

puis, au bout d'une quinzaine de jours, lorsque le pus est collecté, elle commence à tomber, pour disparaître lorsque le foyer s'est ouvert à l'extérieur.

Les symptômes gastro-intestinaux peuvent se montrer dès le début, en même temps que la fièvre, ou même la précéder : ils consistent alors en nausées et en vomissements. La constipation est fréquente au début. Plus tard apparaissent la perte d'appétit, la soif vive, l'amaigrissement, la prostration et tous les symptômes ordinaires de l'hecticité.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISONS. — La marche de la périnéphrite présente des différences très marquées en rapport avec les conditions étiologiques. Primitive, elle offre souvent une évolution aiguë avec fièvre, frissons, teinte jaunâtre de la peau, inappétence, etc., avec tuméfaction, œdème, sensibilité de la région lombaire, fluctuation (Gueneau de Mussy). La périnéphrite traumatique présente de plus des vomissements, du ténésme vésical, de l'hématurie.

La marche de la maladie est souvent coupée par des rémissions de durée variable : les symptômes qui s'étaient manifestés au début s'atténuent, la douleur disparaît ; puis, sous l'influence d'une cause nouvelle (et c'est toujours ainsi que le froid agirait, d'après Cusco et Demarquay), tous les symptômes, tant locaux que généraux, se montrent de nouveau et la maladie évolue comme s'il n'y avait pas eu de temps d'arrêt. Les débuts de la périnéphrite secondaire sont le plus souvent insidieux et masqués par les symptômes de l'affection dont ils dépendent.

La durée du phlegmon périnéphrétique est très variable. Dans les cas où la maladie se termine par résolution, faits cités par Trousseau, la durée peut ne pas dépasser quinze jours ou trois semaines. Dans la périnéphrite gangréneuse, la durée n'est pas de plus de quatre à cinq jours. Si l'abcès s'ouvre à l'extérieur, l'écoulement du pus dure six à sept semaines ; l'évacuation par les bronches se termine encore plus rapidement. Lorsque la suppuration périrénale est due à des calculs urinaires, elle peut durer des années.

La terminaison est variable. Les faits rapportés par Trousseau et par Hallé ont bien montré la possibilité de la résolution ; la terminaison par gangrène est rare, Rayer n'en cite que deux cas rapportés par Turner et par Bland. La suppuration est la règle, et la guérison peut survenir après l'évacuation naturelle ou artificielle du pus. Le pus stagne souvent dans les clapiers profonds et le malade succombe à la résorption putride ou à la pyohémie : la terminaison

fatale peut survenir par le fait des inflammations que détermine l'évacuation du pus dans le péritoine, l'intestin, la plèvre, le poumon, etc.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Le diagnostic de la périnéphrite est souvent fort délicat. Au début on pourrait facilement confondre la périnéphrite avec le *lumbago* ou la *névralgie iléo-lombaire*, dont elle se distingue par l'absence de points douloureux, par les caractères de la douleur qui est plus profonde et s'exaspère surtout par la pression, par l'existence d'une fièvre vive. Les douleurs du *lumbago* sont presque toujours bilatérales. Dans le cas de *psoritis*, les malades prennent une attitude caractéristique, la tuméfaction se fait dans la fosse iliaque et non à la région lombaire, et la douleur, presque nulle à la pression, s'exagère surtout par les mouvements du membre inférieur. Les *abcès du rein* et la *pyélite suppurée* donnent lieu, comme le phlegmon périrénal, à une tumeur fluctuante dans la région lombaire ; mais cette tumeur est plutôt appréciable à la partie antérieure de l'abdomen qu'à la région lombaire ; il n'y a pas d'œdème sous-cutané et l'urine est ordinairement purulente ; d'ailleurs, la marche ultérieure de la maladie est absolument différente dans ces deux cas. L'*hydronéphrose*, qui donne également lieu à une tumeur fluctuante limitée à un seul côté, se distingue assez facilement par l'absence d'œdème sous-cutané, sa marche lente et apyrétique, l'absence de douleurs. Dans les *phlegmons superficiels* de la paroi abdominale, la tuméfaction n'est pas circonscrite, la fluctuation est plus nette, l'œdème sous-cutané plus précoce, la marche plus rapide. Enfin il ne faudra jamais négliger de s'assurer qu'on n'a pas affaire à la *hernie* de J. Petit.

Le pronostic est favorable si l'on a affaire à une périnéphrite primitive qui guérit facilement avec un traitement rationnel ; il est beaucoup plus sérieux dans la forme secondaire, surtout lorsqu'elle succède à une pyélo-néphrite calculeuse.

TRAITEMENT. — À la période d'hyperhémie il faut employer avant tout les moyens antiphlogistiques, puisque la résolution peut se produire dans quelques cas, et en particulier les frictions mercurielles, les sangsues, les ventouses scarifiées, les cataplasmes. On cherchera à calmer la douleur par les opiacés et les injections de morphine.

Dès que la fluctuation est perçue, il faut intervenir et donner issue au pus. Le drainage a été conseillé par Chassaignac et lui a donné de bons résultats ; la ponction aspiratrice suffit parfois

pour faire disparaître toute trace de l'abcès. Néanmoins ces deux méthodes ont le grave inconvénient de ne pouvoir donner issue aux corps étrangers qui se rencontrent parfois dans le foyer purulent, et en particulier lorsque la périnéphrite est consécutive à la présence d'un calcul dans le tissu conjonctif périrénal; l'incision au bistouri est de beaucoup préférable, car elle permet d'ouvrir largement et de faire commodément le lavage du foyer purulent avec les liquides désinfectants : eau iodée, acide phénique, etc. Le meilleur procédé consiste à appliquer d'abord des *caustiques* et d'ouvrir ensuite avec le bistouri à travers l'eschare.

On ne négligera pas de tonifier le malade et de soutenir ses forces pour lui permettre de supporter une suppuration d'une durée parfois fort longue.

PÉPIN. Considérations sur les plaies par armes à feu, th. de Paris, 1818. — BAUDENS. Traité des blessures par armes à feu, 1836. — ANDRAL. Clinique médicale, t. II, 1839. — LENEVEU. Considérations sur les fistules réno-pulmonaires, th. de Paris, 1840. — BIENFAIT (de Reims). Gazette hebdomadaire, 1856. — FÉRON. De la périnéphrite primitive, th. de Paris, 1860. — PICARD. De la périnéphrite primitive, th. de Paris, 1868. — HALLÉ. Des phlegmons périnéphrétiques, th. de Paris, 1863. — TROUSSEAU. Abcès périnéphrétiques, in Union médicale, 1865, et Leçons de clinique médicale, t. III. — CURLING. Brit. med. Journal, 1869. — TACHARD. Gazette hebdomadaire, 1869. — NAUDET. Du phlegmon périnéphrétique, th. de Paris, 1870. — KRETSCHMAR. Des abcès périnéphrétiques, th. de Paris, 1872. — L. COLIN. Gazette hebdomadaire, 1872. — LEGOUÉST. Traité de chirurgie d'armée, 1872. — BLOCH. De la contusion du rein, th. de Paris, 1873. — GUÉNEAU DE MUSSY. Clinique médicale, t. II, 1875. — LANCEREAUX. Art. Rein, in. Dict. Encycl. des sc. méd., 1875. — AUDOUARD. Progrès médical, 1876. — VAUGY. Contribution à l'étude de la périnéphrite, th. de Paris, 1876. — NIEDEN. Deutsches Archiv für Klin. med., t. XXII, 1878. — MARDUEL. Art. Rein, in. Nouv. Dict. de méd. et de chirurg., 1881.

REIN MOBILE.

Synonymie : Déplacement des reins, ectopie rénale acquise, rein flottant, luxation des reins.

Nous ne nous occuperons pas ici de l'ectopie rénale fixe qui, le plus souvent congénitale, n'a pas de symptomatologie spéciale et ne présente guère d'intérêt que celui d'une curiosité anatomique; nous étudierons seulement l'ectopie rénale acquise avec mobilité de l'organe dans la cavité abdominale. Cette déformation, que d'excellents esprits se refusent encore à admettre, ne saurait être écartée du cadre nosologique; elle y a conquis sa place : de par l'anatomie normale qui démontre que le rein peut éprouver des déplacements considérables dans sa capsule adipeuse (Sappey); de par la cli-

nique, qui a fourni déjà un certain nombre d'observations incontestables; enfin de par l'anatomo-pathologie, qui a constaté sur le cadavre les déplacements soupçonnés pendant la vie (voy. *Bullet. de la Société anat.*). Signalée déjà par Cruveilhier, la luxation du rein a été bien étudiée par Fritz en 1859, par Becquet en 1864, Trousseau et Guéneau de Mussy; les travaux récents de Ebstein, Lancereaux, Walther (de Dresde), ont complété son histoire.

ÉTIOLOGIE. — La luxation du rein est rarement double et dans ce cas elle est plus accusée d'un côté; en général un seul rein, de préférence le rein droit, est déplacé. Sur 43 observations, 31 sont relatives au rein droit, 5 au rein gauche; dans les 7 autres les deux reins étaient déplacés, mais le droit plus que le gauche (Lancereaux). Sur un relevé de 91 cas, Ebstein compte 65 observations pour le rein droit, 14 pour le gauche et 12 pour les deux reins à la fois. Cette prédominance du déplacement du côté droit n'a pas jusqu'à présent trouvé d'explication suffisante.

L'ectopie rénale est plus commune chez la femme que chez l'homme dans le rapport de 100 à 18, d'après les recherches de Rosenstein et de Ebstein portant sur un total de 155 cas. On peut l'observer à toutes les époques de la vie, mais c'est de dix-huit à quarante-cinq ans qu'elle se montre avec le plus de fréquence.

On observe parfois le rein mobile à la suite de traumatismes, de contusions de la région lombaire; chez la femme, on a invoqué le relâchement des parois abdominales à la suite de grossesses répétées, l'usage du corset (Cruveilhier). Peter l'a constaté chez l'homme comme conséquence de l'action prolongée de vêtements trop serrés. La disparition rapide du tissu cellulaire périrénal chez les individus obèses qui maigrissent sous l'influence d'une cause quelconque a été invoquée par Oppolzer. Les quintes de toux (Defontaine, Rosenstein), les efforts, les marches forcées, etc., peuvent être des causes accidentelles de l'ectopie rénale. Il est beaucoup plus rare de la voir survenir à la suite d'hypertrophie du foie ou de la rate, de déplacement de l'intestin (Rayer, Canton) ou de l'utérus, d'hydronéphrose, de cancer du rein (Rollett). Nous avons plusieurs fois constaté l'existence du rein mobile à la suite de pleurésies droites qui avaient entraîné un abaissement notable du foie.

Une disposition spéciale du péritoine formant au rein une enveloppe semblable à un mésocolon a été observée par Girard, puis par Simpson.

DESCRIPTION. — Les deux symptômes les plus importants du rein mobile sont la *douleur* et la *tumeur abdominale*.

La douleur du rein flottant varie de siège, d'intensité et de nature dans chaque cas particulier. Le plus souvent elle est limitée à l'un des flancs ou des hypochondres, mais on l'observe aussi à la région lombaire ou à l'épigastre. C'est tantôt un simple malaise de peu d'importance, une sensation de tiraillement ou de pesanteur, tantôt une douleur sourde, avec des paroxysmes souvent désignés par les malades sous le nom de *coliques nerveuses* (Lancereaux), s'accompagnant d'angoisse, de nausées, de petitesse du pouls et de facies hippocratique, parfois aussi d'accès fébriles avec frisson et chaleur intense (Oppolzer). Ces exacerbations si violentes surviennent le plus souvent à la suite des efforts de toutes sortes : toux, défécation, courses à cheval, etc. Elles ont un rapport incontestable avec la menstruation, car on les voit souvent se produire à l'époque cataméniale (Rollett, Becquet, Lancereaux), ce qui est dû sans doute à la congestion concomitante du rein. Le repos au lit fait généralement disparaître tous ces symptômes alarmants.

La *tumeur abdominale*, dans laquelle il est souvent possible de reconnaître assez nettement le rein, siège en général sur les parties latérales de l'abdomen, sous le rebord costal, plus souvent à droite qu'à gauche ; elle est allongée et ovoïde, lisse et sans bosselures, ferme et élastique, à grand axe dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. Un de ses caractères les plus constants est sa *mobilité* ; très appréciable à un certain moment, la tumeur peut disparaître sous un grand nombre d'influences, telles que les mouvements respiratoires, le décubitus latéral, etc. ; parfois il est possible de la déplacer dans tous les sens, comme dans le cas de Drysdale, où la tumeur située au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure droite pouvait être ramenée jusque sous les fausses côtes gauches. Le plus souvent la palpation du rein déplacé est douloureuse, et la pression exercée sur lui amène quelquefois des lipothymies et des syncopes.

Le rein déplacé donne lieu, à la percussion, à une zone de matité plus ou moins étendue qui tranche nettement sur le son tympanique de l'intestin qui l'entoure. Enfin, la région qu'il occupe normalement est moins pleine et moins rénitente qu'à l'état normal ; en même temps, la région lombaire offre un aplatissement qu'on apprécie plus facilement lorsque le malade est à genoux, mais qui n'est pas toujours constant. Ces derniers signes disparaissent lorsque

le rein reprend sa place, sous l'influence du décubitus dorsal par exemple.

La diurèse n'est pas troublée, en général, par le déplacement du rein ; l'urine n'offre d'altérations que dans le cas de lésions concomitantes ou consécutives du rein flottant, ou même du rein opposé.

Le rein flottant a une action très appréciable sur la santé générale : les malades sont dans un état de faiblesse irritable spécial, ils sont nerveux et excitables, bizarres, présentant les symptômes de l'hypochondrie chez l'homme, de l'hystérie chez la femme (Lancereaux). Peut-être doit-on rapporter ces troubles nerveux qui se produisent chez la femme aux tiraillements du plexus utéro-ovarien par ses anastomoses avec le plexus rénal. Les troubles gastralgiques et dyspeptiques qui existent dans un grand nombre de cas ont été rapportés, par Bartels et Stiller, à la compression exercée par le rein flottant sur la portion ascendante du duodénum (1).

Les complications du rein mobile sont peu nombreuses. Rayer a observé de la péritonite circonscrite et des adhérences immobilisant le rein dans une position vicieuse ; l'œdème des membres inférieurs a été signalé dans quelques cas par pression du rein sur la veine cave : celle-ci a même été trouvée complètement oblitérée (Girard). Les accidents décrits par Diel sous le nom de *symptômes d'étranglement*, consistant en une augmentation du volume du rein avec douleur excessivement vive, diminution de la sécrétion urinaire, fièvre intense, signes de collapsus, etc., doivent être rattachés, d'après Gilewski, à l'hydronéphrose aiguë déterminée par la rotation du rein sur son axe et par l'oblitération de l'uretère qui en résulte. Ces accidents se terminent au bout de quelques jours par une abondante excrétion d'urines mêlées de pus et de mucus.

Au point de vue de la marche, on peut reconnaître à la maladie trois périodes. Dans la première, le rein est seulement le siège de quelques douleurs spontanées ou provoquées par la pression, plus vives aux époques menstruelles, s'exagérant par les marches un peu longues, les mouvements violents, la danse, l'équitation, etc. ; le rein est alors peu mobile et n'a subi qu'un déplacement léger. Dans

(1) Une série d'expériences pratiquées par Stiller lui ont prouvé, en effet, qu'en pareil cas, l'introduction de poudres effervescentes dans l'estomac produit une brusque dilatation de l'estomac et de l'anse duodénale siégeant au-dessus de l'obstacle, démontrant ainsi, avec l'existence d'une insuffisance pylorique, la compression de la partie supérieure de l'intestin grêle.

la seconde période, le rein, tout à fait luxé, forme une tumeur dans l'abdomen et donne lieu aux graves symptômes que nous venons d'étudier. Enfin, dans une dernière période, dont la réalité est d'ailleurs contestée par beaucoup d'auteurs, le rein a contracté des adhérences et est devenu complètement immobile. Dans le cas de traumatisme, le rein est brusquement chassé du point qu'il occupe habituellement et la première période fait défaut.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Le diagnostic de l'ectopie rénale est souvent des plus difficiles. Le siège de la tumeur, sa forme, sa mobilité, les douleurs spontanées ou déterminées par la pression, l'aplatissement de la région lombaire, lorsqu'ils existent simultanément, sont des signes assez évidents pour permettre de diagnostiquer le rein mobile; mais il arrive fréquemment que l'un de ces symptômes manque complètement, et si, par exemple, c'est la tumeur qui fait défaut, les symptômes observés seront rapportés presque toujours à des coliques nerveuses liées à la menstruation, à une névralgie, à des coliques néphrétiques, à un lumbago, etc. Dans quelques cas, la tumeur formée par le rein mobile a été prise pour un abcès ossifluent, une tumeur de l'ovaire, des ganglions mésentériques ou des capsules surrénales, etc. La cholécystite et les tumeurs du foie se distinguent à leur fixité, à leur forme, à leur consistance, à l'absence de dépression lombaire, à la coloration ictérique ou subictérique de la peau, qui les accompagne souvent. Ces tumeurs suivent les mouvements du foie, mais il est impossible de leur imprimer un mouvement avec la main ou par les changements de position du malade. Les tumeurs de la rate ou la rate mobile se distinguent par ce fait que la matité splénique est située au devant de la masse intestinale.

L'ectopie rénale n'a pas par elle-même un pronostic bien grave. Le retentissement sur la santé générale est souvent peu marqué et, dans les cas où le diagnostic a été bien fait, il est facile de rassurer les malades et de leur démontrer la bénignité de l'affection dont ils sont atteints. Les accidents peuvent cesser complètement à l'époque de la ménopause. Mais, d'autre part, l'ectopie rénale peut être le point de départ d'altérations telles que la néphrite, la pyélite, etc.

TRAITEMENT. — Le traitement consiste surtout dans l'emploi d'un bandage ou d'appareils destinés à maintenir le rein en place. Les crises douloureuses seront combattues par le repos dans le décubitus dorsal, les bains, les opiacés.

Comme traitement chirurgical, Rollett a proposé de rompre les

adhérences qui retiennent le rein dans une position anormale; c'est sans doute par un mécanisme analogue que se sont produites les guérisons que Hare a rapportées à la suite de grossesses; mais nous avons vu que ces adhérences étaient exceptionnelles. Plus récemment, on a proposé l'extirpation du rein et quelques résultats heureux ont été obtenus, notamment par Langenbuch et par Keppler. Ce dernier opérateur, qui a rapporté deux cas de succès, arrive à cette conclusion, que tout rein mobile ayant un retentissement fâcheux sur la santé doit être extirpé.

GIRARD. Journal hebdomadaire, 1839. — DIETL. Wiener med. Wochenschr. 1834. — BECQUET. Essai sur la pathog. des reins flottants (Arch. gén. de méd., 1865). — TROUSSEAU. Clinique de l'Hôtel-Dieu, 6^e édit., 1882, t. III, p. 750. — GILEWSKI. Oesterr. Zeitschrift für Heilkunde, 1865. — ROLLETT. Path. und Ther. der beweg. Nieren. Erlang.-n., 1866. — DRYSDALE. The Lancet, 1867. — GUÉNEAU DE MUSSY. Sur les reins flottants (Union méd., 1867). — ROSENSTEIN. Die path. und ther. der Nierenkrankheiten, 1870. — LANCEREAUX. Loc. cit. — EBSTEIN. Krankheiten der Harnapparate. Leipzig, 1875. — LANGENBUCH. Berliner klin. Wochenschrift, 1877. — MUELLER-VARNECK. Berliner klin. Wochenschrift, 1877. — LIOUVILLE et L. STRAUS. Obs. de rein mobile. — STILLER. Bemerkungen über Wanderniere (Wien. med. Wochenschrift 1889. — KEPPLER. Langenbeck's Archiv, Bd XXII, et Arch. gén. de méd., 1879. — MARTIN. Ueber Extirp. von Wandernieren (Centralblatt für Chirurgie, 1881). — MARDUEL. Art. Néphrotomie, in Nouv. Dict. de médecine et de chir., 1881.

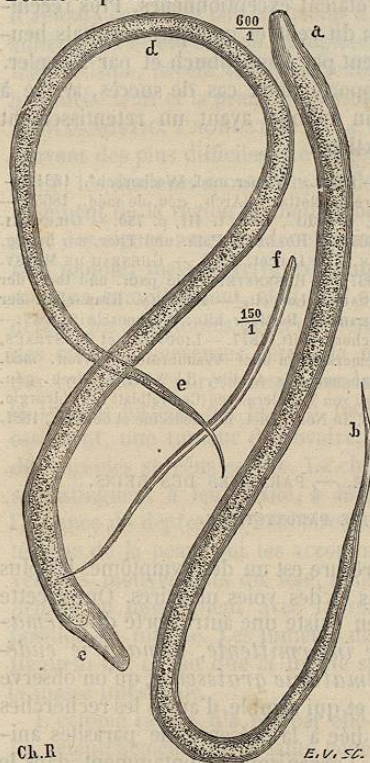
HÉMATURIE ET CHYLURIE. — PARASITES DES REINS.

HÉMOGLOBINURIE PAROXYSTIQUE.

L'écoulement de sang par l'urèthre est un des symptômes les plus fréquents des maladies des reins et des voies urinaires. Outre cette hématurie symptomatique, il en existe une autre sorte dite *hématurie essentielle, hématurie intermittente, hématurie endémique, hématochylurie* ou *hématurie graisseuse*, qu'on observe seulement dans les pays chauds et qui semble, d'après les recherches les plus récentes, être toujours liée à la présence de parasites animaux dans diverses parties de l'organisme et notamment dans le rein et les voies urinaires.

Ce fut Bilharz qui, le premier, rattacha l'hématurie endémique d'Égypte à la présence dans le système circulatoire veineux d'un parasite spécial auquel il donna le nom de *Distomum hæmatobium* et que Cobbold désigna plus tard sous le nom de *Bilharzia hæmatobia*. Griesinger, Sonsino, confirmèrent pleinement la découverte de Bilharz en Égypte, et Griesinger émit même l'hypothèse que toutes les hématuries endémiques des pays chauds devaient tenir à la présence du distome dans les voies urinaires, et cette opinion fut

confirmée par la découverte du parasite, faite par Harley, dans l'urine d'individus atteints d'hématurie endémique du cap de Bonne-Espérance.



Ch. R.

E. V. S.

c. 58. — Filaire du sang humain. Larves non sexuées de filaires, telles que celles qu'on observe lorsqu'on voitéclore les œufs de ces nématodes. — a, extrémité céphalique d'un filaire retiré d'un caillot fibrineux urinaire sec, mais après ramollissement; b, extrémité caudale; c, d, e, autres filaires retirés d'un autre caillot; f, autre filaire retiré de la même urine, vu à un faible grossissement.

portant le pore génital près de son extrémité caudale, la femelle est beaucoup plus petite, rubanée, effilée, transparente. La particularité la plus frappante que présente ce parasite est l'existence chez

Deux ans plus tard, Wucherer trouvait dans les urines hémato-chyleuses d'un habitant de Bahia, non plus le distome de Bilharz, mais un nématode semblant appartenir aux strongles (Leuckart). Lewis le retrouva également dans l'Inde, non seulement dans les urines chyleuses, mais aussi dans le sang des malades atteints d'hémato-chylurie, et lui donna le nom de *Filaria sanguinis hominis*. Depuis, le ver de Wucherer ou du moins un helminthe analogue a été retrouvé aux Antilles par Crevaux, dans des urines provenant de l'île de la Réunion par Ch. Robin (fig. 58), dans l'Indo-Chine par C. Manson, par Bourel-Roncière, etc.

Le distome hématoïdie, mieux connu que le strongle, est un entozoaire allongé, appartenant aux trématodes; il est mou, lisse, blanchâtre. La femelle est beaucoup plus difficile à découvrir que le mâle. Tandis que celui-ci mesure 7 à 9 millimètres, présente une partie séparée par une dépression transversale d'une portion beaucoup plus longue ou corps,

le mâle d'une rainure longitudinale, située sur le corps (canal gynécophore), dans laquelle vient se loger la femelle dont l'extrémité postérieure reste seule libre. Les œufs sont ovales et présentent une pointe tantôt terminale, tantôt latérale (Sonsino). Les phases diverses du développement de la Bilharzia sont encore inconnues (1).

Le distome hématoïdie se rencontre dans la veine porte, les veines rénales, les bassinets, les uretères et la vessie. Il se présente dans les voies urinaires sous forme de plaques saillantes, d'excroissances agglomérées ou isolées d'un gris jaunâtre, parfois rougeâtres et ecchymosées, constituées par l'hypertrophie de la couche sous-muqueuse, les distomes enchevêtrés les uns dans les autres, les œufs et des dépôts de sels urinaires.

Le distome est très fréquent en Egypte : sur 363 autopsies, Griesinger l'a trouvé 177 fois et Sonsino l'a rencontré plus souvent encore : 13 fois sur 31 nécropsies. On l'observe aussi bien chez les Européens que chez les indigènes, mais il atteint plus souvent les enfants et les sujets jeunes; il semble plus rare dans les classes aisées (Sonsino) et, d'après Bourel-Roncière, on ne le rencontre jamais chez les marins.

Parmi les symptômes auxquels donnent lieu la Bilharzia et le ver de Wucherer, le plus important est l'hémato-chylurie. La quantité de sang rendue est très variable; l'hématurie se présente souvent sous une forme intermittente; la transformation de l'hématurie en chylurie est due sans doute à l'altération rapide des hématies qui deviennent crénelées, dentelées, mûrifomes et se transforment en détritits granuleux (Le Roy de Méricourt et Layet). La présence des distomes détermine en général des douleurs assez vives au niveau des reins, et il n'est pas rare de voir survenir de la pyélite ou de l'hydronéphrose, par suite du rétrécissement du calibre de l'uretère. Les œufs du distome constituent souvent le noyau de graviers uriques, ce qui semble expliquer la fréquence de la lithiase urinaire en Egypte. Dans quelques cas, il se joint à ces troubles locaux des

(1) Il n'en est pas de même de l'hématofilaire. D'après les recherches récentes de P. Manson, cet entozoaire subirait des phases distinctes : l'animal adulte et sexué se rencontre dans le torrent circulatoire où il dépose une grande quantité d'œufs; ceux-ci sont absorbés par le moustique ordinaire, se développent en partie dans son tube digestif et s'échappent dans l'eau des marais ou des rivières dans lesquelles le moustique vient généralement mourir. De là ils pénètrent dans le corps humain, soit à travers l'épiderme, soit par ingestion avec les eaux potables.

symptômes généraux qui font ressembler la maladie à la fièvre typhoïde ou à la septicémie. Il est fréquent aussi de voir le distome coïncider avec la lymphorrhagie cutanée et les différentes localisations de l'éléphantiasis ; d'après les travaux les plus récents, ces accidents reconnaîtraient la même cause, c'est-à-dire la présence dans le sang des distomes et de leurs embryons. Cette opinion, émise primitivement par Lewis qui considérait l'hématurie et la chylurie comme ne constituant qu'un symptôme de l'altération du sang, est admise actuellement par Sonsino, P. Manson, Bourel-Roncière, Hatch, etc.

Il est probable que ces parasites sont absorbés sous forme d'œufs ou peut être de larves avec l'eau servant à la boisson ; il est donc prudent de ne boire que de l'eau filtrée dans les pays où la Bilharzia et l'hématofilaire sont endémiques. Comme traitement curatif on a conseillé les anthelminthiques ordinaires : la térébenthine dont l'élimination se fait par les reins a été spécialement recommandée, mais il est difficile d'en faire absorber des quantités suffisantes pour tuer les parasites. Harley s'est bien trouvé de l'emploi du *chloroforme*. Pour prévenir la formation des graviers uriques ou oxaliques, on aura soin de prescrire les eaux alcalines.

STRONGLE GÉANT. — Le strongle géant (*Eustrongylus gigas*) est un grand nématode qu'on trouve assez fréquemment chez les animaux, et surtout les carnivores, mais qui est fort rare chez l'homme.

D'après Davaine, on ne doit accepter comme authentiques que sept observations, et Rosenstein même n'admet qu'un seul fait certain se rapportant au spécimen du Collège royal des chirurgiens de Londres. On n'a jamais décrit que les strongles des animaux. Ce sont des vers rouges, cylindriques, amincis à leurs deux extrémités, striés dans le sens longitudinal. Le mâle peut atteindre jusqu'à 40 centimètres de long sur 4 et 6 millimètres de large, et la femelle, beaucoup plus longue, mesure jusqu'à 1 mètre avec une largeur de 5 à 12 millimètres. L'œuf est ovoïde et brunâtre, à enveloppe épaisse, semée de petits trous circulaires. Les symptômes que le strongle détermine par sa présence dans le bassinet où on le rencontre généralement, sont ceux des corps étrangers du rein. Il provoque de la pyélite, parfois aussi de la néphrite et donne lieu dans quelques cas à une tumeur volumineuse, appréciable à la région lombaire. En même temps on observe des douleurs de rein, de l'hématurie avec mélange de pus, de la dysurie, parfois même de

la rétention d'urine. Le rein non affecté subit en général une hypertrophie compensatrice. On a confondu plusieurs fois le strongle avec des caillots sanguins ou avec des lombrics introduits accidentellement dans les voies urinaires.

Hémoglobinurie intermittente. — A côté de l'hématurie intermittente nous devons mentionner l'hémoglobinurie intermittente qui est une fausse hématurie et qui, dans ces dernières années, a particulièrement attiré l'attention des pathologistes.

Cette singulière maladie, connue encore sous le nom d'hémoglobinurie périodique (Lichtheim) ou à *frigore* (Mesnet et Murri), s'observe particulièrement en Angleterre et semble avoir avec l'action du froid des rapports extrêmement étroits. Subitement et sans qu'une cause autre qu'un refroidissement marqué semble intervenir, le malade est pris rapidement de phénomènes généraux : fièvre, courbature, angoisse précordiale et épigastrique, pâleur et refroidissement des extrémités ; puis les urines rendues pendant l'accès présentent une coloration rouge vin de Bordeaux, qui passe bientôt au brun (couleur de porto ou de porter) pour disparaître avec les phénomènes fébriles dès que le repos au lit et les boissons chaudes ont ramené le calme. Les accidents reparaissent ensuite dans le même ordre, pour peu que le malade ait subi de nouveau, et d'une façon inopinée, l'action du froid.

L'état des urines, qui constitue le syndrome dominant de l'affection, a été l'objet de recherches multipliées ; tout le monde est aujourd'hui d'accord pour reconnaître que la coloration rouge ou brunâtre est due à la présence de l'hémoglobine dissoute (l'examen spectroscopique le prouve). On ne trouve dans le liquide urinaire ni globules rouges, ni débris d'hématies ; le dépôt sédimenteux est représenté par des cylindres et des granulations d'hématine ; on trouve enfin une quantité d'albumine proportionnelle à celle du pigment.

On n'est point encore fixé sur la nature des altérations sanguines qui prédisposent à une semblable affection, bien que Murri ait admis une altération spéciale des globules du sang, encore moins sur le mécanisme qui préside à cette hémoglobinurie, bien qu'elle ait évidemment un point de départ hématique, c'est-à-dire une hémato-globinémie (Lichtheim et Murri). Ce dernier fait suffit à distinguer l'hémoglobinurie paroxystique de l'hémoglobinurie qui vient compliquer parfois certaines affections chroniques du rein ou