

quefois par une inflammation de l'uretère avec rétrécissement plus ou moins serré.

Lorsque l'*hydronéphrose est double*, la maladie ne peut être reconnue qu'autant que les tumeurs résultant de la dilatation des bassinets et des calices ont acquis des dimensions assez considérables pour être appréciées à la percussion des hypocondres et des lombes; ou bien au toucher lorsqu'elles débordent le bord libre des fausses côtes (Rayer). Les hydronéphroses doubles se rencontrent dans les affections utérines, dans les urétéro-pyérites doubles, mais encore sont-elles rares dans ces faits. Arnould (1) faisant la critique des observations les plus anciennes concernant les hydronéphroses consécutives aux calculs et aux tumeurs utérines, arrive à conclure que dans presque toutes il s'agit non d'hydronéphrose mais de pyonéphrose, ou tout au moins de pyélite catarrhale avec distension; nous avons dit plus haut les réserves qu'il fallait apporter à cette manière de voir.

L'*hydronéphrose congénitale* résulte d'un vice ou d'un arrêt de développement (absence, imperforation de l'uretère, sténose par calcul, par valvule, par insertion oblique, ou abouchements anormaux de l'uretère dans la vessie); on a cité aussi l'imperforation et l'oblitération consécutives aux lésions de l'uretère.

Les *kystes simples* du rein se reconnaîtront à leur fluctuation nette, leur volume moyen et leur disposition au niveau d'une extrémité qui permet d'explorer par le palper bimanuel les parties conservées de l'organe (observation de Le Dentu).

D. — TRAITEMENT DES COMPLICATIONS DE LA LITHIASE

1° **Colique néphrétique.** — Avant même que les coliques néphrétiques aient apparu, on peut être appelé à modérer les *douleurs* que fait naître sur place la présence des calculs dans le bassinets. L'opium, la morphine, agissent dans presque tous les cas, mais quelquefois les bains chauds prolongés suffisent à obtenir l'accalmie. Le Dentu dit avoir réussi avec l'antipyrine, alors que les narcotiques avaient échoué. L'usage de l'antipyrine ne devra pas être continué après les crises pour éviter l'augmentation de l'acide urique (A. Robin).

Lorsque les *coliques néphrétiques* apparaissent, la douleur est parfois si violente qu'il est impossible de la calmer. L'intolérance gastrique, s'opposant à l'ingestion des médicaments par l'estomac, on doit recourir aux lavements médicamenteux, mais, de préférence et sans délai, aux injections sous-cutanées de morphine, seule ou associée à l'atropine. Grisolle donnait l'extrait d'opium à doses très élevées variant de 20 à 40 centigrammes dans les vingt-quatre heures, suivant la susceptibilité du malade. Lorsque les crises se prolongent, on peut faciliter l'expulsion du calcul et diminuer la douleur en faisant inhaler du chloroforme à petites doses.

Si la lithiase rénale donne lieu à de trop fréquentes attaques de coliques néphrétiques, et que des complications inflammatoires soient à craindre, l'opération s'impose. Les erreurs de diagnostic étant possibles, puisqu'on a pratiqué des opérations sur des reins absolument normaux, il est indiqué de faire une

(1) E. ARNOULD. *Contribution à l'étude de l'hydronéphrose*. Thèse de Paris, 1881.

néphrotomie exploratrice. On ne doit pas trop attendre, car les opérations différées donnent des résultats moins satisfaisants. L'incision doit être faite sur le bord convexe du rein; cette pratique est bien supérieure à celle qui consiste à ouvrir le bassinets, la cicatrisation se fait mieux, la perte de sang est moins considérable, les calculs sont plus faciles à dégager.

2° **Pyélite, pyélonéphrite.** — Lorsque la pyélite est catarrhale ou muco-purulente et que le liquide s'écoule sans difficulté, on doit pratiquer le lavage du rein et des voies d'excrétion par des boissons très abondantes.

On complétera ce traitement par l'usage à l'intérieur du biborate de soude à la dose de 10, 12, 15 à 17 grammes dans les vingt-quatre heures (Terrier), ou de l'acide borique (Gaucher), ou mieux encore du benzoate de soude de 4 à 6 grammes par jour à condition de ne l'employer que pendant dix à douze jours consécutifs.

Si la poche se vide mal ou d'une façon intermittente, si le liquide est toujours trouble et dépose abondamment, il faut procéder à l'exploration du rein, pratiquer la néphrotomie, *aller à la recherche des calculs*. Quand au cours de l'opération, on reconnaît que l'uretère est rétréci, ou que le rein est profondément altéré et rempli d'abcès, on doit procéder à la néphrectomie.

Pour la plupart des chirurgiens cette dernière opération doit être réservée aux seuls faits où le rein malade est notoirement insuffisant et sans guérison possible. On ne doit, en tout cas, pratiquer la néphrectomie que lorsqu'on est renseigné sur l'état du rein opposé, ce que l'on peut tenter immédiatement avec quelques chances de succès par l'incision exploratrice (Guyon), ou le catéthérisme urétéral. Autrement, il est préférable, après avoir extrait les calculs et drainé les poches purulentes, de pratiquer une fistule lombaire en attendant qu'on soit renseigné sur le fonctionnement du rein supposé normal.

5° **Hydronéphrose, anurie.** — Ce sont les mêmes considérations qui doivent guider dans le traitement de l'hydronéphrose; on doit toujours redouter en effet que l'affection ne soit bilatérale aussi; donc, avant de tenter la néphrectomie, on devra s'assurer que la poche ne peut pas être évacuée par le cathétérisme urétéral. On se rendra compte en même temps si l'uretère est ou non perméable et si le rein doit être conservé.

L'opération idéale consisterait en effet à évacuer la poche de temps à autre, mais l'expérience démontre que les vastes cavités de l'hydronéphrose s'infectent à la longue soit de bas en haut, soit par la voie sanguine (P. Bazy) et créent de redoutables complications. Il est regrettable qu'on ne puisse maintenir le rein ouvert avec quelques chances de succès, car l'observation prouve qu'aussitôt l'obstacle levé et la décompression obtenue, le liquide sécrété par le rein se rapproche de plus en plus par sa composition de l'urine normale. Le fonctionnement du rein était donc simplement suspendu.

À l'hydronéphrose et à l'*atrophie du rein* sans distension, succède quelquefois, nous l'avons vu, l'*anurie* par oblitération de l'uretère du côté opposé. En présence d'une anurie calculeuse, il ne faut pas attendre que le gravier se déplace ou soit expulsé. Le moment où l'opération est dite *de choix* correspond au cinquième jour de l'anurie; on créera sans retard une fistule lombaire et l'on procédera à l'ablation du calcul avec ou sans urétérotomie (Legueu) (1). Les

(1) F. LEGUEU. *Des calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical*. Thèse de Paris, 1891.

succès obtenus par cette méthode sont des plus nets et des plus encourageants. Desmons et Pousson⁽¹⁾ conseillent de ne jamais attaquer le calcul directement à cause de la difficulté qu'il y a à déterminer la place qu'il occupe. La vraie méthode consiste à donner une voie d'échappement à l'urine, en amont du point obstrué, pour dégager le rein et rétablir la sécrétion urinaire, de pratiquer en somme la néphrotomie du bord convexe jusqu'au bassin. Comme les calculs s'arrêtent le plus souvent à l'embouchure de l'uretère ou à son extrémité supérieure, la néphrotomie deviendra souvent curative en permettant l'extraction du calcul. Les insuccès seraient dus à ce que l'on opère trop tard.

CHAPITRE XXIV

FILARIOSE RÉNALE — HÉMATOCHYLURIE

Définition. — L'hématochylurie est un symptôme caractérisé par l'émission d'urines renfermant les principaux éléments du chyle de la lymphe et du sang. L'urine peut être par intervalles simplement hématique ou chyleuse mais souvent elle est à la fois d'apparence laiteuse et rosée. Cette affection, aussi fréquente dans les régions tropicales que rare en Europe, est la traduction clinique des désordres provoqués par la *filare du sang*. L'hématochylurie peut s'observer isolément ou s'accompagner d'*ascite chyleuse*, d'*adéno-lymphocèle*, d'*abcès lymphatiques*, d'*éléphantiasis* et des autres manifestations de la filariose.

Ces affections ne doivent d'ailleurs pas être confondues avec la *filariose sous-cutanée* ou *draconculose* qui est due à un parasite tout différent, la filaire de Médine.

Historique. — L'hématochylurie semble avoir été anciennement observée dans les pays où elle est endémique, mais sa véritable nature a été longtemps méconnue. C'est ainsi que les anciennes dénominations de *pyurie lactée* (Savages, Vieussens), *diabète laiteux*, *pyurie caséuse* (Alibert), *galacturie*, *lacturie*, etc., correspondent à des erreurs d'interprétation.

Plus tard, les auteurs reconnurent la présence du chyle ou de la graisse dans l'urine, et Requin, le premier, employa le terme d'*urines chyleuses*. F. Martins, Pereira Rego et d'autres lui substituèrent la dénomination d'*urines graisseuses*. Bouchut, Martins Costa, Guimaraès, montrèrent que ces urines chyleuses contiennent en même temps une forte proportion d'albumine. Enfin Prout, en 1818, proposa le terme de *chylurie* que l'usage a consacré.

Cependant, l'ignorance la plus complète persista sur la nature même de la maladie jusqu'au moment où Wucherer (1866) découvrit à Bahia, dans les urines d'un malade atteint de chylurie, un grand nombre de petits vers filiformes

⁽¹⁾ DESMONS et POUSSON. Intervention chirurgicale dans l'anurie calculuse. *Ann. des mal. des org. gén. urin.*, 1894. — Voir également H. DURET. Sur les calculs ramifiés du rein et les opérations qui leur conviennent. *Ann. des mal. des org. gén. ur.*, 1897.

très mobiles qui n'étaient autres, on le démontra depuis, que des embryons de filaires ou *microfilaires* (Le Dantec)⁽¹⁾.

Ce parasite avait d'ailleurs été vu pour la première fois trois ans auparavant par Demarquay dans un cas d'*hydrocèle chyleuse*. A partir de ce moment, les observations se multiplient et la filaire de Wucherer est successivement décrite par Lewis, Salisbury, Crevaux, P. Manson, et un très grand nombre de médecins qui étudiaient l'hématochylurie à Calcutta, aux États-Unis, à la Guadeloupe, aux Indes, en Égypte, etc.

D'abord constatées dans le liquide de l'hydrocèle et dans l'urine chyleuse, les microfilaires furent reconnues dans le sang par Lewis (1872).

Cependant l'étude comparative de la filariose du chien (*filaria immitis*) montrait chez cet animal le parasite adulte à côté des œufs et des embryons. Aussi soupçonnait-on chez l'homme l'existence de la filaire adulte que Bancroft découvrit à Brisbane en Australie (1876), dans un *abcès lymphatique* du bras. Cet auteur trouva dans la cavité de l'abcès un ver ayant l'apparence d'un cheveu de 8 à 10 centimètres de longueur. Cobbold put le déterminer comme étant la femelle ayant atteint son complet développement. Cette constatation fut confirmée ensuite par beaucoup d'auteurs, dont plusieurs, Figueira de Saboia entre autres, rencontrèrent des filaires adultes dans le cœur et le système circulatoire.

Enfin P. Manson étudia complètement l'évolution de la filaire et sa migration dans le corps des moustiques. Plus tard, il montra que toutes les filaires embryonnaires du sang (*filaria sanguinis hominis*) de Lewis ne sont pas identiques, car elles donnent en se développant plusieurs formes adultes.

En 1895, Teissier essaya de prouver l'identité des filaires embryonnaires avec les embryons d'anguillules et rapporta l'observation d'un malade de la Guyane, d'après laquelle la filariose serait une affection d'origine intestinale. Mais tout récemment P. Manson (1900), dans une série de recherches, établit que les moustiques étaient non seulement indispensables au développement des embryons, mais encore qu'ils servaient d'agents de transmission de la maladie en les inoculant directement à l'homme.

Étiologie. — L'hématochylurie est sous la dépendance immédiate de la filariose. Elle reconnaît cependant un certain nombre de causes prédisposantes et occasionnelles, d'importance secondaire.

Elle s'observe à tous les âges, elle est assez fréquente chez les enfants et les jeunes gens, comme il est facile de s'en rendre compte par les observations recueillies en France sur des malades venant de pays où la filariose est endémique; plus fréquente peut-être chez les femmes, du moins au Brésil, bien que, dit-on, la grossesse soit un obstacle à l'apparition des accès.

Les accès sont particulièrement fréquents chez les créoles, ils sont plus rares chez les nègres et les Européens. Cette heureuse disposition ne va cependant pas jusqu'à l'immunité, puisque les Européens qui séjournent dans les pays où la filariose est endémique en sont assez souvent victimes.

⁽¹⁾ Consulter R. BLANCHARD. *Zoologie médicale*, t. II, p. 41. — A. LE DANTEC. *Précis de pathologie exotique*, 1900. — LANCEREAUX. *Anatomie pathologique*, t. I, 2^e partie, p. 701. — *Ibidem*, t. II, 2^e partie, p. 679. — *Clinique médicale*, 1894. — M. FONT. *Revista de ciencias med. de Barcelona*, p. 75-97, 1894. — GUYOT. *Arch. de méd. navale*, LVIII, p. 192, 1892, et LIX, p. 115, 1895. — P. MANSON. *Tropical diseases*, 1900. — GUIART. Les moustiques. Importance de leur rôle en médecine et en hygiène. *Annales d'hygiène et de méd. légale*, novembre 1900. — R. BLANCHARD. Transmission de la filariose par les moustiques. *Arch. de parasitologie*, 1900.