

On doit procéder, dans l'administration des mercuriaux, avec une certaine prudence. Il convient, en effet, de tâter la susceptibilité de chaque malade et de mesurer aussi exactement que possible la perméabilité rénale. Par un traitement d'assaut institué sans mesure, on risquerait de déterminer une stomatite mercurielle sérieuse et interminable. Dans la thèse de Descoust, dans le travail de Négel, on trouve des observations très démonstratives où la guérison n'a été obtenue que par l'emploi des préparations mercurielles. Mauriac, Labadie-Lagrave, Horteloup, Wickham, Barthélemy, Fournier, Martinet, Cohadon, Chauffard, Dieulafoy, ont signalé des faits du même ordre. Les craintes de Senator et de Hardy ne paraissent donc nullement justifiées.

On peut être obligé de suspendre l'usage du mercure (observations de Perroud, Descoust); la suspension est toujours nécessaire, soit par une intolérance gastrique, soit par une stomatite mercurielle assez violente. Lorsque cette complication a pris fin, il arrive fréquemment que de nouvelles doses sont administrées sans inconvénient.

Il y a quelques années, Lecorché et Talamon⁽¹⁾ ont publié l'observation d'un malade atteint au huitième mois de la syphilis d'une néphrite avec anasarque et albuminurie abondante atteignant jusqu'à 19 grammes par litre. La médication antiphlogistique et le régime lacté échouèrent, l'albumine augmenta. Le malade fut alors soumis au traitement mercuriel (4 grammes d'onguent napolitain par jour en frictions), l'alimentation ordinaire fut autorisée. Pendant quatre mois, la même dose de mercure fut maintenue. A partir de ce moment, l'œdème diminua et le taux de l'albumine baissa progressivement. Au commencement du quatrième mois, on essaya d'interrompre les frictions, l'albumine remonta de 1 gr. 70 à 6 et 9 grammes par litre. Le traitement mercuriel fut de nouveau repris, et, vers la fin du cinquième mois, la guérison était complète; elle ne s'est pas démentie pendant les trois ans que le malade a été tenu en observation.

Ce fait est très probant parce que des examens successifs permirent de constater l'absence d'albuminurie, l'élimination suffisante des matériaux extractifs, et le retrait progressif du cœur, qui, pendant les premières phases de la néphrite, avait paru notablement dilaté.

Lecorché et Talamon préfèrent les frictions aux préparations mercurielles prises à l'intérieur. Dans l'observation de Descoust où la néphrite eut dès les premiers jours un caractère grave, la guérison ne fut également obtenue que par l'usage des frictions.

Mauriac redoute cette forme d'administration du mercure et pense que, dans presque tous les cas, l'iodure de potassium est le médicament qui convient le mieux. Il faudrait l'administrer à haute dose, à moins que l'état des fonctions digestives n'y mette obstacle. Nous croyons que dans le traitement des néphrites précoces, l'iodure est sinon nuisible, tout au moins insuffisant et qu'il y faut ajouter le mercure.

Le traitement ioduré est au contraire celui qui convient aux néphrites tardives de la syphilis, compliquées en général de dégénérescence amyloïde. L'iodure de potassium, le sirop iodo-tannique, la teinture d'iode de dix à trente gouttes par jour sont beaucoup plus actifs que l'iodure de sodium contre

(1) LECORCHÉ ET TALAMON. Syphilis brightique précoce. *Médecine moderne*, septembre 1891.

les manifestations syphilitiques tertiaires, les gommès, les inflammations avec induration et atrophie des organes, les infiltrations amyloïdes. L'emploi de ces médicaments peut être poursuivi pendant des mois, sans aucun inconvénient pour les malades.

Des observations très précises de Cadiat, Mauriac, Bartels, Fournier, Négel, Barthélemy, démontrent les effets vraiment remarquables de l'iodure qui peut enrayer, améliorer, guérir même des malades considérés comme perdus. Pour les formes tardives des néphrites, ainsi que pour les hépatites chroniques, on peut être obligé d'instituer cette médication à haute dose. Sans que le diagnostic étiologique soit nettement établi, l'amélioration consécutive à l'emploi de l'iodure de potassium permet seule quelquefois d'affirmer l'origine syphilitique de la néphropathie. On ne doit renoncer au bénéfice de l'iodure que si les troubles intestinaux s'y opposent. En cas d'urémie, l'usage doit en être suspendu; une fois l'attaque passée, on n'y aura recours qu'après s'être assuré que le rein fonctionne normalement.

Ultérieurement les malades pourront profiter d'un traitement reconstituant ferrugineux ou phosphaté et de la cure hydro-thermale, eaux chlorurées sodiques fortes et eaux sulfureuses dont l'indication s'adresse à toutes les cachexies rénales (voir chap. XV et XVII).

CHAPITRE XX

CANCER DU REIN

Les observations de cancer du rein antérieures à la publication de l'ouvrage de Rayer sont peu nombreuses et n'offrent la plupart qu'un médiocre intérêt. Rayer met en doute la valeur des faits rapportés par Sennert et les observations de Seger et Th. Bonet contenues dans le livre de Chopart.

La première relation indiscutable est due à Miriel (1810); elle concerne une femme de trente-cinq ans qui se présenta à l'hôpital de Brest pour y faire ses couches. Après une exploration méthodique, on reconnut qu'elle n'était pas enceinte; elle mourut d'ailleurs le lendemain. On trouva une volumineuse tumeur du rein droit du poids de six livres et demie. Sur une section, cette tumeur offrait une certaine analogie avec la substance cérébrale.

Carraud, dans sa dissertation sur *la néphrite* (1815), publie une observation démontrant que le cancer du rein droit peut être confondu avec une maladie du foie; Renaudin fait voir que le cancer du rein gauche peut simuler une tumeur de la rate.

Des publications dont les plus importantes sont dues à Chomel, Béclard, Bouillaud, Cruveilhier, Rostan, établirent que le cancer du rein n'est pas une affection exceptionnelle. Gintrac, le premier, signale l'envahissement de la veine cave inférieure et de la veine azygos par la matière encéphaloïde.

Les vingt observations rassemblées par Rayer, démontrent que la maladie s'observe surtout chez les personnes âgées. Cependant, Houssard parle d'une femme de vingt-huit ans, Bennett d'un enfant de quatre ans, et T. Rance d'une

fillette de dix-sept mois ; chez elle les deux reins étaient envahis, une hématurie apparut au moment où la tumeur fut constatée dans le second rein.

En comparant les observations précédentes à celles qu'il avait recueillies, Rayet les partage en trois groupes. Le *premier* comprend les faits où le rein, n'étant pas augmenté de volume, est néanmoins le siège de productions cancéreuses, l'hématurie ne se montre à aucune période de l'affection, en somme, le cancer est *latent*. Dans le *deuxième* groupe se trouvent les cancers caractérisés par des *douleurs* rénales et des *hématuries* habituelles sans augmentation notable de volume du rein ; le *troisième* rassemble les observations où la *tumeur rénale* est facilement appréciable au toucher et l'*hématurie* manifeste.

A propos des observations du deuxième groupe, Rayet ajoute qu'elles sont plus souvent soupçonnées que reconnues pendant la vie, et plus loin, dans le cours de la description, énumère des observations de cancer du rein avec *tumeur rénale* et sans *hématurie*.

Son exposé comprend donc les quatre principales formes cliniques reconnues aujourd'hui :

- 1^o Cancer avec tumeur et hématurie ;
- 2^o Cancer avec tumeur sans hématurie ;
- 3^o Cancer avec hématurie sans tumeur ;
- 4^o Cancer latent.

Nous reviendrons sur ces divisions et sur les formes exceptionnelles des néoplasmes du rein.

Anatomie pathologique. — Le cancer primitif du rein est presque toujours *unilatéral* ; on l'observe par exception des deux côtés, mais on a souvent la preuve que les noyaux trouvés dans l'un des reins sont des tumeurs secondaires ou erratiques.

Comme exemple de tumeur unilatérale, il suffira de citer les statistiques suivantes : sur 41 cas, 36 fois un seul rein était pris (Monti) ; sur 67 cas, 60 fois la tumeur existait d'un seul côté (Roberts) ; sur 19 faits, 15 fois le cancer était limité à un seul rein (Dickinson).

Voici qui est plus probant : sur 72 observations dans lesquelles le siège de la lésion est indiqué, Guillet trouve que 65 fois la lésion est unilatérale, 7 fois seulement on la rencontre des deux côtés. Dans ces 7 derniers faits il s'agit, d'après l'auteur, d'envahissement consécutif de l'un des reins par quelques blocs cancéreux. La règle est donc presque absolue.

Tandis que Dickinson et Ebstein observent une plus grande fréquence du cancer du rein à droite, 11 sur 12 et 31 sur 54, Roberts et Guillet trouvent à peu près la même proportion : sur 65 cas, 54 à droite et 31 à gauche. C'est d'ailleurs un point qui paraît de minime importance (Guillet) (1).

Comme dans tous les organes, le *volume* et le *poids* des tumeurs sont des plus variables ; il est fréquent de trouver le rein deux ou trois fois plus volumineux que normalement ; quelquefois, cependant, il est à peine hypertrophié. Par exception il atteint des dimensions telles que la tumeur remplit presque entièrement la cavité abdominale.

E. GUILLET. *Des tumeurs malignes du rein*. Thèse de Paris, 1888.

D'après Guillet, les énormes néoplasmes du rein s'observent surtout chez les enfants. Le fait est exact. Mais, ainsi que la remarque en a été faite, le *sarcome* est beaucoup plus fréquent dans le premier âge que le cancer. Sur 16 cas de tumeurs chez des enfants, le poids moyen était de 8 livres et demie ; sur 15 cas observés chez des adultes, de 9 livres et demie (Roberts). Le poids de 10 et 15 livres est déjà rare, et par conséquent ceux de 31 livres (Dickinson), de 50 livres (Elliot), tout à fait exceptionnels. Il est encore plus insolite de trouver le rein diminué de volume et parfois squirrheux, comme nous l'avons observé.

La *forme* du rein peut être assez modifiée pour que l'organe soit méconnaissable. Habituellement il n'en est pas ainsi : l'aspect général du rein est conservé, ses dimensions seules varient. Dans les volumineux cancers, et surtout dans les sarcomes, on est parfois obligé de suivre l'uretère, presque toujours dévié, pour s'assurer qu'il pénètre bien dans la tumeur et que celle-ci s'est développée primitivement dans le rein.

Au début, et à la période d'état des épithéliomas rénaux, *l'une des extrémités est presque toujours indemne*. Dans l'autre, la tumeur forme des bosselures appréciables dès le premier examen ; l'extrémité supérieure paraît plus souvent atteinte que l'inférieure. Le début *par la région moyenne* au niveau de la substance corticale ou de ses prolongements (colonnes de Bertin) se rencontre aussi. Cette disposition explique l'envahissement rapide du bassinet et de tous les organes contenus dans le hile, en particulier des veines.

Née dans une des extrémités du rein, la tumeur se développe de proche en proche, tout en respectant la capsule, au moins dans la plupart des faits. L'enveloppe fibreuse, quelquefois épaissie, mais plus mince par places, semble toutefois assez résistante pour arrêter l'expansion de la tumeur au dehors. Aussi, dans les observations où l'affection s'est déroulée en plusieurs années, trouve-t-on décrite une masse cancéreuse paraissant enkystée dans la capsule distendue. Les plus gros bourgeons cancéreux font une saillie appréciable que le doigt déprime avec la plus grande facilité, et qui donne la sensation de fausse fluctuation.

Dans les grosses tumeurs, la partie saine du rein est souvent réduite à une pyramide ou deux, quelquefois à un très petit fragment reconnaissable à sa coloration rouge. Si, en présence d'un volumineux néoplasme occupant la région lombaire, mais sans forme déterminée, on avait quelque doute sur son origine, il suffirait d'examiner au microscope l'un des points épaissis de la membrane d'enveloppe, on y trouverait des glomérules atrophiés et des tubes encore reconnaissables à leur contour.

Il est souvent impossible de dire, à l'examen de reins complètement transformés en cancer, quel a été le *point de départ* de la tumeur. En effet, sur une section faite du bord convexe vers le hile, et parallèlement aux deux faces, on ne retrouve souvent aucun vestige du bassinet, complètement envahi, ou de l'origine de l'uretère, souvent oblitéré.

Mais de nombreuses observations montrent, au contraire, en même temps que le développement sous-cortical du carcinome, l'envahissement secondaire des voies d'excrétion. Au niveau des calices, on observe parfois des *prolongements cancéreux* ayant perforé la muqueuse et *faisant pleine saillie dans le bassinet* ; c'est là, à n'en pas douter, une des conditions les plus favorables à la production d'une hématurie, puisque la tumeur est, par plusieurs de ces points,