

gularités à sa surface, aussi ces constatations ne permettent-elles pas, à mon avis, de conclure à une tuberculose. J'ai rencontré deux fois d'énormes collections froides dans le rein; leur volume et leur indolence faisaient croire à un néoplasme. Dans les cas douteux, on pourrait ajouter à cette exploration le cathétérisme urétéral qui permettrait non seulement de reconnaître la perméabilité de l'uretère, mais peut-être de juger de la bilatéralité des lésions; il permettrait de recueillir séparément l'urine des deux reins et d'inoculer le produit de chacun d'eux⁽¹⁾.

Les symptômes généraux font souvent défaut au début de la maladie; plus tard ils sont caractérisés par une pâleur marquée, un amaigrissement auquel on ne trouve aucune cause, par de la perte d'appétit, de l'émaciation et surtout par des accès fébriles à forme rémittente ou intermittente avec exacerbation vespérale et transpirations nocturnes. L'élévation thermique dans le cours de la tuberculose rénale n'est pas un accident rare, et j'ai été plusieurs fois très perplexé en face de cette forme persistante à maximum vespéral. Quand il n'existe pas d'augmentation de volume du rein appréciable à la palpation abdominale ou à la percussion lombaire, il y a de grandes chances pour que les accidents fébriles soient sous la dépendance d'une bacillose généralisée; de même, l'absence de douleurs rénales, spontanées ou provoquées, le défaut des signes ordinaires de la pyélo-néphrite, urines très abondantes et troubles, permettent le diagnostic de tuberculose en voie de généralisation. Mais il faut bien savoir, je le répète, que la tuberculose rénale peut être latente et ne se trahir que par des symptômes généraux d'amaigrissement et de cachexie. Souvent apparaissent alors une diarrhée abondante, incoercible, et les signes d'une tuberculose généralisée.

Formes. — Marche. — Pronostic. — A côté des formes dans lesquelles tous les symptômes sont réunis, il existe des types incomplets ou anormaux.

La tuberculose rénale, comme je l'ai dit, peut trahir sa présence par l'éclat brusque d'un symptôme alarmant. J'ai vu une colique néphrétique franche, une violente hématurie, ou même une pyurie très abondante que j'ai appelée une vomique rénale, constituer le premier accident, et je ne puis m'empêcher de comparer ces accidents rénaux avec le point de côté, l'hémoptysie, la brusque ouverture d'une collection purulente, qui marquent quelquefois le début d'une tuberculose pulmonaire.

J'ai été autrefois fort étonné de rencontrer des formes cliniques différant considérablement du tableau classique. Chacun des symptômes que nous avons étudiés peut exister seul comme expression de la tuberculose rénale. Ainsi l'hématurie légère et fugace peut devenir assez abondante, assez persistante — pendant des semaines — pour mettre en danger à elle seule la vie des malades, qui meurent d'hémorragie, et sans commander l'intervention. J'ai décrit cette forme hématurique⁽²⁾ et de nombreux exemples en ont démontré la fréquence. Chez une de mes malades, l'hématurie persistait depuis des semaines avec une abondance telle qu'il était impossible de songer à mobiliser la patiente; et cependant les lésions rénales étaient très peu marquées sur le rein enlevé. Ce sont là de véritables hémoptysies foudroyantes. J'ai vu d'autres malades chez les-

⁽¹⁾ IMBERT, *Gaz. des hôp.*, 1898.

⁽²⁾ TUFFIER, *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, 1895. — CZERNY et ABBEYSON, in *POUSSON, Journal de méd. de Bordeaux*, 1895.

quels des coliques néphrétiques subintrantes étaient le seul symptôme, constituant une véritable forme douloureuse, forme qu'on a trop souvent prise pour une lithiase rénale. En dehors de ces formes dans lesquelles la maladie s'annonce par des symptômes alarmants, il en est d'autres qui ne se traduisent que par l'augmentation de volume du rein. J'ai opéré plusieurs malades qui n'avaient jamais eu ni hématurie, ni douleurs vives, ni troubles de la miction, ni pyurie; l'unique symptôme était une tumeur du flanc, et l'absence de tout accident urinaire les faisait regarder comme atteints de néoplasme du foie ou de la rate. Chez l'un d'eux le rein distendu contenait un litre de pus. C'est la variété pyonéphrose fermée auprès de laquelle je rangerai la variété uronéphrose tuberculeuse fermée ou intermittente. Ces formes s'expliquent par l'oblitération primitive ou précoce et complète de l'uretère, la maladie évoluant alors en vase clos comme un abcès froid d'un parenchyme quelconque. Ces différentes formes cliniques ne comportent pas un pronostic aussi sérieux que le ferait croire l'intensité des accidents. Une de mes malades, atteinte d'une forme hématurique grave, est très bien portante depuis cinq ans qu'elle est opérée; une autre, dont les accidents douloureux nécessitaient le séjour au lit, n'a aucun accident depuis quatre ans. La forme commune, pyélo-néphritique, est plus grave; elle réunit les dangers de l'infection tuberculeuse et de la septicémie ordinaire. Mais l'ensemble de mes opérations me fait regarder ces lésions comme restant unilatérales, au moins pendant très longtemps. A cet égard l'oblitération définitive de l'uretère me paraît favorable en limitant l'extension des lésions.

L'évolution de la tuberculose rénale chirurgicale est loin d'être rapide. C'est souvent par années qu'il faut compter sa durée. Il est aussi difficile de préciser sa marche clinique que d'indiquer la marche d'une tuberculose d'un organe quelconque. L'histoire des malades que j'ai suivis montre qu'elle procède par poussées aiguës séparées par de longs intervalles de calme relatif. Peut-être l'évolution de la maladie est-elle différente suivant qu'il s'agit d'une tuberculose rénale simple, ou d'une bacillose associée à une infection urinaire. J'ai contribué autrefois à établir deux périodes dans l'histoire de la tuberculose de la vessie, une période de bacillose vésicale, et une période de cystite tuberculeuse due à une infection surajoutée. Pour le rein il en est de même, et on peut saisir dans l'histoire de certains malades le passage de la tuberculose rénale à la pyélo-néphrite tuberculeuse. Ce que je puis affirmer c'est que, dans les formes communes chirurgicales, tant que le bacille habite seul le rein, la maladie rentre dans les tuberculoses chirurgicales à marche lente se rapprochant de la marche des arthrites tuberculeuses, évoluant certes plus vite que la bénigne tuberculose testiculaire, mais moins vite, toute proportion gardée, que celle du poumon. J'appuie cette opinion sur ce fait que j'ai opéré des tuberculoses dont les symptômes initiaux remontaient à plusieurs années et qui cependant étaient unilatérales et caractérisées par deux ou trois abcès froids du rein du volume d'une noix, sans engorgement ganglionnaire, sans lésions périrénales. La maladie peut même guérir spontanément ou du moins se « momifier ». J'ai opéré une femme dont les lésions calcaires tuberculeuses me paraissent bien correspondre au stade de guérison. D'autre part, j'ai suivi deux femmes dont le rein volumineux, excréant autrefois des bacilles, s'est rétracté tout en restant perceptible, est devenu indolent et me paraît vraiment guéri. Bien des autopsies montrent également cette guérison par transformation fibro-graisseuse. — Mais cette heureuse terminaison est loin d'être la règle. Les autopsies prouvent, par

la bilatéralité des lésions, par la présence d'une tuberculose dans la vessie et l'appareil génital, la tendance de la maladie à se généraliser. Il est incontestable pour nous que la tuberculose peut être descendante. J'ai opéré de grosses pyélonéphrites tuberculeuses anciennes qui se sont ultérieurement compliquées de tuberculose vésicale exclusivement localisée à l'embouchure de l'uretère correspondant; ces faits cliniques sont plus démonstratifs que toutes les expériences. Il faut tenir compte, dans les localisations ultérieures de la tuberculose, des infections antécédentes et, pour ma part, je ne doute pas qu'une tuberculose rénale, chez un malade atteint d'urétrite postérieure ou de cystite, ne puisse à un moment donné inoculer ces régions enflammées, de préférence au reste de l'arbre urinaire.

L'apparition de la fièvre et des troubles digestifs est toujours un indice fâcheux qui indique des lésions graves et étendues et une évolution plus rapidement fatale. De même la forme pyélo-néphrite avec distension (pyonéphrose intermittente) est particulièrement inquiétante. C'est plutôt par cachexie due à la suppuration prolongée, à l'insuffisance rénale et aux troubles digestifs qui en sont la suite, que les malades succombent; rarement c'est par urémie. Cependant j'ai eu l'occasion de voir, à l'hôpital Beaujon, une jeune fille qui succomba avec tous les accidents terminaux du mal de Bright classique, et l'autopsie nous montra des noyaux tuberculeux ramollis dans les deux reins.

Complications. — Dans le cours de la maladie de nombreux accidents peuvent aggraver l'état du sujet. Ils consistent surtout dans l'envahissement des organes voisins avec ou sans ouverture des foyers dans leur intérieur. Lendberg aurait vu cependant un malade survivre dix-huit mois à l'ouverture dans le péritoine d'une tuberculose rénale. L'atmosphère périrénale peut être envahie sous forme d'abcès froid: la collection se forme d'une façon insidieuse, sans grand fracas, sans température plus élevée que celle due à la lésion du rein, sans douleur, si la bacillose est pure; dans les cas d'infection mixte, la suppuration de l'atmosphère périrénale se fait en quelques jours, s'accompagnant de symptômes généraux graves, de douleurs violentes, de fièvre, d'empatement. Bref, on voit se développer un phlegmon périnéphrétique aigu et franc. — La collection rénale peut s'ouvrir dans la plèvre voisine, à travers le diaphragme. Plus rarement elle se fait jour dans l'intestin. Enfin, on a signalé l'envahissement du psoas par une tuberculose propagée à travers la capsule adipeuse; la suppuration peut gagner la fosse iliaque et même le membre inférieur. Toutes ces complications ne modifient guère le diagnostic, mais elles comportent toujours un pronostic grave. Ces foyers secondaires doivent être ouverts; mais alors ils restent fistuleux et constituent une source de déperdition pour le malade et une porte d'entrée pour la septicémie chronique. Je ne cite pas comme complication la tuberculose de la vessie ou des organes génitaux. Il est certain que l'envahissement de l'uretère constitue une complication, mais si la lésion est uniquement bacillaire, cette oblitération peut isoler la tuberculose. Si, au contraire, la pyélo-néphrite est constituée, la rétention des produits septiques dans le rein conduit à des accidents septiques ou à des dépôts lithiasiques justiciables d'une intervention qui malheureusement n'est que palliative.

Diagnostic (1). — L'ensemble des symptômes que nous avons signalés :

(1) G. WOLCOTT, *Boston med. and surg. Journal*, 7 février 1895, p. 451.

polyurie limpide, pyurie spontanée et persistante, hématuries légères, répétées, capricieuses, pollakyurie, le tout chez un malade jeune, pâle, affaibli, implique l'idée de tuberculose urinaire. Lorsqu'il existe en même temps une tumeur lombaire, le diagnostic de tuberculose rénale s'affirme, mais cette tuméfaction est souvent tardive et, si l'affection qui nous occupe est si féconde en erreurs de diagnostic, ces erreurs tiennent aux formes multiples que peut revêtir la maladie; si bien que la constatation du bacille dans l'urine est vraiment la seule signature valable de la nature de la lésion. Les accidents vésicaux primitifs permettent de savoir si la tuberculose rénale est ascendante ou descendante. Au point de vue pratique nous sommes en présence d'une pyélo-néphrite avec ou sans gros rein, ou bien nous n'avons qu'un seul symptôme urinaire, hématurie, colique néphrétique, tumeur rénale.

Une pyélo-néphrite tuberculeuse revêt tous les signes de la pyélo-néphrite simple ou calculeuse: même pyurie, mêmes crises douloureuses, même augmentation de volume du rein, même pollakyurie. Ce n'est que l'analyse minutieuse des symptômes qui révèle des nuances importantes. Tout d'abord la bacillose rénale s'est développée souvent sans cause, sans infection vésicale préalable. Fréquemment il existe des hématuries; le dépôt purulent et granuleux est émaillé de petits caillots sanguins. Le reste de l'appareil génital présente, chez l'homme, des indurations tuberculeuses. Mais chez la femme les infections sans cause ne sont pas toujours tuberculeuses, les lésions génitales manquent et chez elles l'affection est plus difficile à préciser. Ce n'est vraiment que la présence du bacille et le résultat de l'inoculation qui permettent d'éliminer les autres affections et de poser un diagnostic. Oscar Bloch de Copenhague (1) propose, pour faire le diagnostic, dans les cas difficiles d'affection du rein, d'extirper après incision exploratrice lombaire un fragment supposé malade du parenchyme et d'en faire l'examen histologique. Il rapporte un grand nombre d'observations dans lesquelles le diagnostic aurait pu être fait de cette façon, et nous pensons qu'à titre tout à fait exceptionnel ce moyen peut être employé.

Quand l'hématurie rénale est le premier et le seul symptôme, il est difficile d'en préciser la cause. Cette difficulté était plus grande encore autrefois lorsqu'il s'agissait de savoir si le sang venait de la vessie ou du rein. Aujourd'hui la cystoscopie lève tous ces doutes. L'hématurie rénale est généralement peu abondante, répétée, à crises éloignées, diminuant avec l'aggravation de la maladie, l'apparition du pus, l'amaigrissement des malades. Elle est spontanée, sans relation constante avec les mouvements brusques du malade. Elle se distingue par son peu d'abondance de celle des néoplasmes; sa spontanéité et ses caprices l'éloignent également de l'hématurie calculeuse. Mais il existe certains états mal définis, classés sous le nom d'hémophilie rénale, qui présentent exactement les mêmes allures hémorragiques. J'ai suivi ainsi un enfant de sept ans, qui était atteint d'hématuries légères, répétées, capricieuses, sans grandes douleurs lombaires, sans néphromégalie, et chez lequel j'étais persuadé que des examens répétés de l'urine et des inoculations finiraient par révéler une tuberculose. Ces résultats ont toujours été négatifs et depuis trois ans ce garçon est resté fort, vigoureux, sans aucun trouble urinaire. Si vous savez que d'une part la forme hématurique de la tuberculose peut s'accompagner d'hémorragies

(1) Congrès de Moscou, 1897.

profuses qui ne le cèdent en rien à celles des néoplasmes, que d'autre part certains mouvements peuvent provoquer l'hématurie bacillaire, vous comprendrez combien la méprise est facile et combien il faut tenir compte de l'état général du sujet, et de l'existence d'autres manifestations tuberculeuses; vous serez ainsi conduit à avouer qu'ici encore l'examen bactériologique est le seul vrai critérium.

Les *pseudo-coliques néphrétiques* revêtent dans la tuberculose rénale le complexe symptomatique de la colique calculeuse et rien dans leur évolution ne permet de les en distinguer. Elles peuvent se manifester au début de la maladie, à sa période de pyélo-néphrite, ou dans l'une de ses complications, la gravelle phosphatique secondaire. La tuberculose, au *début*, provoque des accès congestifs qui se manifestent par des douleurs lombaires avec irradiations inguino-crurales, douleurs aiguës, soudaines, finissant brusquement; mais elles ne s'accompagnent de l'élimination d'aucun corps étranger; aussi le diagnostic de la nature de la lésion n'est-il guère possible sur ce seul signe. L'absence de *lithiase urique* antécédente, l'absence d'émission de gravier rouge après la crise, la présence de grumeaux épais souvent sanguinolents, l'émission d'urine claire pendant la crise et d'urines troubles après l'accès, indiquent une pseudo-colique néphrétique par obstruction, due à l'oblitération urétérale par un bouchon muco-purulent dont l'examen micrographique révélera la nature. Lorsqu'il existe une *gravelle phosphatique*, c'est à la recherche de sa nature primitive ou secondaire que se limite le diagnostic; la première est excessivement rare; la seconde, au contraire, très fréquente.

Réaction à la tuberculine. — Malgré la confiance aveugle que les vétérinaires accordent à cette épreuve dans le cas suspect de tuberculose bovine, elle me semble si infidèle, quand on l'emploie dans un but de diagnostic sur la race humaine, qu'on ne doit la prendre qu'en très petite considération pour aider à élucider la nature d'une affection rénale. Si on pouvait compter sur cet agent de diagnostic, il serait d'une valeur inappréciable dans les cas vrais (tuberculose corticale au début) dans lesquels on ne peut avoir que de vagues soupçons, jusqu'au moment où la maladie envahit le bassinet.

La *tumeur rénale* existe seule; il n'y a ni hématurie, ni pyurie, souvent même aucune douleur. Il est alors impossible par les seuls caractères de la tuméfaction d'en préciser la nature. Lorsqu'elle est volumineuse, cette tumeur franche est en général fluctuante, ce qui vient encore ajouter à nos perplexités. Je n'ai rencontré que trois fois cette variété: dans deux cas j'en ai méconnu la nature; chez un troisième malade, du service de M. Millard, j'ai pu poser le diagnostic en me basant sur les phénomènes de tuberculose concomitante. C'est en tenant compte de l'âge du sujet, de l'évolution lente de la maladie, des antécédents, ou des lésions concomitantes bacillaires que le diagnostic sera possible. Une ponction exploratrice sera permise dans ces cas.

Le diagnostic de bacillose rénale étant posé, il est nécessaire de préciser l'état du rein du côté opposé, d'explorer le reste de l'appareil génital et surtout les organes thoraciques, pour établir un pronostic et une thérapeutique appropriés. La *bilatéralité* des lésions est loin d'être aussi fréquente qu'on le croit. Dans les cas où le rein malade est volumineux et où l'urine est claire, l'intégrité de l'une des glandes paraît presque certaine. De même s'il existe une pyurie intermittente, l'un des reins a de grandes chances d'être indemne. Si vous ajoutez que le rein supposé sain n'est ni augmenté de volume, ni douloureux, s'il n'a jamais

été le sujet d'aucun accident, vous êtes plus éclairé encore. Enfin, le cathétérisme des uretères juge la question en dernier ressort. L'épreuve du *bleu de méthylène*, suivant la méthode ingénieuse de mon élève Castaigne et de mon collègue Achard, donne des renseignements encore très précieux. Un fait que j'ai pu constater moi-même c'est que l'apparition du bleu est normale quand l'un des reins est sain. Dans un cas où une néphrotomie pour tuberculose fut suivie de fistule uro-purulente et nécessita une néphrectomie secondaire, je fis l'épreuve du bleu: son élimination eut lieu dans les délais normaux et avec son cycle normal pour le rein supposé sain; il ne s'éliminait pas par la fistule. Je fis avec succès la néphrectomie. — Quant au reste de l'appareil génito-urinaire, son exploration rend compte de ses lésions: le toucher prostatique et l'examen des vésicules séminales s'imposent chez l'homme; d'autre part, les signes vésicaux, fréquence ou douleur de la miction, constituant les premiers signes de la bacillose vésicale, doivent être soigneusement notés. Toutefois ces troubles vésicaux sont fréquemment d'ordre réflexe, le rein malade provoquant des douleurs vésicales et souvent même une *pollakiurie* d'autant plus marquée qu'il existe dans ces cas une *polyurie* allant jusqu'à deux et trois litres.

Traitement. — La thérapeutique de la tuberculose rénale doit être soumise aux mêmes lois que celles de toutes les tuberculoses locales. Cependant il n'y a pas longtemps j'écrivais encore (1): « Elle (la tuberculose rénale) ne relève de la *chirurgie* que dans des cas bien déterminés: 1° l'éradication totale du foyer doit être possible; 2° il faut que l'un des accidents provoqués par la maladie menace les jours du malade. En dehors de ces circonstances, cette affection est du ressort de la *médecine*: j'ai vu de nombreux malades améliorés dans des proportions vraiment étonnantes par la seule hygiène, le seul régime et l'emploi de quelques médicaments ». Aujourd'hui je serais tenté d'aller plus loin, et sachant combien il est puéril de compter sur une guérison spontanée ou même médicale de l'affection et combien est fréquente et rapide sa généralisation aux voies urinaires sous-jacentes, m'appuyant d'autre part sur les beaux succès obtenus dans plusieurs néphrectomies, aujourd'hui j'oserais presque écrire: « Toute tuberculose rénale, primitive et unilatérale, le reste de l'organisme étant indemne, diagnostiquée au début, doit être extirpée comme il doit en être de tout foyer tuberculeux bien localisé et isolé sur lequel les traitements médicaux ou topiques n'ont pas rapidement agi ».

Toutefois le séjour au grand air, dans un climat d'altitude, ou au bord de la mer, mais à l'abri du froid et des coups de vent (Arcachon, les Sables-d'Olonne, Salins, Salies, la Riviera et même Biarritz), dans certaines formes atoniques, sera un puissant adjuvant. Un régime alimentaire qui ne diffère de celui des tuberculeux en général que parce qu'il doit proscrire les congestifs rénaux: épices, oseille, tomates, gibiers, viandes faisandées, vins alcooliques, liqueurs; au contraire, l'huile de foie de morue à haute dose (cinq à six cuillerées par jour), les révulsifs lombaires sous forme de pointes de feu ou de cataplasmes sinapisés, constituent de bons moyens locaux. J'ai vu ainsi disparaître des hématuries et de fortes douleurs rénales; la pyurie même peut diminuer, et vraiment les malades s'améliorent ainsi très notablement. Ils peuvent même guérir, ou du moins si le rein reste gros, il devient indolent, les bacilles disparaissent

(1) TUFFIER, *La tuberculose rénale*. Paris, 1898, p. 22. Masson, édit.

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U. S. A.