

Signes cliniques. — L'hydronéphrose n'est reconnaissable qu'à condition de former une tumeur rénale accessible au palper bimanuel; celle-ci est arrondie, rénitente, quelquefois fluctuante, mobile, peu sensible à la pression et ballottante. On retrouve, à sa partie antéro-interne, la sonorité du côlon. La tumeur proémine en avant et tend à devenir abdominale. Ses progrès peuvent, par compression des branches du plexus lombaire, entraîner des douleurs ou des crises simulant la colique néphrétique avec ses irradiations habituelles. Le rein sain suffit, d'habitude, à la sécrétion urinaire qui est normale.

En cas d'*hydronéphrose intermittente*, la tumeur et les douleurs peuvent céder, du jour au lendemain, à une subite débâcle urinaire. Les jours suivants le retour de la rétention rénale rend, peu à peu, à la tumeur, son volume primitif, qu'elle conserve jusqu'à une nouvelle crise polyurique; ces alternatives sont, pendant longtemps, presque périodiques, jusqu'à guérison spontanée ou intervention.

Rare, l'*hydronéphrose double* est bien plus grave; elle aboutit plus ou moins vite à l'urémie.

La transformation de l'hydronéphrose en *pyonéphrose* est annoncée par l'apparition de la fièvre et du syndrome propre à l'infection urinaire. Quand l'hydronéphrose est intermittente, les crises de polyurie sont troubles, accompagnées de pyurie d'origine rénale.

Diagnostic. — Le diagnostic doit non seulement établir l'existence de l'*hydronéphrose*, mais encore évaluer le degré de perméabilité de l'uretère et l'état de la sécrétion rénale du côté atteint. Ce dernier point sera élucidé soit en administrant un médicament s'éliminant par le rein, comme le salicylate de soude, soit en injectant du bleu de méthylène, pour rechercher ensuite, dans le liquide extrait de la poche par ponction, soit l'acide salicylique, soit le bleu. Pour apprécier la perméabilité de l'uretère, on peut, à l'exemple de Chauffard, injecter dans la poche, une solution colorante (1 centimètre cube de solution de fuchsine), qui passe, ou non, plus ou moins vite, dans la vessie. Le *cathétérisme de l'uretère* est également utile, même dans un but thérapeutique.

Le diagnostic sera toujours complété par la recherche de la cause de l'*hydronéphrose*, qui exige une analyse clinique méthodique.

XV. — REIN MOBILE

Signes étiologiques. — La mobilité du rein ou *néphroptose*, ectopie passagère ou durable de l'un des reins (le droit surtout) hors de sa loge, grâce à l'insuffisance de ses moyens de fixité, coïncide souvent avec d'autres ptoses viscérales et avec l'ectasie gastrique (*entéroptose*); surtout commune chez la femme, elle semble favorisée par le port du corset, les grossesses répétées et la fonte rapide d'un embonpoint excessif.

Signes cliniques. — La *néphroptose* peut rester absolument latente et

n'être découverte que fortuitement. Plus souvent, elle occasionne des troubles nerveux ou dyspeptiques: accidents neurasthéniques ou hystéro-neurasthéniques; signes d'ectasie gastrique, d'entérite muco-membraneuse ou d'entéroptose.

La forme légère comporte des troubles en rapport avec l'atonie gastrique ou la constipation; et des vomissements. L'entérite muco-membraneuse et l'entéroptose coexistent souvent. Des crises de malaise nauséux, un nervosisme vague sont habituels chez ces malades. D'autres accusent, dans les lombes, la région ombilicale, le bas-ventre, le haut des cuisses, des douleurs sourdes, sujettes à des paroxysmes provoqués par la marche et surtout l'approche des règles, imputables à une *neurasthénie douloureuse* dont la *néphroptose* n'est que l'agent provocateur. Certains malades deviennent morphinomanes ou bien maigrissent et arrivent à une véritable cachexie.

Exceptionnellement, le rein flottant peut comprimer les organes voisins, le duodénum (ectasie gastrique, vomissements) ou le cholédoque (ictère passager); en d'autres cas, il donne lieu à l'*hydronéphrose intermittente*. Les urines se suspendent alors brusquement, tandis que se déclare une crise douloureuse qui ne cède qu'à l'apparition d'une diurèse abondante et claire, avec albuminurie légère parfois. Plus rarement, la *néphroptose* se complique inopinément d'accidents graves dus à la *torsion du pédicule rénal*. En pareil cas, une violente douleur abdominale apparaît subitement, bientôt accompagnée de nausées, de vomissements, de fièvre vive, ou bien, de sueurs froides et de collapsus cardiaque. Le facies est grippé, l'anurie absolue. La mort peut survenir, à moins d'intervention immédiate; ailleurs, la guérison succède à une polyurie muqueuse, quelquefois sanguinolente, ou, à l'apparition d'urines denses, albumineuses, contenant des cylindres.

Diagnostic. — Les signes fonctionnels ne servent qu'à attirer l'attention sur la possibilité d'une ectopie rénale dont l'existence ne peut être établie que par l'examen physique. L'ectopie rénale sera recherchée, par le palper bimanuel, tel que l'a réglé Fr. Glénard: une main, le pouce en avant, plonge en arrière avec les autres doigts, jusqu'à la masse sacro-lombaire; l'autre, atteignant, en avant, le bord externe du muscle droit de l'abdomen, cherche à aller rencontrer la première. Douce et continue, la palpation doit se faire plus profonde à la fin de chaque expiration. Non ectopié, le rein est inaccessible à cette exploration; il le devient plus ou moins, quand il est déplacé, suivant qu'il est *abaissé*, *mobile* ou *flottant*.

Le *rein abaissé* n'est senti que lors des profondes inspirations qui le poussent en bas, sous forme d'une masse globuleuse, ferme, sous-jacente au rebord costal; mais les doigts des deux mains, incapables de le saisir, le sentent se dérober (*échappement*).

Au second degré (*rein mobile*), les doigts qui palpent, arrivent à saisir et à fixer, surtout pendant l'inspiration, la moitié ou les deux tiers du rein qui, lorsqu'on cesse de le maintenir, glisse comme un noyau de cerise entre les doigts.

Au troisième degré, le *rein flottant* constitue une tumeur abdominale

occupant le flanc, la fosse iliaque ou la région ombilicale, et dont la forme et la mobilité trahissent la nature.

On palpera le sujet couché sur le dos et, au besoin, sur le côté opposé au rein déplacé.

Il suffit, généralement, de penser à l'ectopie rénale, pour la découvrir; mais souvent, les troubles nerveux si variés qu'elle éveille, n'attirent pas l'attention sur les reins.

XVI. — CANCER DU REIN

Signes étiologiques. — Le cancer du rein, assez commun dans l'enfance, sous forme de sarcome, est plus fréquent chez les hommes. Son étiologie est aussi inconnue que celle des autres cancers. Il est remarquable par la longueur de sa période intra-capsulaire qui en retarde la généralisation.

Signes cliniques. — La *douleur*, assez rare dans l'enfance (7 pour 100), non constante du reste, est quelquefois précoce (28 pour 100), quoique plus fréquente à la phase d'état (80 pour 100). Elle occupe les lombes, l'hypochondre, irradie le long des nerfs intercostaux, du sciatique, du crural, et suit plus souvent les uretères, sous forme de coliques néphrétiques. Habituellement à l'état de simple pesanteur, elle est, quand elle s'exaspère, ce qui est rare, subcontinue, sujette à des paroxysmes avec ou sans hématuries; les mouvements ni l'exploration ne l'accroissent.

L'*hématurie* est, chez l'adulte, le plus important des troubles fonctionnels (75 pour 100); chez l'enfant, elle manque dans les 5/4 des cas. L'apparition en est spontanée, indolore, à moins que la migration de *caillots vermiformes* (longs de 15 à 20 centimètres) n'éveille de légères coliques néphrétiques et de la dysurie. De couleur variable, l'urine est uniformément teintée. Dans son dépôt on constate des cylindres hématiques et épithéliaux, mais jamais de fragments néoplasiques. Les crises hématuriques durent 4 à 6 jours, quelquefois entrecoupées de mictions claires, quand l'uretère du côté malade est momentanément oblitéré par un caillot. Entre les crises, s'écoulent des semaines et des mois. En résumé : *spontanéité, abondance, durée, répétition*, tels sont les caractères essentiels des hématuries cancéreuses.

Une *anémie* intense, indépendante de la cachexie, peut être l'effet direct des hématuries.

Les *urines* gardent en général leur volume normal; la dysurie est exceptionnelle, l'albuminurie fort rare. Le taux de l'*urée* serait abaissé (Romelaere et Tinard) et tomberait au-dessous de 12 grammes en 24 heures, mais la valeur de ce signe n'est pas absolue.

Constatable 97 fois sur 100, la *tumeur* l'est dès le début des accidents dans 1/4 des cas, chez l'adulte; dans les 5/5, chez l'enfant. Suivant son volume, elle est découverte par le ballotement, la palpation, l'inspection, etc. Au début, la percussion et l'inspection sont déjà probantes. Selon Le Dentu, si, après avoir placé le malade dans la position gènu-pectorale, le dos tourné

à la fenêtre, on inspecte la région lombaire, à *jour frisant*, le côté atteint se distingue de l'autre par une légère saillie. La *palpation bimanuelle*, à la façon de *Fr. Glénard* (voy. *Rein mobile*), dans le décubitus dorsal ou latéral (du côté sain), est plus instructive. Elle fait sentir, dans la profondeur du flanc, une masse peu mobile, rarement fluctuante, ayant habituellement la forme du rein.

La *percussion* délimite une zone de matité, se confondant en arrière avec celle de la colonne vertébrale, coupée en avant par la sonorité intestinale. Quand la tumeur est très volumineuse, elle devient véritablement abdominale et mate, même en avant, par refoulement de l'intestin qui glisse au-devant d'elle sous forme d'un ruban aplati. Exceptionnellement, le néoplasme est pulsatile.

Les *signes de compression* consistent en névralgies (intercostales, sciatique, crurale, lombo-abdominales); en troubles digestifs : vomissements, constipation, ictère (compression de l'intestin, du cholédoque); exceptionnellement, en paraplégie douloureuse (compression de la partie inférieure de la moelle). La compression de la veine cave inférieure (réseau sous-cutané abdominal); celle de la veine spermatique du côté malade, se traduisant par le *varicocèle symptomatique*, offrent une bien plus grande signification. Développé rapidement ou peu à peu, ce varicocèle est généralement indolent, et, contrairement au type banal, siège aussi souvent à droite qu'à gauche. Les varices ou l'œdème des membres inférieurs, l'hydrocèle ou l'ascite peuvent également s'observer.

Chez l'adulte vigoureux, la cachexie est très tardive; elle est plus précoce chez l'enfant. La teinte jaune paille est moins marquée que dans le cancer de l'estomac.

Formes. — Tous les signes indiqués plus haut sont réunis dans les *formes régulières* ou *complètes* (moitié des cas). On appelle *incomplètes* ou *frustes*, les formes où manque l'un des signes essentiels : hématurie ou tumeur; il arrive qu'elles se complètent tardivement. D'autres cas sont tout à fait latents; ils appartiennent surtout au *cancer secondaire*.

Évolution. — Une première *phase, latente*, est purement anatomique; puis apparaissent les troubles fonctionnels et la tumeur; c'est la *phase chirurgicale*; enfin, à la dernière période, s'affirme la cachexie (*phase médicale*). Relativement longue, la durée du cancer du rein atteint, en moyenne, 5 ans et demi; elle est plus courte pour le carcinome. Chez l'adulte, le sarcome peut durer 5 à 6 ans; mais il peut tuer l'enfant en moins de 6 mois. La mort résulte de la *cachexie*, des *hémorragies*, ou d'une *complication* : occlusion ou perforation intestinale, péritonite suraiguë. L'*urémie* est exceptionnelle.

Diagnostic. — Isolée, la douleur peut être imputée : à de vraies coliques néphrétiques ou à la lithiase rénale (douleur exaspérée par la pression); à la pyélonéphrite; en cas d'irradiations, à la sciatique ou à une affection vésicale. Quand dominant les hématuries, il faut chercher la source du sang et la cause de l'hémorragie. Les *hématuries vésicales* (par calcul ou tumeur) ont

des caractères propres (voy. *Hématuries*); les hématuries rénales parasitaires (*Bilharzia hematobia, strongle*) sont exceptionnelles; la confusion naît surtout des hématuries de la lithiase et de la tuberculose du rein: les premières sont habituellement provoquées (course en voiture, marche); les secondes affectent des sujets relativement jeunes. La constatation, dans l'urine, de caillots vermiformes, longs de 10, 15, 20, 22 centimètres, reproduisant le moule de l'uretère, permet presque d'affirmer le cancer du rein.

Quand la tumeur est le seul signe, on peut, si elle est volumineuse, la localiser, par erreur, dans le foie, la vésicule biliaire, le pancréas, le mésentère, l'épiploon, les ganglions mésentériques, la paroi abdominale. Sa situation réelle n'est précisée que par un examen minutieux et par les signes concomitants.

Divers points doivent en outre être élucidés, avant toute intervention opératoire: existence ou absence d'adhérences, de propagation ou de généralisation? état de l'autre rein. Pour les préciser, l'incision exploratrice est souvent indispensable.

CHAPITRE III

SÉMIOLOGIE DES CAPSULES SURRÉNALES

MALADIE BRONZÉE D'ADDISON

On appelle maladie d'Addison un syndrome dont les éléments essentiels sont: une *mélanodermie spéciale*, une *cachexie asthénique* progressive et des *troubles gastro-intestinaux*. On l'impute soit à la suppression fonctionnelle des capsules surrénales, soit à la lésion: des ganglions nerveux péri-capsulaires, du plexus solaire, du sympathique abdominal, ou même, de la moelle.

Insidieux, le début est signalé par un affaiblissement progressif, de la lassitude, de la pâleur, de l'inappétence, de l'amaigrissement, puis, par des douleurs, quelquefois précoces, affectant l'épigastre, le thorax, les membres, les flancs; en certains cas, par des nausées et des vomissements.

Observée plutôt entre 15 et 40 ans, la maladie peut succéder au surmenage, à un choc moral, à un traumatisme lombaire. L'invasion des capsules surrénales par le cancer, la tuberculose surtout, et la syphilis, est une cause plus positive. Il n'est pas rare de voir la maladie bronzée associée: à la sclérodémie, à l'atrophie musculaire, aux myélopathies chroniques ou au goitre exophtalmique.

La maladie est confirmée quand apparaît la *mélanodermie*. A la période d'état, ses signes cardinaux sont: 1° l'*asthénie*; 2° les *troubles gastro-intestinaux*; 3° les *douleurs*; 4° la *mélanodermie*.

I. *Asthénie*. — Associée à une apathie profonde, l'asthénie peut être telle que le sujet renonce à se lever, à répondre aux questions qu'on lui pose, à

prendre la peine de manger, tout en ne présentant pas trace de paralysie. La conscience reste entière. La tristesse, parfois profonde, peut aller jusqu'au désespoir.

II. *Troubles gastro-intestinaux*. — D'abord, l'appétit languit; des pituites matinales se répètent, comme chez les alcooliques; puis, plus fréquents, les vomissements, précédés de malaise et de gastralgie, reparaissent après les repas. Plus tard peuvent se déclarer: une diarrhée profuse; des crises d'intolérance gastrique et intestinale absolue; l'anorexie devient complète.

III. *Douleurs*. — Quelquefois précoces, elles affectent l'épigastre, les flancs, les lombes, l'hypocondre droit; dans certains cas, l'épaule ou les membres. Tantôt légères, tantôt excessives; elles sont généralement fixes, sans irradiations.

IV. *Mélanodermie*. — Ce signe, rarement le premier en date, consiste en une *teinte sépia*, d'abord pâle, puis plus foncée, partielle ou généralisée. Ses foyers principaux sont: les *régions exposées à la lumière*, front, cou, dos des mains, poignets, avant-bras; les *parties normalement pigmentées*, mamelons, parties génitales, aisselles, région péri-ombilicale; les *points exposés à des frottements*: face interne des cuisses, taille, jarrettières; les *régions irritées* par des brûlures, des vésicatoires, des cicatrices.

La teinte, d'abord gris clair ou rougeâtre sale, devient plus tard: mine de plomb, bronzée ou sépia. Rarement unie, la pigmentation forme plutôt des plaques irrégulières, quelquefois mêlées de taches blanches de *vitiligo*, ou offrant, sur fond brun, un pointillé plus foncé caractéristique. La *peau* est, en même temps, moins souple, sèche et ridée. Les *poils* peuvent être plus foncés, au niveau des plaques; les ongles restent habituellement blancs.

On constate parfois des placards noirâtres sur les muqueuses de la bouche, de la langue, du palais, des petites lèvres, du gland, du vagin; rarement, sur le bord de la conjonctive et de la sclérotique.

Signes accessoires. — Ces signes, traduisant le mauvais état général, consistent en vertiges, tendances syncopales, amblyopie, bourdonnements d'oreilles (signes d'anémie); pouls petit, faible, ondulant, intermittent, souffles des vaisseaux du cou, tachycardie. Les *urines* généralement rares, contiennent assez fréquemment, de l'urobiline, de l'indican; quelquefois, de l'acide taurocholique et des acides gras. Il est commun de constater une albuminurie terminale cachectique.

Évolution. — La marche est lente, irrégulière et progressive. La maladie dure de un à trois ans, trois ans et demi; elle peut subir des temps d'arrêt, des phases d'accélération; quelquefois, des améliorations ou des rémissions. Certains cas, rapides d'emblée, peuvent évoluer en cinq mois, sept semaines. La guérison, quoique possible, est exceptionnelle. La mort est habituelle, due aux progrès de la cachexie, survenant souvent dans le coma, parfois aussi dans un état ataxo-adyamique ou typhoïde avec diarrhée, délire, langue