

Neelsen (<sup>1</sup>), les polypes papillomateux, avec leur stroma constitué par des capillaires dilatés, sont des tumeurs dont les dimensions dépendent absolument de la pression sanguine de leurs vaisseaux, tandis qu'à l'état d'anémie ils sont petits et aplatis sur la muqueuse, ils peuvent devenir, à l'état de congestion intense, des tumeurs volumineuses »; l'uretère, libre dans le premier cas, est obstrué dans le second.

**Complications.** — J'en retiendrai trois : 1° la *périphlébite* de la veine cave inférieure (cas de Pantaloni). « Elle a reconnu sans doute pour cause une légère infection des parois du bassin, pyélite probablement d'origine ascendante, mais dont il est impossible de dire le véritable mécanisme »;

2° L'*urémie*, lorsque les deux bassins sont frappés à la fois (cas de Murchison);

3° La *coexistence d'un calcul du bassin* (cas de Battle); mais il s'agit là d'une coïncidence, d'une *maladie surajoutée*, plutôt que d'une complication réelle.

**Diagnostic.** — En général, il est difficile. Suivant que tel ou tel symptôme prédominera, c'est-à-dire suivant qu'on aura affaire à l'une ou à l'autre des deux formes cliniques que nous avons signalées, on pourra confondre le papillome du bassin et de l'uretère avec des lésions très différentes :

1° Quand ce seront les *hémorragies* qui attireront surtout l'attention, on pourra croire ou à une *tumeur maligne du rein* ou à un *calcul du bassin* ou même à un *calcul* ou à une *tumeur vilieuse de la vessie* (cas de Murchison);

2° Quand, au contraire, le signe clinique principal sera l'existence d'une *tumeur* accompagnée de crises d'*hydronéphrose* intermittente, on pourra penser à une *hydronéphrose simple*. Dans un cas (Lancereaux) on a cru à un *kyste de l'ovaire*; le cathétérisme urétral est indispensable dans ces cas.

3° Le diagnostic ne sera guère possible que lorsqu'il existera à la fois des *hémorragies* continues et abondantes et des *crises d'hydronéphrose* : la coexistence de ces deux symptômes permettant de songer à une *tumeur du bassin*, j'ai montré la valeur de l'uro-hématonéphrose intermittente comme signe de ces néoplasmes. Cependant, même dans ces cas, il ne serait pas impossible qu'on se trouvât en présence d'un *calcul du bassin*; on a vu, en effet, quoique rarement, ces calculs s'accompagner à la fois d'*hydronéphrose* et d'un *écoulement de sang* persistant et notable.

**Pronostic.** — Si, *histologiquement*, les papillomes du bassin et de l'uretère sont de *nature bénigne*, *cliniquement*, au contraire, ils doivent être rangés parmi les *tumeurs malignes*. En effet : 1° ils s'accompagnent d'*hémorragies* graves, qui ne tardent pas à épuiser le malade; 2° ils sont l'origine d'*accidents d'obstruction* et d'*infection* dont les conséquences ne sont pas moins funestes.

**Traitement.** — Il faut donc intervenir, et le plus tôt possible. Comment faut-il intervenir? Je ne m'arrêterai pas aux opérations palliatives du genre de celle que pratiqua Battle dans son cas (*pyélotomie* suivie de *curettage*), opérations forcément incomplètes et insuffisantes (Battle fut obligé d'intervenir une seconde fois et d'enlever le rein malade). Je dirai de suite que la seule opération rationnelle est la *néphrectomie*, qui supprime tous ces symptômes et assure la plupart du temps, quand elle a été pratiquée de bonne heure, une *guérison définitive*. Cependant le malade de Pantaloni est mort d'une récidive : l'examen histolo-

(<sup>1</sup>) NEELSEN, *loc. cit.*

gique de la tumeur fait par Pilliet avait montré qu'il s'agissait d'un *épithélioma à cellules cylindriques*.

### III. — KYSTES DE L'URETÈRE

On n'est pas fixé sur la nature et l'étiologie de ces kystes. Dans les cas que j'ai rencontrés, ils coïncidaient avec des infections rénales, mais ce peut n'être là qu'une simple coïncidence.

**Anatomie pathologique.** — Les kystes se présentent sous forme de petites élvures transparentes, du volume d'un grain de millet, disséminées sur toute la hauteur du canal urétral, principalement dans son tiers inférieur. En dehors des infections rénales, j'ai rencontré ces kystes chez un malade atteint d'une hématurie profuse et persistante. Morris les a vus coïncider avec une néphrite interstitielle et Eve a observé un cas semblable chez un malade également hématurique.

Les trois hypothèses émises sur leur pathogénie sont les suivantes : 1° ces kystes se développeraient aux dépens des cryptes et des glandes préformées de la muqueuse urétrale; 2° ils dériveraient des « nids épithéliaux » de Bumm; 3° ils seraient d'origine parasitaire.

1° J'écarterais de suite la première hypothèse; car l'existence des glandes urétrales est loin d'être démontrée, et me semble douteuse.

2° La seconde hypothèse a été défendue tout récemment par Markwald (<sup>1</sup>). Cet auteur, qui a pratiqué l'examen des uretères sur 700 cadavres et les a soumis à des milliers de coupes, arrive à ces conclusions que les kystes qui se présentent dans l'uretère se forment, dans l'immense majorité des cas, par dégénérescence des cellules composant ce que Bumm a appelé les « nids épithéliaux »; ce sont donc des kystes par fonte cellulaire. Ces nids et les kystes auxquels ils donnent naissance sont congénitaux; ils se développent pour la plupart pendant la vie extra-utérine; leur nombre, dans certains cas, est proportionnel, mais dans de larges limites, à l'âge du malade. Les kystes acquerraient une valeur pathologique lorsque leur développement devient excessif. Les inflammations et les infections du canal ne joueraient aucun rôle dans la pathogénie et le développement de ces kystes, ainsi que le voulait Risenti.

3° Kahlden (<sup>2</sup>) a trouvé au centre d'un kyste un pigment jaune doré et des granulations se colorant au picro-carmin. Cet auteur regarde ces kystes comme des kystes parasitaires sporospermi-

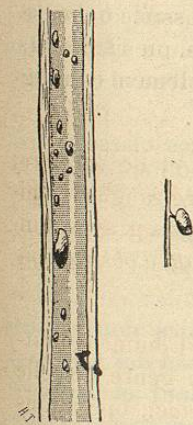


Fig. 152. — Urètre kystique polypeuse. (Lancereaux.)

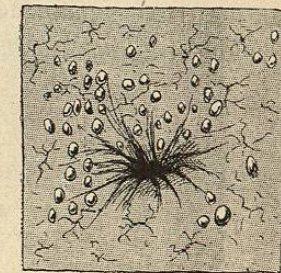


Fig. 151. — Pyélite kystique polypeuse. (Lancereaux.)

(<sup>1</sup>) MARKWALD, *Münch. med. Woch.*, 1898, n° 55, p. 1051.

(<sup>2</sup>) KAHLDEN, *Soc. de méd. de Fribourg*, 1896.

ressemblant aux myosporidies qu'on trouve dans la vessie du brochet et qui contiennent le même pigment brun.

L'affection est généralement bilatérale. Nous ne savons rien de la clinique de cette curieuse affection qui est, jusqu'à présent, du domaine anatomo-pathologique.

Nattan-LARRIER (1) a vu, à l'autopsie d'une femme de soixante-dix-sept ans, une véritable généralisation de petits kystes à tout l'appareil urinaire : dans le rein droit qui présentait de la néphrite chronique, à la surface du bassin, sur les uretères, au niveau de la muqueuse vésicale où l'on en comptait six à huit. L'examen de ces kystes montra qu'ils étaient situés sous l'épithélium, qu'ils renfermaient un liquide clair, jaune citrin, et que la paroi de leur cavité était lisse. Exceptionnellement ils présentaient des ramifications microscopiques. Leur paroi externe était hyaline. — Dans un cas que j'ai vu, la structure était tout à fait simple. La muqueuse urétérale présentait ses cellules normales; le kyste, au contraire, une seule couche de cellules aplaties (Brault).

## VIII

## ANOMALIES DES URETÈRES

Nous avons dit plus haut que les anomalies des reins (voy. ce chap. p. 586) n'entraînaient pas forcément des anomalies des uretères. Inversement, les anomalies des uretères peuvent exister sans malformation aucune du côté des reins. Cependant les anomalies des uretères sont beaucoup plus liées à celles des reins que ces dernières à celles de l'uretère. C'est ainsi que l'absence de l'un ou des deux reins entraîne l'absence de l'un ou des deux uretères et que nous voyons des anomalies de l'uretère se produire lorsque les reins sont congénitalement déplacés ou soudés entre eux par une de leurs extrémités, ou simplement multilobés. Enfin ceux qui ont signalé l'existence de 3 reins ont trouvé en même temps trois uretères.

Les anomalies de l'uretère peuvent être divisées en 2 grandes classes : anomalies de nombre, et anomalies d'abouchement.

## 1° ANOMALIES DE NOMBRE

A. Absence des 2 uretères. — Ces cas ont été observés chez des nouveau-nés mal conformés. Cette absence est toujours liée à celle des reins et des vaisseaux rénaux. 5 cas ont été rapportés par Pigné, Mayer (de Bonn) et Debievre (de Lille) (2). Il suffit de les signaler sans plus de détails, car, étant incompatibles avec la vie, ils n'offrent aucun intérêt pour le chirurgien.

B. Absence d'un uretère. — Cette anomalie, comme la précédente, est liée à l'absence du reste de l'appareil rénal du même côté; on le rencontre surtout du côté gauche. Elle a été constatée à tous les âges; elle est donc parfaitement com-

(1) NATTAN-LARRIER, Soc. anat., mai 1897.

(2) Cités par SPALETTA, Thèse de Paris, 1895.

patible avec la vie. Bien que moins rare que la précédente, elle est cependant loin d'être fréquente, et nous n'avons pu en réunir qu'une vingtaine de cas recueillis en grande partie dans les *Bulletins de la Société anatomique* de ces 20 dernières années.

C. Duplicité de l'uretère. — D'après M. Poirier (1) cette anomalie se présenterait 5 fois sur 100, c'est-à-dire beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit communément. Nous avons pu en rassembler une quarantaine de cas; mais nous ne doutons pas que ce chiffre s'élèverait rapidement, si, dans les autopsies, on prenait soin d'examiner systématiquement à ce point de vue tous les uretères. La duplicité des uretères peut être incomplète ou complète c'est-à-dire que les 2 conduits qui partent du même rein peuvent ou non se réunir avant d'atteindre

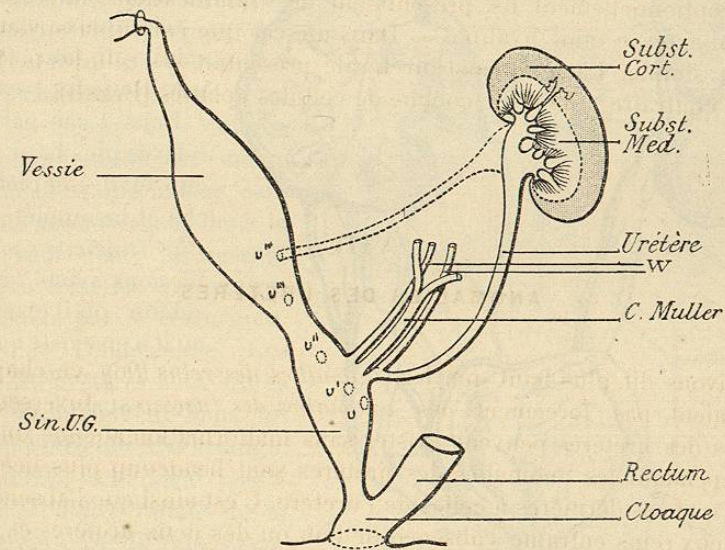


FIG. 155. — Représentation schématique de l'allantoïde intra-embryonnaire et des canaux qui s'y rattachent. (D'après Haushalter et Jacques (2).)

En traits pleins la disposition initiale de l'uretère; en pointillé sa situation définitive; u, u' u'' u''' étapes successives parcourues par l'orifice inférieur de l'uretère.

la vessie. La duplicité incomplète de l'uretère n'a jamais été observée que d'un seul côté à la fois, tandis que la duplicité complète peut être unilatérale ou bilatérale. Ces anomalies ont été observées beaucoup plus souvent chez la femme que chez l'homme, dans la proportion de sept sur dix. Ce fait est important à noter, car c'est chez la femme qu'ont lieu le plus souvent les interventions dans lesquelles le chirurgien aura à tenir compte de la présence de l'uretère et de son intégrité. Dans le cas de duplicité unilatérale, elle porte le plus souvent à gauche. Étudions successivement ces 3 formes des anomalies de nombre de l'uretère.

a. Duplicité incomplète. — Comme nous l'avons dit, elle est toujours unilatérale, cependant on peut la voir coïncider avec une duplicité complète de l'autre côté. Sur 7 cas où le côté était mentionné (Spaletta), l'anomalie s'est produite 5 fois à gauche et 2 fois à droite, et plus souvent chez la femme que chez l'homme. Les deux uretères naissent de deux bassinets, l'un supérieur, l'autre inférieur.

(1) Cité par SPALETTA, loc. cit.

(2) HAUSHALTER et JACQUES, Presse médicale, 22 mai 1897, p. 255.