

Il est à remarquer que, pendant l'application du corset ou par la compression mécanique de la taille et du ventre, les urines avaient une grande tendance à reprendre l'apparence normale, ce qui laisse entrevoir l'existence de conditions mécaniques qui jouent peut-être dans la genèse de la chylurie un rôle prédominant.

Si restreint que soit cet exemple, il montre que notre indication des troubles de la nutrition n'est pas absolument à dédaigner et qu'elle peut faire bonne figure à côté des autres points d'attache encore si incertains du traitement de la chylurie.

CHAPITRE XVII

TRAITEMENT DE LA LIPURIE

PAR

ALBERT ROBIN

De l'Académie de Médecine.

I

Définition et étiologie.

La *lipurie* ou *pimélurie* est essentiellement distincte de la chylurie. Les urines qui la caractérisent renferment des matières grasses, non plus à l'état d'émulsion comme dans la chylurie, mais en gouttes plus ou moins fines nageant dans le liquide ou se réunissant à sa surface. A côté de la graisse libre, on trouve toujours de la graisse saponifiée en proportion notable.

On dit que les urines sont *albumino-graisseuses*, quand elles renferment en même temps de l'albumine, ce qui est fréquent.

La *pathogénie* de la lipurie est tout autre que celle de la chylurie. Il n'y a plus ici de parasite en cause; il n'y a pas à invoquer d'obstruction ou de lésion vasculo-lymphatique. La graisse qu'entraîne l'urine vient du sang ou du rein altéré. En sorte que l'on trouve, inscrites à l'étiologie de la lipurie, les différentes conditions suivantes : dégénérescence grasseuse du rein, grossesse, obésité, diabète au début de la période

d'amaigrissement, suppurations prolongées très diverses, intoxications, notamment l'intoxication par le phosphore, ingestion exagérée de corps gras (huile de foie de morue), certaines affections du foie et même du cœur, etc.

La lipurie n'est donc qu'un symptôme; elle n'a pas l'importance de la chylurie, qui est l'expression même de la maladie et la constitue dans un certain nombre de cas. Aussi, avons-nous cherché à traiter la chylurie pour elle-même. Ici, au contraire, il est logique de prévoir que les médications s'adressent aux états pathologiques générateurs de la lipurie, et non à celle-ci qui n'est qu'une conséquence.

II

Traitement de la lipurie.

La seule lipurie que l'on puisse directement traiter, c'est celle qui est provoquée par l'ingestion exagérée des corps gras, ou encore celle que j'ai constatée chez certains diabétiques en voie d'amaigrissement rapide et dans les périodes de début de la tuberculose pulmonaire, quand celle-ci frappe brusquement des sujets obèses.

Dans le cas d'ingestion exagérée des corps gras, la suppression de la cause entraîne rapidement la disparition des symptômes. On conseillera en même temps la suppression des boissons alcooliques et l'on insistera sur l'alimentation par des viandes grillées, des fruits et des légumes verts. Ajoutons encore l'exercice régulier, qui aide à la consommation des graisses, les lotions froides et l'hydrothérapie, la surveillance des fonctions intestinales.

J'ai connu un lipurique, grand amateur de beurre, qui en mangeait environ 500 grammes par jour : à la surface de son urine, on voyait des îlots graisseux ayant tout à fait l'apparence des yeux du bouillon. Il guérit rapidement par la suppression de l'alimentation grasse.

Un malade de Thierry-Mieg, lipurique avec des urines lai-

teuses d'apparence chylurique, remarquait que ses urines se rapprochaient de la normale quand il s'abstenait de tout aliment gras.

Dans un cas de Primavera, l'apparition de la graisse dans l'urine fut précédée de polyurie. Celle-ci cessa à partir du moment où fut constatée la lipurie. Avec un régime composé de viandes maigres et d'herbages, la guérison fut complète en deux semaines.

C'est seulement dans les cas où la lipurie est liée à l'albuminurie qu'il convient d'employer des *agents médicamenteux*.

Le *calomel*, dans le cas d'Amyot, la *saignée*, dans celui de Namias, ont paru contribuer à la guérison. L'*acide gallique* réussit à Cattani et à Dale chez des sujets dont les urines étaient albumino-graisseuses. Le malade de Cattani avait une affection cardiaque et présenta de l'hématurie à un moment donné; il prit jusqu'à 45 grammes d'acide gallique par jour. Le malade de Dale avait sur la partie latérale gauche de la colonne vertébrale une tumeur qui paraît avoir été un abcès froid. Il prit, trois fois par jour, jusqu'à l'amélioration de sa lipurie, 0^{gr},60 d'acide gallique avec dix gouttes d'acide sulfurique dilué dans un peu d'eau chloroformée.

En résumé, la lipurie alimentaire se traitera par la suppression de tous les aliments gras. Les lipuries symptomatiques, qui sont d'ordinaire des albumino-lipuries, reconnaîtront le traitement de la maladie causale.

CHAPITRE XVIII

TRAITEMENT DU REIN MOBILE

PAR

ALBERT MATHIEU

Médecin de l'hôpital Tenon.

I

Étiologie et pathogénie.

La mobilité anormale des reins était considérée autrefois comme chose rare; les recherches de Frantz Glénard, dont les résultats ont été confirmés par tous ceux qui ont systématiquement recherché l'existence de la néphroptose à l'aide d'une technique convenable, ont démontré que, chez la femme tout au moins, la chute du rein est très fréquente. Frantz Glénard¹, sur 4 215 malades spécialement examinés à ce point de vue, a constaté la ptose du rein 537 fois.

Le rein mobile se rencontre beaucoup plus souvent chez les femmes que chez les hommes. D'après Glénard, on le trouverait 22 fois sur 100 femmes, soit environ 1 fois sur 5, et 2,7 fois chez l'homme, soit environ 1 fois sur 37. Pour ma part, l'examen systématique de 306 femmes soignées à l'hôpital pour des maladies différentes m'a permis de trouver la mobilité anormale du rein 85 fois, soit environ une fois sur

1. Société médic. des hopitaux. 22 décembre 1893.

4 ou 5. Lainer avait déclaré déjà que, sur 5 à 6 femmes, on en rencontre au moins une qui présente de la néphroptose.

Cette néphroptose est beaucoup plus fréquente à droite qu'à gauche; quelquefois elle est bilatérale, mais alors le rein droit est presque toujours plus fortement déplacé que le rein gauche.

On peut admettre trois degrés de néphroptose, suivant que, par la palpation, on peut atteindre le tiers ou la moitié du rein (1^{er} degré), le rein tout entier (2^e degré), ou encore que le rein est tout à fait flottant (3^e degré). Sur 85 cas de rein mobile, j'ai trouvé le premier degré 36 fois, le second 45.

Avant d'exposer quel doit être le traitement du rein mobile, il y a lieu de se poser cette question préalable : La mobilité anormale du rein peut-elle se révéler par des symptômes particuliers, provoque-t-elle l'apparition de troubles morbides?

La question est, sans contestation, résolue par l'affirmative pour ce qui concerne l'hydronéphrose intermittente. Qu'est-ce donc que l'hydronéphrose intermittente? De temps en temps, on peut voir des crises particulières se présenter chez les malades atteints de rein mobile. Elles sont caractérisées par des douleurs très variées dans l'abdomen ou par des vomissements et une anurie à peu près complète. On pense à une colique hépatique ou néphrétique, à l'éclosion d'une péritonite suraiguë, etc. Au bout de deux ou trois jours la crise cesse et une polyurie abondante succède à l'anurie. Pendant la crise, le rein déplacé est augmenté de volume et douloureux à la pression. Ces accidents seraient attribuables à une hydronéphrose passagère, due à la coudure de l'uretère au niveau de la partie inférieure du bassin. C'est l'opinion actuellement la plus généralement acceptée (Landau, Terrier et Baudouin, Tuffier, etc.). On a invoqué aussi la torsion du hile et la congestion veineuse du rein.

L'intermittence de l'hydronéphrose serait due à ce que le rein tendrait à se redresser, dès que la quantité de liquide contenu dans le bassin dépasserait un certain volume et une certaine torsion. Après avoir été longtemps intermittente,

l'hydronéphrose du rein mobile peut devenir persistante.

Les crises d'hydronéphrose intermittente sont rares, relativement au nombre considérable des reins déplacés que montre l'observation. Certains auteurs prétendent qu'en dehors d'elles la néphroptose est toujours latente; c'est ainsi que, pour F. Glénard, les phénomènes de dyspepsie gastro-intestinale rapportés au rein mobile sont, en réalité, sous la dépendance de l'entéroptose.

D'après cette façon de concevoir les choses, il n'y aurait donc pas lieu de traiter la néphroptose, lorsqu'elle ne s'accompagnerait pas d'hydronéphrose intermittente.

Je crois, pour ma part, que la néphroptose est souvent indépendante de l'entéroptose. La chute du rein me paraît se produire par un mécanisme particulier. Le refoulement du foie et sa déformation par le corset sont, sans doute, la cause de sa grande fréquence chez la femme. Il y a là une indication pour le traitement et la prophylaxie qu'il importe de ne pas négliger.

Le rein mobile existe souvent en dehors de toute entéroptose appréciable, ce que personne ne conteste, et les accidents qu'on peut lui attribuer se voient tout aussi bien en l'absence qu'en présence de l'entéroptose concomitante.

Chez les malades, chez les femmes surtout, qui sont atteints de néphroptose, on observe souvent du nervosisme général, de la neurasthénie, des douleurs, de la pesanteur dans les reins, des phénomènes de dyspepsie nervo-motrice, gastro-intestinale, de la gastralgie, de l'entérite muco-membraneuse, de la constipation. Tout cela évidemment peut se voir en dehors de la néphroptose, d'une part, et de l'autre, la néphroptose existe souvent sans que ces manifestations diverses apparaissent. Quelles sont donc les raisons qui peuvent amener à attribuer un rôle pathogénique au déplacement du rein?

C'est, tout d'abord, que le nervosisme et la dyspepsie sont plus fréquents et plus graves chez les personnes atteintes de néphroptose que chez celles qui en sont exemptes. Sur quarante-huit femmes atteintes de rein mobile, trente-trois ont

accusé des accidents dyspeptiques quelconques; sur quarante-six femmes atteintes de dyspepsie accentuée, j'ai trouvé trente-deux fois la mobilité anormale d'un ou des deux reins; dans la grande majorité des cas, du rein droit seulement. Ces chiffres ne sont-ils pas très significatifs? Il n'y a pas de rapport, du reste, entre le degré de la néphroptose et l'intensité des phénomènes dyspeptiques.

On voit survenir chez des femmes atteintes de rein mobile des crises gastriques qui ressemblent beaucoup aux crises gastriques du tabes; or, on n'a pas signalé l'existence de crises semblables dans la simple entéroptose et il ne semble pas qu'il y ait eu hydronéphrose intermittente toutes les fois que ces crises gastriques se sont montrées¹. Je crois donc, pour ma part, que la néphroptose a un rôle personnel dans la pathogénie de ces accidents; il faut donc la traiter directement.

Toutefois, la néphroptose à elle seule ne suffit à créer, de toutes pièces, ni la neurasthénie ni la dyspepsie; en effet, elle s'observe très bien sans qu'on relève rien de semblable. Elle ne peut agir que chez les sujets prédisposés.

Peut-être peut-on penser que le rein déplacé, en tirillant sur les filets nerveux de son hile, amène une excitation particulière des plexus nerveux de l'abdomen et, dans certains cas, du système nerveux tout entier. On a admis aussi la compression directe du duodénum, et quelquefois même du hile du foie, par le rein mobile: c'est une pure hypothèse.

II

Traitement de la néphroptose.

La neurasthénie et la dyspepsie des néphroptosés devront être traitées par les moyens ordinaires; mais, en plus, il y a lieu, à mon sens, de s'adresser directement à la néphroptose elle-même. On s'efforcera, sinon de relever le rein à sa place

1. ALBERT MATHIEU. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 21 octobre 1892.

normale, tout au moins de le fixer, de l'immobiliser de façon à empêcher, dans la mesure du possible, soit les tiraillements sur les filets nerveux du hile, soit la couture de l'uretère à son insertion au bassin, soit la torsion du hile, qui sont les circonstances auxquelles on peut attribuer un rôle pathogénique. Une indication unique, et cela est heureux, correspond également aux diverses hypothèses possibles.

On peut chercher à obtenir ce résultat par des moyens médicaux ou par l'intervention chirurgicale.

A. — MOYENS MÉDICAUX

Les moyens médicaux sont d'un emploi très simple : ils consistent dans le *repos au lit* et le *port d'une ceinture*, avec ou sans pelote spéciale. En cas d'hydronéphrose intermittente, on fera de plus des *applications émollientes*, on donnera des *calmants de la douleur*.

La station debout, la marche prolongée, la fatigue physique sont souvent indiquées par les malades comme causes occasionnelles des crises de gastralgie. Ces crises sont souvent améliorées, et même complètement guéries, par le repos au lit. J'ai vu plusieurs fois des crises gastriques se reproduire dès que la malade quittait le lit.

Des exacerbations surviennent souvent au moment des règles et cela doit amener à conseiller le *repos horizontal* prolongé pendant la *période menstruelle*. En agissant ainsi, on évite souvent une rechute de la névropathie ou de la dyspepsie.

Lorsque les malades voudront marcher, elles devront porter une ceinture abdominale; le plus souvent j'emploie la sangle abdominale de Glénard. Chez les personnes dont le ventre est aplati, sans relief, il est bon de la renforcer par un coussin placé à la partie inférieure de l'abdomen. Ce coussin n'a pas, à mon sens, le but de maintenir le rein par une pression directe, mais simplement de servir d'intermédiaire entre la sangle et la paroi abdominale, de façon à augmenter la pression abdominale et à immobiliser, sinon à relever, les

viscères. Je ne crois pas qu'il soit possible de fixer le rein par une pelote de bandage.

Cette pelote paraît avoir quelquefois l'avantage d'agir sur un rein douloureux à la façon des appareils de compression des ovaires chez les hystériques.

Ce traitement mécanique est celui de l'entéroptose; son utilité, très réelle dans bien des cas, est-elle donc un argument en faveur de l'existence de l'entéroptose et de son rôle pathogénique dans ces conditions? Je ne le pense pas; car je suis convaincu que le repos au lit et l'usage de la sangle abdominale sont utiles, même lorsque l'entéroptose fait défaut et que la néphropexie seule est en cause.

Il conviendra, il est peut-être bon de le répéter, de mettre en œuvre contre l'état névropathique et la dyspepsie gastro-intestinale les moyens appropriés. Contre la névropathie, l'*hydrothérapie* et les *calmants*; contre la dyspepsie, le *régime* et la médication : l'espace nous manque pour insister davantage.

B. — TRAITEMENT CHIRURGICAL

Lorsque le traitement médical aura échoué, il y aura lieu quelquefois, lorsque la gravité des cas justifiera l'opération, d'avoir recours à l'intervention chirurgicale. On fera alors la fixation du rein, la néphropexie ou néphroraphie.

La néphropexie est une opération relativement bénigne. Sur 149 opérations. M. Tuffier¹ a relevé une mortalité de 3, 4, p. 100. Ce n'est donc pas, toutefois, une opération indifférente et on ne doit pas l'entreprendre sans des motifs sérieux.

Quels sont maintenant ses résultats à distance? M. Tuffier est un des chirurgiens qui ont le plus souvent pratiqué la fixation du rein; il a bien voulu nous communiquer sa statistique: 64 malades, dont seulement 2 hommes, ont été opérés par lui; 33 d'entre eux ont été revus de un à trois ans après l'opé-

1. TUFFIER. — *Congrès de chirurgie*, 1891.

ration. La guérison était parfaite chez 31; dans 2 cas qui s'accompagnaient d'entéroptose généralisée, il y a eu insuccès; dans un cas, les douleurs ont persisté; 31 malades n'ont pas été revus un temps suffisamment long après l'opération.

Doit-on penser que les malades guéris se sont presque seuls représentés à l'opérateur? C'est peu probable et l'on doit considérer cette statistique comme excellente. Toutes celles que l'on a publiées ne sont pas aussi favorables. Sulzer a relevé de son côté 80 opérations; elles ont donné 45 guérisons, 7 améliorations, 21 insuccès ou récidives et 2 morts. 4 fois les résultats n'avaient pas été indiqués par les auteurs.

Il y a à la néphropexie des contre-indications qu'il convient de signaler: ainsi, la lésion du rein en ectopie et la lésion d'un autre viscère abdominal, la cirrhose du foie, par exemple. Une entéroptose généralisée d'un degré accentué est aussi une cause d'insuccès; il en est de même de la faiblesse générale marquée, de la tendance à la cachexie.

Les chances de succès sont aussi relativement faibles chez des malades atteints de neurasthénie à forme douloureuse. Les manifestations douloureuses prennent souvent chez eux la forme topoalgique.

Guéris de leur néphroptose, ils souffrent d'autres viscères; la néphropexie, même réussie, ne fait pas disparaître la tendance à accuser des douleurs vagues et mobiles ou au contraire localisées et fixes. Le chirurgien se défiera donc de ces névropathes renforcés qui localisent leurs douleurs autour de leur rein, comme d'autres la localisent autour de leur utérus ou de leur estomac; ils ne cesseront souvent de souffrir d'une région que pour souffrir d'une autre. Chez une malade observée par nous, la fixation du rein était parfaite; mais la malade avait une cicatrice douloureuse, topoalgique.

TABLE DES MATIÈRES

DU FASCICULE II

TRAITEMENT DES MALADIES DES REINS

CHAPITRE PREMIER

Notions pathologiques et indications thérapeutiques générales sur les maladies des reins, PAR A. BRAULT.

	Pages.
I. <i>Notions d'anatomie et de physiologie.</i>	1
II. <i>Division des néphrites.</i>	5
III. <i>Des causes de suppression brusque de la fonction du rein.</i>	7
IV. <i>Des causes de suppression lente de la fonction du rein.</i>	14

CHAPITRE II

Traitement de la congestion rénale, PAR ALBERT ROBIN.

I. <i>Division des congestions rénales.</i>	23
II. <i>Traitement de la congestion rénale aiguë primitive.</i>	25
III. <i>Traitement des congestions rénales passives.</i>	29

CHAPITRE III

Traitement des néphrites, PAR A. BRAULT.

I. <i>Indications thérapeutiques se rapportant aux premières phases des néphrites infectieuses et toxiques.</i>	32
II. <i>Traitement des néphrites aiguës.</i>	36
A. Traitement pathogénique, p. 37. — B. Traitement symptomatique, p. 39. — Indications du traitement: A. Faire rétrocéder, si possible, le processus morbide en évolution, p. 40. — B. Alimenter les malades sans compromettre la diurèse, p. 41. — Diététique dans les néphrites aiguës, p. 41. — C. Assurer et augmenter la diurèse, p. 44. — 1° Diurétiques, p. 48. — 2° Toniques cardio-vasculaires, p. 53. — 3° Diaphorétiques, p. 53. — 4° Purgatifs, p. 57. — 5° Acupuncture, p. 58. — D. Prévenir les accidents urémiques proprement dits, p. 60.	