

TRAITEMENT.

Le traitement de l'accès ne diffère pas de celui de la colique hépatique : l'opium à hautes doses, les inhalations de chloroforme et les grands bains chauds prolongés en sont la base; cependant la colique néphrétique présente une indication de plus, celle de provoquer la diurèse afin que la pression du liquide favorise la progression du calcul enclavé dans l'uretère; l'ingestion en abondance de l'eau de Seltz, de la Sodawater ou de l'eau simple remplit cette indication.

Dans l'intervalle des attaques, les indications sont de dissoudre les sables et les graviers qui peuvent exister dans les reins, et de prévenir de nouvelles formations. Ici le diagnostic chimique est d'absolue nécessité. Dans la GRAVELLE URIQUE et OXALIQUE on restreindra le régime azoté, on proscriera les vins très-alcoolisés, la bière, le thé, le café; on recommandera l'exercice après le repas, et l'on soumettra le malade à l'usage des eaux de Vichy, Carlsbad, Wildungen ou Salzbrunn. On peut aussi utiliser le carbonate de lithine (50 centigrammes à 1 gramme par jour) et les acides végétaux qui sont transformés dans l'organisme en carbonates alcalins. Heller recommande, dans les mêmes circonstances, le phosphate basique de soude à la dose quotidienne de 6 à 10 grammes. Ce traitement doit être surveillé; il faut de temps en temps examiner la réaction et les sédiments de l'urine, car on peut aisément dépasser le but et substituer aux concrétions uriques ou oxaliques des dépôts phosphatiques.

Dans la GRAVELLE PHOSPHATIQUE, on peut, à l'exemple des médecins anglais, administrer l'acide chlorhydrique à la dose de dix à quinze gouttes par jour, afin de ramener la réaction acide de l'urine; on pourrait aussi prescrire dans le même but l'acide benzoïque, qui est éliminé par l'urine à l'état d'acide hippurique; mais l'efficacité de ces moyens n'est pas bien démontrée, et d'ailleurs, en admettant qu'ils puissent prévenir la formation de nouveaux dépôts, ils ne peuvent rien pour dissoudre et éliminer les concrétions déjà précipitées. D'après Heller, le seul dissolvant des phosphates et des carbonates calcaires est l'acide carbonique: aussi en prescrit-il l'administration soit sous forme d'eau gazeuse, soit sous forme d'acide citrique ou tartrique, lesquels produisent dans l'organisme de l'acide carbonique et de l'eau. On n'oubliera pas que la gravelle phosphatique est celle qui est le plus souvent liée à un catarrhe des voies urinaires, et tout en dirigeant contre la lithiase la médication qu'impose sa composition chimique, on traitera par les moyens appropriés l'état catarrhal. Or, les eaux alcalines précédemment indiquées ont une incontestable efficacité contre cet état; c'est ainsi qu'il faut comprendre les cas chimiquement inexplicables, mais cliniquement certains, dans les-

quels ces eaux modifient heureusement la gravelle phosphatique. — Les eaux de Contrexéville ont l'avantage de pouvoir être données indifféremment dans toutes les variétés de gravelle; à peine alcalines, elles n'agissent point comme dissolvants chimiques, mais elles sont bien tolérées par l'estomac alors même qu'elles sont prises en très-grande quantité (6, 8 litres par jour et plus), et elles permettent de provoquer et de maintenir une diurèse abondante qui devient pour l'appareil rénal un véritable lavage. Elles sont ainsi admirablement appropriées au traitement des sables et des graviers; mais, en raison même de leur mode d'action, elles ne sont pas sans inconvénients dans le cas de concrétions volumineuses.

La LITHIASE URIQUE, ainsi que je l'ai établi, peut être avantageusement traitée par le lait ou le petit-lait; j'ai montré en outre que dans les *obstructions rénales* liées à la présence de sables uriques de très-petit volume, le régime lacté pur et à grandes doses est le plus puissant et le plus rapide moyen de conjurer les accidents.

CHAPITRE IX.

CANCER.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Le cancer rénal (1) est une des localisations les plus rares de la diathèse; il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme, et il est observé surtout dans la seconde moitié de l'âge adulte et dans la vieillesse, puis dans l'enfance jusqu'à dix ans (relevé de Rosenstein). Comme tout autre cancer, celui du rein est primitif ou secondaire.

(1) WALTER, KÖNIG, RAYER, ROSENSTEIN, *loc. cit.*

LEVER, *Guy's Hosp. Reports*, 1839. — WALSHE, *The nature and treatment of Cancer*. London, 1846. — DITTRICH, *Prager Vierteljahr.*, 1846. — LEBERT, *Maladies cancéreuses*. Paris, 1851. — KÖHLER, *Die Krebs und Scheinkrebskrankheiten*. Stuttgart, 1853. — URAG, *Wiener Wochenblatt*, 1856. — VAN DER BYL, *Transact. of the path. Soc.*, 1856. — GINTRAC, *Journal de méd. de Bordeaux*, 1856. — BRINTON, *British med. Journ.*, 1857. — JACCOUD, *Bullet. Soc. anat.*, 1858. — WAGNER, *Roser und Wunderlich's Archiv*, 1859. — BALLARD, *Transact. of the path. Soc.*, 1859. — DÖDERLEIN, *Zur Diagnose verschiedener Krebsgeschwülste im rechten Hypochondrium*. Erlangen, 1860. — JOHNSON, *Transact. of the path. Soc.*, 1860. — WALDEYER, *Die Entwicklung der Carcinome* (*Virchow's Archiv*, XLI). — ELLIS, *The Lancet*, 1865. — DRUGMANN, *Presse méd. belge*, 1867. — FLEMING, *Dublin quart. Journal*, 1867. — TOWNSEND, *Dublin quart. Journ.*, JACCOUD. — *Path. int.*, 6^e édit.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La forme la plus commune est l'ENCÉPHALOÏDE, la plus rare est l'ALVÉOLAIRE, le SQUIRRE est moins exceptionnel; enfin, on observe assez souvent des formes complexes. Il est à remarquer que le cancer secondaire occupe toujours les deux reins, tandis que le primitif n'en affecte le plus ordinairement qu'un seul, et le droit plus fréquemment que le gauche. — Débutant par la SUBSTANCE CORTICALE, le cancer encéphaloïde se présente sous forme de masses isolées plus ou moins saillantes, dans l'intervalle desquelles le parenchyme est comprimé ou atteint des lésions de l'inflammation chronique; le volume de ces noyaux est en raison inverse de leur nombre, la consistance est dure ou molle suivant que la formation est récente ou ancienne, la couleur est blanche ou noire suivant le degré de la vascularisation; il y a souvent au centre des extravasats sanguins. Dans d'autres cas, on n'observe pas de noyaux isolés, la dégénération gagne de proche en proche, et le rein finit par être transformé totalement en tissu cancéreux; c'est le cancer infiltré de Rokitansky. Le VOLUME de l'organe, considérablement accru, peut égaler celui d'une tête d'enfant, et la tumeur ainsi constituée peut conserver la forme du rein, ou, au contraire, présenter des bosselures et une disposition irrégulière qui lui enlèvent toute ressemblance avec le type morphologique normal; le fait est constant lorsque le cancer n'occupe pas l'ensemble de l'organe. Que le cancer soit en noyaux ou infiltré, il peut se ramollir par régression graisseuse, et il se forme ainsi des cavités remplies d'un débris liquide plus ou moins visqueux ou de sang noirâtre; dans le fait de van der Byl, l'ouverture d'une de ces poches donna issue à 8 pintes d'une masse gluante de couleur sombre. Le néoplasme détermine assez souvent un processus scléreux, et la tumeur présente à son pourtour et dans son intérieur de solides tractus fibreux qui la cloisonnent et lui donnent une rigidité particulière. Ordinairement le tissu glandulaire contenu dans la masse morbide

1868. — THOROWGOOD, *Med. Times and Gaz.*, 1868. — HÖTZ, *Berlin. Min. Wochen.*, 1869. — FIECKE, *Würtemb. med. Correspondenzblatt*, 1869.

GIÖN, *Tilfælde af Hæmaturi* (*Norsk. Magas. f. Lægevidsk.*, 1870). — HOLMES, *Pulsating cancer of the Kidney* (*Trans. of the path. Soc.*, 1873). — NEUMANN, *Essai sur le cancer du rein*. Paris, 1873. — SIKORSKI und BRODOWSKI, *Carcinomatische Entartung der Niere bei einem 4 Jahre alten Kinde* (*Sitzungsber. der Warschauer Gesellschafts. der Aerzte*, 1873). — ROHRER, *Das primäre Nierenkarzinom*. Zürich, 1874. — MICHEL, *Cancer primitif du rein* (*Presse méd. belge*, 1874). — DOWSE, *Trans. of the path. Soc.*, 1874. — PEREWSEFF, *Entwicklung des Nierenkrebses aus den Epithelien der Harnkanälchen* (*Virchow's Arch.*, 1874). — SCHRÖDER, *Ein Fall von paranephritischem Carcinom*. Kiel, 1874.

est détruit par atrophie ou par envahissement; dans quelques cas pourtant on retrouve des canalicules avec leur membrane propre intacte. — Le point de départ de la dégénération est l'épithélium des canalicules contournés, plus rarement le tissu interstitiel (Johnson, Waldeyer).

Le cancer n'est pas toujours limité au rein lui-même, il envahit le bassin, l'uretère, et l'on observe assez souvent des thromboses cancéreuses dans la veine rénale, l'iliaque ou la veine cave inférieure. Les vaisseaux et les ganglions lymphatiques sont pris, et ces derniers atteignent parfois au niveau du hile un volume assez considérable pour amener l'œdème par compression veineuse, et l'hydronéphrose par compression de l'uretère. — Le cancer primitif du rein peut donner lieu à des formations secondaires qui occupent le péritoine, l'intestin ou le foie, suivant une extension par contiguïté.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC.

Le carcinome rénal, surtout dans la forme secondaire, peut rester latent; les douleurs font défaut, il n'y a pas de tumeur notable, et l'urine ne présente aucune altération. Ce dernier fait, dont l'intérêt clinique est évident, est démontré par les observations de mon savant ami Gintrae, de Cramer, Döderlein et Rosenstein. Dans ces cas obscurs, la cachexie cancéreuse est bien reconnue, mais la localisation de la diathèse ne peut être saisie. Lorsque les douleurs existent seules, la situation n'est pas beaucoup plus claire, parce que ces douleurs présentent rarement les irradiations testiculaires et rénales qui caractérisent les néphrites ou la lithiase rénale; ce sont des douleurs lombaires vagues, ou bien des névralgies intercostales qui ne peuvent fixer le jugement. En fait, les seuls symptômes révélateurs sont la TUMEUR et l'ALTÉRATION DE L'URINE; ces phénomènes révèlent une lésion du rein, et, d'autre part, l'ABSENCE DE FIÈVRE et la CACHEXIE démontrent que cette lésion est un cancer.

Le volume de la tumeur varie, mais, quel qu'il soit, elle présente deux caractères distinctifs importants: elle ne peut être déplacée, et elle ne suit pas les mouvements du diaphragme. Lorsque la tumeur est considérable et qu'elle occupe principalement la partie supérieure du rein, elle produit la dislocation du foie ou de la rate en haut et en avant; il y a là une cause d'erreur, mais on l'évitera en comparant les résultats de la palpation lombaire avec ceux de la palpation abdominale. Cette tumeur ne présente jamais la fluctuation nette de l'hydronéphrose ou de la pyélite avec distension rénale. Dans quelques cas, la pression qu'elle exerce sur l'artère du rein produit un bruit de souffle systolique, et dans un fait de ce genre ce phénomène était si marqué que Bright crut à un anévrysme de l'artère rénale. D'un autre côté, la compression ou les thromboses

veineuses peuvent amener l'œdème des extrémités et du scrotum, l'ascite et la dilatation compensatrice des veines pariétales de l'abdomen.

L'URINE ne présente rien de notable quant à la quantité, la réaction et la densité; mais de temps en temps elle devient sanglante, sa densité augmente en même temps, il y a *hématurie* et conséquemment *albuminurie*. L'hémorrhagie provient tantôt du tissu cancéreux qui a envahi les papilles ou le bassinnet, tantôt elle résulte de la fluxion irritative que le néoplasme provoque à son voisinage; la quantité du sang varie ainsi que son état; il est liquide et intimement mêlé à l'urine, dont il ne se sépare que par le repos, ou bien il est rendu sous forme de coagula filamenteux, moulés sur la cavité de l'uretère. Dans l'une et l'autre circonstance, on peut voir l'hématurie cesser subitement, et l'urine présenter l'ensemble de ses caractères normaux; c'est qu'un caillot a obturé l'uretère, et que l'urine du rein non malade est seule éliminée. Il peut se faire aussi que l'hématurie fasse place à une anurie complète; si les deux reins sont cancéreux, il est possible que les deux uretères aient été obturés au même moment, mais le plus ordinairement ce phénomène tient à l'obstruction du col de la vessie ou de l'urèthre par un caillot. Dans le dépôt de l'urine le microscope montre des globules sanguins, des leucocytes, de l'épithélium, parfois du pus lorsqu'il y a coïncidence de pyélite; mais l'assertion des auteurs touchant la présence de cellules fusiformes, multinucléaires, volumineuses, caractéristiques du cancer est hypothétique; c'est un *a priori* que l'observation ne justifie pas.

L'hématurie peut être unique, mais la plupart du temps elle reparait à intervalles variables, et ces pertes de sang ne contribuent pas peu à l'affaiblissement du patient.

La DURÉE de la maladie varie de six mois à deux ans; la seule TERMINAISON est la mort. Elle est amenée par les progrès de la cachexie et du marasme, par une péritonite, par un épanchement de sang dans le péritoine (Bright), par urémie (Dittrich).

Le traitement ne peut être que symptomatique; les indications principales sont de calmer les douleurs, de combattre les hémorrhagies, de débarrasser l'urèthre et la vessie des caillots obstrueteurs, et de soutenir les forces du malade.

CHAPITRE X.

TUBERCULOSE. — NÉPHRITE CASÉEUSE.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

La tuberculose présente dans les reins les deux formes fondamentales qu'elle affecte dans le poumon, et l'interprétation de ces lésions soulève les mêmes difficultés qui ont été exposées et discutées à propos de la tuberculose pulmonaire (1).

La TUBERCULOSE MILIAIRE n'est jamais isolée, elle est observée chez les individus atteints de tuberculose granuleuse plus ou moins généralisée, c'est donc chez les enfants et les jeunes gens qu'elle est le plus fréquente. Elle est caractérisée par la présence de granulations grises ou jaunâtres plus ou moins nombreuses, mais isolées, qui occupent les couches superficielles de l'organe, ou bien sont disposées en stries ou en chapelet dans la substance médullaire; le processus granuleux a pour point de départ le tissu conjonctif interstitiel, il est combiné avec une prolifération notable des éléments épithéliaux dans leurs canalicules, mais les produits de cette formation active sont soumis à une régression rapide (Rosenstein). — Cette forme n'a qu'un intérêt anatomique, elle ne donne lieu à aucun symptôme.

La TUBERCULOSE CASÉEUSE est constituée par des foyers caséux plus ou moins étendus qui peuvent subir le ramollissement, déterminer l'ulcération du tissu rénal, et former enfin de véritables cavernes semblables, aux dimensions près, à celles du poumon. La lésion débute souvent par le bassinnet et les calices, et elle monte de là dans l'épaisseur de l'organe, détruisant des pyramides entières. Cette altération coïncide parfois avec la précédente, et il est bien certain alors que les foyers caséux résultent

(1) RAYER, VOGEL, ROSENSTEIN, *loc. cit.* — W. MÜLLER, *Ueber Structur der Nierentuberkel*. Erlangen, 1857. — JACCOUD, *Bullet. Soc. anat.*, 1858. — TROST, *Wiener Spital's Zeitung*, 1859. — SCHMIDLEIN, *Ueber Die Diagnose der Phthisis tuberculosa der Harnwege*. Erlangen, 1862. — KUSSMAUL, *Würzburger Zeits.*, 1863. — MOSLER, *Archiv der Heilkunde*, 1868. — ROSENSTEIN, *Zur Tuberculose der Harnorgane* (Berlin. klin. Wochen., 1865). — VIRCHOW, *Die krankhaften Geschwülste*, II. — HOFMANN, *Beiträge zur Lehre von der Tuberculose* (Deuts. Archiv f. klin. Medicin, 1867). — JACCOUD, *Clinique méd.* Paris, 1867. — SCHMIDT, *Memorabilien*, 1868. — KLOB, *Ester. Zeits. f. prakt. Heilk.*, 1868. — HUBER, *Zur Symptomatologie der tuberculösen (resp. käsigen) Phthisis der Harnorgane* (Deutsches Archiv, 1868). — PAULICKI, *Wiener med. Wochen.*, 1869. — THOMPSON, *Scrofulous Kidney* (Brit. med. Journ., 1873).