

abdominale au niveau du rein, à imprimer avec l'autre main, glissée sous la région lombaire, de petites secousses, qui, soulevant l'organe dégénéré, le projettent doucement au contact de la main immobile. Au fur et à mesure que l'hypermégalie rénale progresse le ballotement tend à disparaître, mais alors la palpation permet de reconnaître la forme de l'organe, en général conservée, sa consistance, son immobilité surtout dans le sens vertical. L'échancrure costo-iliaque, tant en avant qu'en arrière, peut être effacée par le néoplasme, et une voussure remplace alors l'excavation qu'on rencontre normalement dans cette région. A la percussion la matité lombaire est augmentée et en avant il existe, souvent à gauche, une zone sonore due à la présence d'une anse du gros intestin en rapport avec le rein.

La présence d'un *varicocèle symptomatique* est encore un signe physique précieux dont Guyon a enrichi la symptomatologie du rein. Ce varicocèle, dont l'abouchement des veines spermatiques permet de comprendre la pathogénie, correspond au côté du rein malade. D'une grande valeur pour le diagnostic lorsqu'il siège à droite, il a encore son importance clinique lorsqu'il siège à gauche, importance qui se tire de son apparition récente, de sa marche progressive et rapide, de son indolence, etc. Ce n'est pas seulement dans les veines du cordon que se manifestent les effets de la stase veineuse, mais encore dans les veines des membres inférieurs lorsque le néoplasme est très volumineux.

La plupart des malades atteints de tumeurs malignes du rein conservent pendant longtemps les apparences de la meilleure santé; leurs fonctions digestives, en particulier, restent intactes. A la longue cependant les malades maigrissent, perdent l'appétit, les forces les abandonnent et ils tombent dans une cachexie profonde, mais, fait à noter, il est rare qu'ils offrent la teinte jaune paille si caractéristique du cancer.

Il s'en faut de beaucoup que toutes les tumeurs malignes du rein présentent la série de symptômes que nous venons d'énumérer, et, à côté de cette *forme complète*, il y a lieu, à l'exemple de Guillet, d'admettre en clinique une *forme incomplète* dans laquelle l'hématurie et exceptionnellement la tumeur abdominale peuvent faire défaut. Rayer et, après lui, Tuffier ont même décrit une forme plus silencieuse encore, *forme latente*, dans laquelle aucun phénomène rénal fonctionnel ou physique ne traduit la dégénérescence de l'organe. Cette forme appartiendrait surtout aux *cancers secondaires*.

La marche de l'affection qui nous occupe est essentiellement progressive. Sa durée, variable suivant la nature de la néoplasie, serait de trois ans et demi environ (Guillet) pour le carcinome, et de moins d'un an pour le sarcome, du moins chez l'enfant, car chez l'adulte le sarcome a une évolution manifestement plus lente que le carcinome. La mort a lieu par cachexie dans la grande majorité des cas. Il est

rare que les hémorragies soient assez abondantes pour emporter le malade par anémie, mais les pertes de sang profuses peuvent déterminer des accidents mortels si on n'y met ordre, tels que la réplétion de la vessie par des caillots, la rétention d'urine. L'éclosion de phénomènes urémiques terminaux, quoique réelle, est exceptionnelle. La rupture d'un kyste hématique dans le péritoine, la perforation intestinale, la péritonite suraiguë sont aussi des modes de terminaison possibles des tumeurs malignes du rein; mais elles sont si rares qu'il n'y a guère à compter avec elles dans la pratique.

Lorsque ces tumeurs malignes du rein présentent la réunion des symptômes fonctionnels et des signes physiques précédemment énumérés, leur diagnostic offre la plus grande facilité. Il n'en est pas de même lorsqu'elles revêtent la forme incomplète. Si elles ont pour toute expression symptomatique les troubles fonctionnels, et parmi eux les hématuries, on pourra les confondre avec les divers traumatismes de l'appareil urinaire, les calculs du rein et de la vessie, la pyélonéphrite, la cystite, la tuberculose urinaire et surtout les néoplasmes du réservoir de l'urine.

Mais ce que Guyon nous a appris des allures si caractéristiques de l'hématurie rénale, d'une part, et, d'autre part, les autres symptômes propres à ces différentes affections, ne laisseront guère le diagnostic en suspens pour un praticien un peu exercé. Lorsque la tuméfaction du rein est le seul symptôme de la dégénérescence de l'organe, le diagnostic est encore possible grâce aux signes précédemment énumérés et en premier lieu au signe de Guyon, tant que la tumeur n'est pas trop volumineuse. Mais, dans les dernières périodes, lorsque la masse néoplasique a modifié la forme du rein, qu'elle a envahi les régions voisines, qu'elle est immobilisée par ses adhérences aux organes voisins, on peut la confondre aisément avec des tumeurs du foie, de la rate, du mésentère, de l'épiploon, de l'ovaire, de l'utérus. C'est en se fondant sur les renseignements fournis par le malade touchant la façon dont s'est développée la tumeur, et en étudiant avec soin les symptômes fonctionnels qu'il présente que le diagnostic pourra être fait.

Le point de départ de la tumeur reconnu, reste à résoudre un second problème pour parfaire le diagnostic, à savoir la nature du néoplasme. Est-il bénin ou malin? La marche de l'affection, l'état de la santé générale sont presque les seuls éléments de ce diagnostic. Quant à la nature histologique, on ne peut avoir sur elle que des présomptions. Cependant ce que nous avons dit de la plus grande fréquence du sarcome dans l'enfance et l'adolescence, de la rareté relative des hématuries, de l'apparition très tardive de la cachexie, de sa longue durée, etc., fera encore assez souvent distinguer, au lit du malade, la dégénérescence carcinomateuse du véritable cancer. Le pronostic des tumeurs malignes du rein abandonnées à elles-mêmes est très grave

et les tentatives opératoires de ces derniers temps ne semblent guère devoir l'améliorer.

Traitement. — Naguère le traitement des cancers rénaux était purement palliatif, et le médecin se contentait de combattre les douleurs par des calmants, de réprimer les hémorragies par des hémostatiques à l'intérieur, par des applications révulsives sur la tumeur, de remédier aux accidents dus à la rétention de caillots dans la vessie par le cathétérisme, des injections évacuatrices d'eau chaude, etc. Depuis quelques années le chirurgien a attaqué de front les néoplasmes malins du rein et en a pratiqué l'extirpation. C'est là une opération grave, puisque, d'après Guillet, 28 néphrectomies faites pour carcinome ont donné 21 morts, dont 18 attribuables à l'acte chirurgical, et 37 néphrectomies pratiquées pour sarcome ont été suivies de 17 morts opératoires. Alors même que les malades ont échappé aux accidents de l'intervention, ils n'ont pas tardé à succomber à la récurrence et à la généralisation de la néoplasie. Les résultats sont donc peu encourageants. Peut-être que les progrès qu'ont fait faire au diagnostic les études récentes et complètes sur les dégénérescences du rein, amélioreront-ils les statistiques en permettant au chirurgien d'agir dès le début du mal, lorsque la tumeur est petite, bien limitée au rein, sans retentissement sur le système lymphatique et la santé générale. C'est en effet ici comme ailleurs la première indication que d'enlever le mal dans sa totalité; toutefois, en présence d'un néoplasme déjà ancien et considérable qui épuise le malade par des hématuries profuses et des douleurs horribles ne laissant nulle trêve, la néphrectomie est parfaitement justifiable, à titre purement palliatif il est vrai.

ARTICLE II. — MALADIES DES URETÈRES.

§ 1. — Lésions traumatiques.

Les plaies et les ruptures des uretères sont rares, ce qui s'explique par la petitesse, le faible poids, le peu de friabilité et la situation profonde de ces organes. Leur histoire est à peine ébauchée dans les traités classiques, mais dans ces derniers temps les recherches bibliographiques et expérimentales de Tuffier et de Le Dentu ont permis à ce dernier auteur d'écrire un chapitre intéressant sur ce sujet.

Les plaies des uretères sont produites soit par un traumatisme accidentel, soit par un traumatisme opératoire. Les plaies accidentelles les plus rares sont déterminées par un instrument tranchant (coup de couteau dans la région lombaire ou iliaque) ou par un projectile d'arme à feu (cas de l'archevêque de Paris). Les plaies opératoires, relativement fréquentes depuis l'extension qu'a prise la chirurgie abdominale, trouvent le plus souvent leur explication dans les difficultés imprévues rencon-

trées par les opérateurs. L'hystérectomie vaginale y expose plus que toute autre opération, en raison des rapports de l'uretère avec le col de l'utérus (Le Dentu).

Les ruptures des uretères sont encore plus rares que les plaies. On les observe à la suite de violents traumatismes (écrasement, tamponnement, chute d'un lieu élevé, etc.). Avec Le Dentu nous croyons que dans tous les cas le mécanisme de la rupture de l'uretère est celui de l'arrachement au niveau du bassin.

S'il en est ainsi, le siège des ruptures aurait toujours lieu à la partie supérieure du conduit urétéral. C'est ce que démontrent quelques autopsies et quelques constatations faites au cours d'intervention opératoire. Par contre, les plaies chirurgicales occupent presque toujours la partie inférieure. Bien que le siège des plaies accidentelles tienne au hasard du traumatisme, elles s'observent surtout vers le tiers supérieur.

On comprend à priori les désordres produits immédiatement et consécutivement au sein des tissus par les plaies et ruptures des uretères. Inutile donc d'insister sur l'anatomie pathologique d'une série d'accidents que nous allons retrouver à propos de l'évolution clinique.

Assez souvent la violence du traumatisme qui a provoqué la rupture de l'uretère s'est accompagnée de lésions rapidement mortelles, et les conséquences de la solution de continuité de ce conduit urinaire n'ont pas le temps de se produire, de même dans les plaies par armes tranchantes, des hémorragies profuses de l'artère rénale, de l'aorte ou de ses branches abdominales emportent le blessé avant que rien n'attire cliniquement l'attention du côté de l'uretère.

A côté de ces cas, où la blessure de l'uretère est en quelque sorte une trouvaille d'autopsie, nous placerons ceux des phénomènes inflammatoires bruyants dans leur manifestation mais de signification obscure, tels que tuméfaction profonde dans les fosses lombaire et iliaque, fièvre violente, état général des plus alarmants, sont le résultat de la formation d'un épanchement circonscrit ou infiltré. Sans doute un chirurgien prévenu et sagace pourra en pareille circonstance songer à la blessure de l'uretère, mais il n'aura pour cela que des présomptions.

Les signes de certitude ne peuvent se rencontrer que dans les cas simples; ce sont l'écoulement à l'extérieur de l'urine et l'hématurie. L'issue immédiate de l'urine par la plaie nécessite des conditions trop spéciales pour qu'il se réalise souvent dans la pratique (plaie large et directe); presque toujours c'est au bout d'un certain temps, après l'ouverture d'un abcès urinaire, à la suite de suppuration, de mortification de la plaie que l'urine sort à l'extérieur. Il en est particulièrement ainsi dans les cas de blessure opératoire de l'uretère, c'est à l'ouverture d'un abcès pyo-urinaire, à la chute d'une escarre produite par un fil à ligature jeté par inadvertance sur l'uretère que se produit la sortie de l'urine. L'hématurie réclame aussi des conditions trop particulières pour que sa