

Le cancer de l'ampoule de Vater présente, en somme, les signes caractéristiques attribués par Bard et Pic au cancer primitif de la tête du pancréas, si bien que le diagnostic différentiel des deux lésions ne peut être qu'anatomique, et non clinique.

On peut en dire autant du *cancer primitif du cholédoque*, en quelque point qu'il siège. Dieckmann<sup>(1)</sup> en a réuni 7 cas, et a montré que le néoplasme n'affectait aucun point de prédilection sur le cholédoque; il forme une virole cylindroïde, qui engaine le canal sur une hauteur de plusieurs centimètres, et consiste en un tissu blanchâtre, succulent, parfois ramolli. La muqueuse est exulcérée par places, ou végétante et fongueuse.

La tumeur, grosse au plus comme une noix, a pu, dans un certain nombre de cas, être perçue, mais presque toujours alors prise pour une tumeur du voisinage comprimant le cholédoque.

Dans les deux cas d'Ely<sup>(2)</sup>, et de Van Gieson<sup>(3)</sup>, il existait de l'angiocholite purulente, avec abcès biliaires dans le second cas.

Pour les cancers du foie, de la vésicule biliaire, du cholédoque, la conclusion thérapeutique est toute fataliste. Nous ne pouvons guérir, ni même enrayer les progrès du mal; nous devons nous contenter de supprimer, par les moyens classiques, la souffrance, et de parer aux indications symptomatiques accessoires.

La cholécystentérostomie, tout en n'étant qu'une opération palliative, pourra néanmoins, par le rétablissement du cours de la bile, faire disparaître l'ictère et améliorer passagèrement la situation des malades.

(1) DIECKMANN. Thèse inaug., Munich, 1889.

(2) ELY. *New York med. Record*, 1889, p. 169.

(3) VAN GIESON. *Ibid.*, p. 162.

## MALADIES DU REIN ET DES CAPSULES SURRÉNALES

Par A. BRAULT

Médecin de l'hôpital Lariboisière.

### CHAPITRE PREMIER

#### DES ALBUMINES URINAIRES

La présence de l'albumine dans les urines avait, à l'époque des premières observations publiées par Bright, la valeur d'un *signe caractéristique d'une altération des reins*. Précédé par Wells et Bostock, Bright avait cependant constaté l'albuminurie chez des personnes *en bonne santé apparente*. Mais ce point très intéressant de l'histoire de l'albuminurie fut bientôt laissé de côté.

Quelques années après, Graves<sup>(1)</sup>, au lieu de considérer l'albuminurie comme la conséquence des lésions chroniques du rein, soutint que *les modifications du parenchyme rénal étaient tributaires de l'albuminurie*. Il supposait que chez les hydropiques l'albumine se précipitait dans les tubes en concrétions granuleuses au moment de la sécrétion de l'urine, et déterminait par irritation locale les altérations observées à l'autopsie.

Cette divergence complète de vues entre Graves et les successeurs de Bright fut le point de départ des théories qui divisent encore aujourd'hui les pathologistes, les uns affirmant que l'albuminurie ne peut apparaître qu'à la suite d'une altération du filtre, les autres supposant que le sang charrie des *albumines modifiées* dans leur composition, assimilables par conséquent à des substances irritantes et capables à la longue de produire les altérations les plus accusées de la glande. La dernière théorie, modifiée par Semmola, a perdu beaucoup de terrain; la première est presque universellement acceptée.

Il est juste cependant de dire qu'entre ces opinions extrêmes, on doit réserver une place à l'idée défendue par Elliotson, Copland, Gubler, Jaccoud, de la possibilité du passage d'une albumine modifiée dans les urines *sans que le rein en ressente les effets*. L'albumine, douée d'un pouvoir osmotique supérieur, par suite rendue plus diffusible, passerait plus facilement dans l'urine (Prout, Canstatt, Lehmann, Mialhe et Pressat, Corvisart, Schiff, Vogel, Jaccoud).

Nous savons d'autre part que *certaines formes de néphrites* peuvent évoluer *sans albuminurie* ainsi que Bright l'avait déjà signalé à propos de la deuxième variété décrite par lui.

(1) GRAVES. *London med. Gaz.*, 1851, et *Dublin journ. of med. sc.*, 1854.



Ces considérations indiquent suffisamment l'utilité qu'il peut y avoir à rechercher au début d'une étude sur les affections du rein, les propriétés chimiques des albumines éliminées avec l'urine et à déterminer les conditions qui en favorisent le passage.

A. — DES ALBUMINES URINAIRES. — LEUR COMPOSITION : SÉRINE, GLOBULINE

L'albumine trouvée dans l'urine est coagulable par la chaleur. C'est là un caractère dont la découverte remonte à Cotugno. Elle est également précipitée par l'acide nitrique à froid. Ces deux séries d'opérations sont également applicables à l'albumine du sang ; elles seront étudiées dans un chapitre spécial. Des méthodes plus précises ont permis de reconnaître que l'albumine précipitable par la chaleur et l'acide nitrique, aussi bien dans le sang que dans l'urine, comprenait deux variétés bien distinctes, la *sérine* et la *globuline*. Ces résultats sont d'ailleurs favorables à la théorie de l'origine sanguine de l'albumine urinaire.

A côté de ces deux variétés, on peut isoler dans l'urine des albumines non précipitables par la chaleur. Parmi les mieux connues, il faut tout d'abord signaler les *propeptones* ou *albumoses* précipitables par l'acide nitrique, mais se redissolvant par la chaleur ; tandis que la *peptone*, dont l'existence est d'ailleurs contestée depuis les travaux de Stadelmann, K. Sens, Stokvis, Hartogh, etc., n'est précipitable ni par la chaleur ni par l'acide nitrique.

Des variétés moins importantes ont été signalées. On rencontrerait des matières albuminoïdes présentant les réactions de la *caséine* (Senator), de la *mucine* (C. de Noorden), opinion contestée par Senator et Schreiber. D'ailleurs pour G. Stewart, la mucine n'est pas une albumine mais une substance albuminoïde. On sait en effet que cette prétendue mucine n'est autre que la *nucléo-albumine* dont il sera parlé plus longuement à propos des albumines physiologiques.

Loison et Léger ont de leur côté signalé la présence d'une substance analogue à la *caséine* dans une urine chyleuse. Jusqu'alors on admettait avec Lehmann qu'il n'existait aucune observation probante sur ce point particulier.

G. Stewart signale encore dans les urines l'*acide albumine* ou *syntonine*, facile à produire artificiellement par l'acidification de l'urine, elle peut être préformée dans certains cas ; l'*alcali albumine* ou protéine, l'*hémoglobine*, dont nous parlerons ailleurs ; la *fibrine*, qui à l'état normal ne se rencontre pas dans le sang mais qui peut être retrouvée dans tous les cas où se produisent l'hématurie, la chylurie et la desquamation rénales ; enfin d'autres d'importance moindre, comme la *lardacéine*, matière cireuse ou amyloïde, et plusieurs à peine soupçonnées.

On pourrait sans aucun profit étendre cette liste. D'une manière générale, on peut accepter que tous les termes, encore mal définis, intermédiaires à l'albumine initiale et à la peptone terme ultime de ses dédoublements fermentatifs, peuvent avoir leurs représentants dans l'urine. De là les nombreuses variétés qui ont été signalées, variétés que l'on ne saurait isoler, ni séparer d'une façon précise puisque les réactions chimiques qui les caractérisent n'offrent entre elles, le plus souvent, que des différences à peine sensibles. Il convient aussi

de remarquer que beaucoup de ces substances ont une composition relativement fragile ; elles sont aptes à se transformer sous des influences diverses : modifications qualitatives de l'urine, fermentations qui s'y développent, nature des divers réactifs employés pour les mettre en évidence.

A vrai dire, il ne faut mentionner que la *sérine*, la *globuline*, puis, les *propeptones* ou *albumoses* et la *peptone* dont l'ensemble constitue le groupe des *protéoses*. Ce sont les seules variétés qui aient aujourd'hui une importance pratique.

La *sérine* et la *globuline* constituent à elles seules la presque totalité des albumines urinaires. Les autres variétés n'existent souvent qu'à l'état de traces ou dans des conditions bien déterminées, sans influence d'ailleurs sur la production des néphrites. Il est rare que ces deux albumines ne se rencontrent pas en même temps dans l'urine, et souvent dans des proportions assez semblables à celles où on les trouve dans le sang. Suivant Hammarsten, la *sérine* représente chez l'homme 4,516 pour 100 du sérum sanguin et la *globuline* 3,105 pour 100 ; chez le cheval et le bœuf, au contraire, la *globuline* l'emporte normalement sur la *sérine*.

Si le rapport entre la *sérine* et la *globuline* était toujours conservé, il n'y aurait aucune difficulté à faire accepter l'idée de l'identité des albumines urinaires et des albumines du sérum. Mais il peut varier dans des limites assez étendues et, s'il est exceptionnel de rencontrer la *sérine* seule, il est moins rare de trouver la *globuline* à l'état isolé.

On sait aujourd'hui que la *globuline* prédomine dans les néphrites aiguës (F.-A. Hoffmann, Senator). On la trouve aussi très abondante dans la dégénérescence amyloïde des reins (Bartels, Senator) (1). Nos recherches, ainsi que celles plus récentes de Meillière et Lœper, n'ont pas confirmé cette assertion. Dans le cours des néphrites elle marche en général de pair avec la *sérine*. Mais, comment expliquer toutes ces variations si l'albuminurie provient réellement de la transsudation au niveau du glomérule d'une partie du sérum ? A cela, on peut répondre avec Senator que, *même dans le sang*, le rapport de la *sérine* et de la *globuline* est essentiellement variable. Et, de fait, Burckhardt aurait constaté que pendant le *jeûne* la proportion serait intervertie, la *sérine* diminuant pendant que la *globuline* augmente.

En conséquence, dans le cours des affections rénales, il serait utile de placer en regard les analyses quantitatives du sérum et celles de l'urine au point de vue de leur teneur en *sérine* et en *globuline*, avant d'affirmer qu'il n'y a aucun rapport entre la proportion de ces deux substances. On sera d'autant moins surpris de cette remarque que, dans les pyrexies et dans les maladies cachectisantes, qui engendrent la dégénérescence amyloïde, la nutrition est profondément troublée. Cette seule perturbation dans les actes nutritifs pourrait expliquer les variations signalées par quelques auteurs dans la proportion de la *sérine* et de la *globuline*, puisque cette modification a déjà été constatée pendant la période de jeûne.

(1) Senator se défend d'avoir soutenu que dans le rein amyloïde l'urine contient plus de *globuline* que de *sérine*. Voici ce qu'il dit textuellement : « Autant que les quelques observations faites jusqu'à présent permettent de conclure, il me semble que ce soit la dégénérescence amyloïde qui, parmi les néphrites chroniques, fournisse l'urine *relativement la plus riche en paraglobuline* ».