la *femme* que chez l'homme. Ensuite les *travaux rudes* et soutenus sont cités comme pouvant produire l'ectopie rénale, et en quelques cas les *traumatismes* qui portent sur l'abdomen et particulièrement sur la région du rein. On a encore accusé l'habitude de se *serrer* trop fort et le port du corset de provoquer à la longue un relâchement des attaches rénales. Enfin une nutrition languissante qui a pour effet de réduire l'atmosphère grasseuse du rein, semble quelquefois favoriser la dislocation de cet organe.

Nous venons de signaler la fréquence de l'ectopie rénale chez la femme. On a pourtant observé cette anomalie chez l'homme et même dans le jeune âge. Il est digne de remarque que le rein *droit* se déplace beaucoup plus souvent que le gauche, ce qui tient probablement à ce que le rein droit cède plus facilement aux mouvements respiratoires du foie. Récemment