

SOMMAIRE

Médecine Interne

- Hypertension Artérielle Maligne chez un Sujet Ayant un Rein Hypoplasique ; Néphrectomie et Guérison.
..... S.P. AZIZI, A. RAFATE, MADJYDI 197

Neurologie

- Contribution à l'Étude du Signe de Babinski.
..... E. TCHÉHRAZI 209

Psychiatrie

- Traitement des Symptômes Dûs au Sevrage de l'Opiomanie par la Vitamine E.
..... H. DAVIDIAN 215

Gynécologie

- Un Cas de l'Arrhenoblastome Kystique de l'Ovaire.
..... J. S. SALEH 223

Ophthalmologie

- Stries Angioïdes de la Rétine.
..... G. CHAMS et G. SADOUGHI 231
- Rétinite de Coats.
..... G. CHAMS et G. SADOUGHI 235
- Neurovascularite Oblitérante de la Rétine.
..... G. CHAMS et G. SADOUGHI 239
- Kératodystrophie.
..... CHAMS et AMINI 243

**Hypertension Artérielle Maligne Chez Un Sujet
Ayant Un Rein Hypoplasique
Néphrectomie et Guérison**

S. P. AZIZI,¹ A. RAFÂTE,² MADJYDI,³

Récemment, certaines clartés sont jetées sur la genèse de l'hypertension artérielle à savoir le rôle joué par la coarctation de l'aorte, phéochromocytome et l'ischémie rénale (Lemierre, 1939) ; et actuellement nous sommes loin de cette période où avec le diagnostic d'une hypertension permanente, nous condamnions les malades et nous leur faisons subir de longs et pénibles traitements sans aucun espoir du succès.

L'ischémie rénale due à l'occlusion de l'artère rénale crée le syndrome dit de Goldblatt (1934), (Dorland et Corcoran 1941).

Si on doit tenir compte de toutes les conditions proposées pour le diagnostic du phénomène de Goldblatt appliqué chez l'homme (Freeman, 1938 et Houssay, 1942) et en particulier :

1) De la notion d'une hypertension définie.

2) De la présence d'une sténose de l'artère rénale ou d'un rein atrésié, le syndrome de Goldblatt doit être considéré comme un syndrome assez rare (Fabre, etc. 1951 référence).

Par contre, en se basant sur le sens général de la théorie de Goldblatt, les belles expériences de Trueta et de ses collaborateurs (1947) et la classification anatomo-clinique allemande du rein, nous devons admettre la fréquence de ce syndrome chez l'homme. Ainsi on peut

(1) Prof. de la 1ère Clinique Médicale de l'Université de Téhéran.

(2) Prof. Agr. de l'Université de Téhéran.

(3) Assistant.

rencontrer l'hypertension due à l'ischémie rénale dans beaucoup de circonstances telles que :

1) Causes vasculaires :

- a) Thrombose ou embolie (Lemierre 1932, Shea 1948).
- b) Sténose par artériosclérose (Blackman 1939, Stewart 1940) généralisée (Fahr 1942) ou unilatérale (Langeron).
- c) Périartérite noueuse (Herbut 1945).
- d) Malformations vasculaires et surtout l'atrésie (Iglesias, 1909).
- e) Compressions et causes de diverses origines qui évoquent nettement la pince artérielle de Goldblatt telles que tumeurs (Blatt 1939, Koons 1940), anévrisme du pédicule rénale (Molinier 1953), anévrisme de l'aorte (Hoffman 1942), une artérite syphilitique (Kemball Price 1948), et enfin récemment Levitt (1956) a publié un cas très curieux dû à l'irradiation des rayons X.

2) Causes rénales telles que pyélonéphrite, lithiase, néphrite ascendante, ptôse rénale et coudure de l'uretère (Leriche), torsion du rein (Riskind 1942) et l'atrésie d'un rein.

Betschger E de Zurich (1951) a fait une étude très poussée portant sur 3142 autopsies des malades atteints d'hypertension d'origine rénale. En ce qui concerne les rapports de l'hypertension et des affections rénales unilatérales, il a relevé 7,5% d'hypertension associée à une lésion rénale unilatérale et il conclut que c'est la proportion de malades susceptibles d'être influencés heureusement par une intervention sur le rein.

La pathogénie de l'hypertension due à l'ischémie rénale doit être attribuée à 1) l'une des sécrétions à partir du rein ischémié (Rénine etc.) 2) l'atteinte du rein sain due aux interventions neuro-hormonales complexes.

Cliniquement il n'y a aucun signe pathognomonique de l'hypertension due à l'ischémie. Récemment Milliez et ses collaborateurs, remuant la littérature à ce sujet estiment que dans 42% des cas des crises douloureuses lombo-abdominales précèdent l'hypertension.

Le diagnostic étiologique de cette hypertension se pose facilement grâce à : 1) l'élimination d'autres causes d'hypertension telle que

phéochromocytome, maladies endocrines, coarctation de l'aorte etc. 2) un rein presque exclu et a des maladies dites chirurgicales du rein après opacification urétéro-pyélographique. 3) Une néphrographie par pneumopéritoine qui est le procédé de choix pour mettre en évidence un rein poupée, etc.

L'évolution de cette hypertension dépend surtout de la durée de la maladie. L'obstruction de l'artère rénale comme l'a bien démontré Goldblatt; crée d'une part des lésions nécrosantes et sclérosantes étonnement analogues à l'hypertension maligne, d'autre part les lésions de ce rein si l'on peut dire contaminent le rein sain et écarte le succès évident d'une intervention salutaire par la néphrectomie du rein ischémié.

Quant à la néphrectomie, elle est diversement appréciée : certains auteurs trouvent que les résultats de l'intervention sont très médiocres (Sensenbach 5 guérisons sur 75 et Chasis 7 sur 76 et Milliez (1956) sur 21 cas publiés ont trouvé 6 morts et si l'on compte leur deux malades rapportés, le nombre d'échec monte à 35% : Référence) et d'autres pensent que le succès dépendra en partie de la qualité du rein sain, de la durée de l'hypertension et enfin de l'âge des malades. Ainsi Schaffer et Markowitz pensent qu'en opérant les malades dans leur prime jeunesse le succès est quasi constant (Boyd 1938, Polonovski 1955).

L'observation que nous rapportons malgré le retard de l'intervention et bien qu'il manque encore l'épreuve du temps a été couronnée de succès.

Ce jeune malade Moh. Ess. collegien de 15 ans originaire d'Azerbaïdjan et habitant de Shahy (Mazandran) est hospitalisé dans notre service pour céphalée tenace, toux, expectoration et adénopathie sous-maxillaire.

Il y a 13 jours ce malade a eu une angine suivie d'adénopathie et à part cet incident, on ne note aucune maladie dans ses antécédents.

Ses maux de tête ont débuté il y a 3 ans. A cette date son amaigrissement a commencé et la pollakiurie s'est installée en même temps.

A l'examen, c'est un malade de petite taille, maigre et apathique, il paraît anémique, et son visage est très ridé, (facies de hibou) et enfin ses testicules sont très petits.

Outre une grosse adénopathie douloureuse accompagnée de péria-

dénite et une microadénopathie généralisée nous constatons une tension artérielle de 21,5/16, et une tachycardie de 100.

Le 2^e bruit du cœur est éclatant; les artères fémorales étaient bien battantes avec l'oscillométrie normale aux mollets. A l'inspiration profonde la rate se laisse palper. Ailleurs nous n'avons trouvé aucun signe pathologique; toutefois en classe il est en retard sur les autres élèves à cause d'une amnésie (au dire du malade).

Les examens suivants furent pratiqués :

B.K. de crachats et BW du sang : négatifs.

Hémogramme : une légère hyperleucocytose avec une éosinophilie de 28^o/o (5500/ mm³).

Hématocrite : 38^o/o.

Fèces : œufs de tricocephale, ankylostome et oxyure.

Urines : 2 grammes d'albumine et chargées de 11 gr^o/o_o d'urée.

Urée sanguine : 0,40, Van Slyke 54^o/o.

Examen du fond de l'œil : normal.

Glycémie : 1 gr 10^o/o_o.

Test de régitine est négatif.

Radioscopie : la clarté pulmonaire est normale; le ventricule gauche légèrement hypertrophié.

Electrocardiographie : Tachycardie sinusale.

Biopsie ganglionnaire : Ganglion irrité.

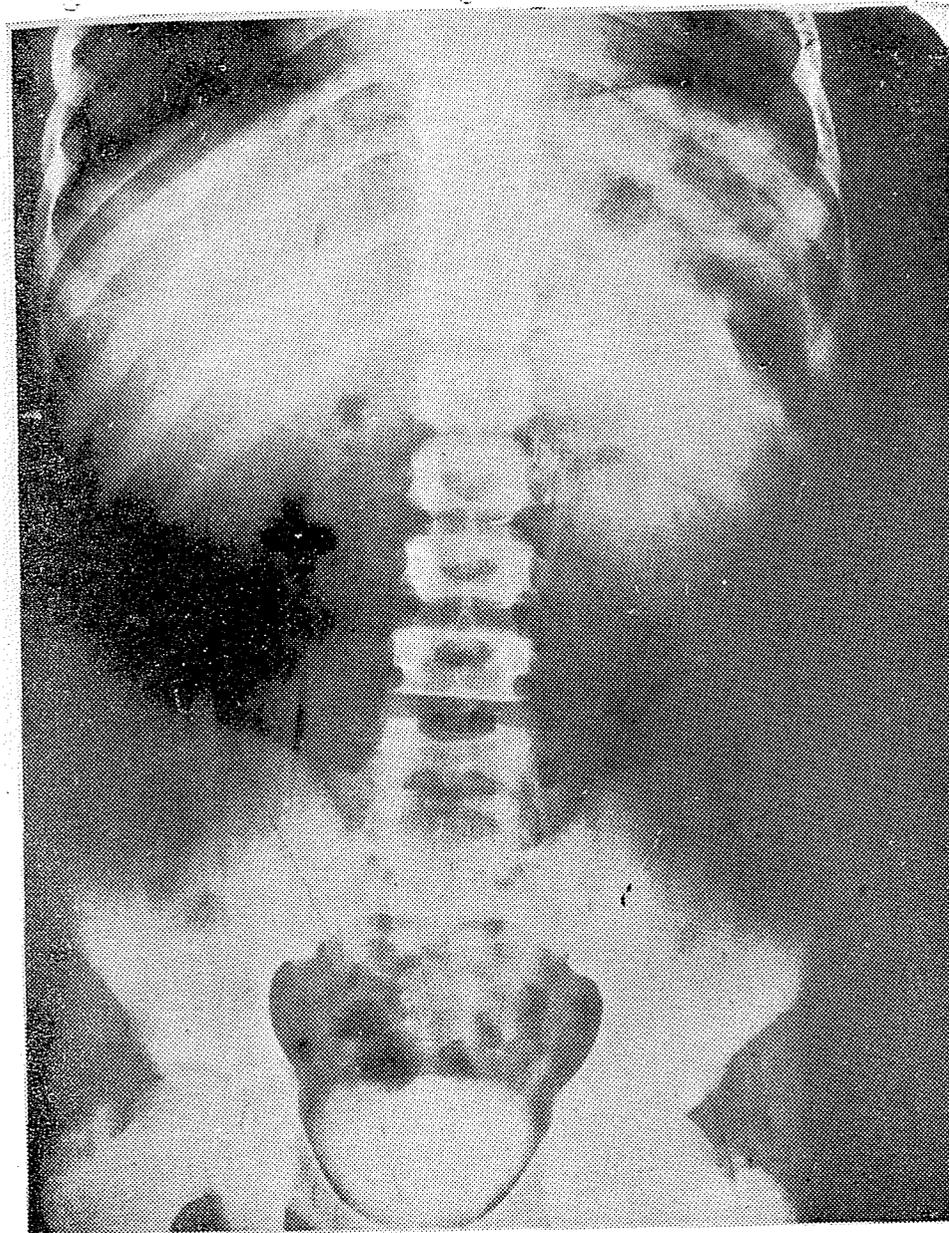
L'urographie intraveineuse a mis en évidence un rein droit très petit dans lequel se dessinent quelques taches indistinctes. Le rein gauche paraît normal. (Fig. No 1).

Au pneumorétropéritoine; le rein droit apparaît très hypoplasique et le rein gauche légèrement hypertrophique. (Fig. No 2)

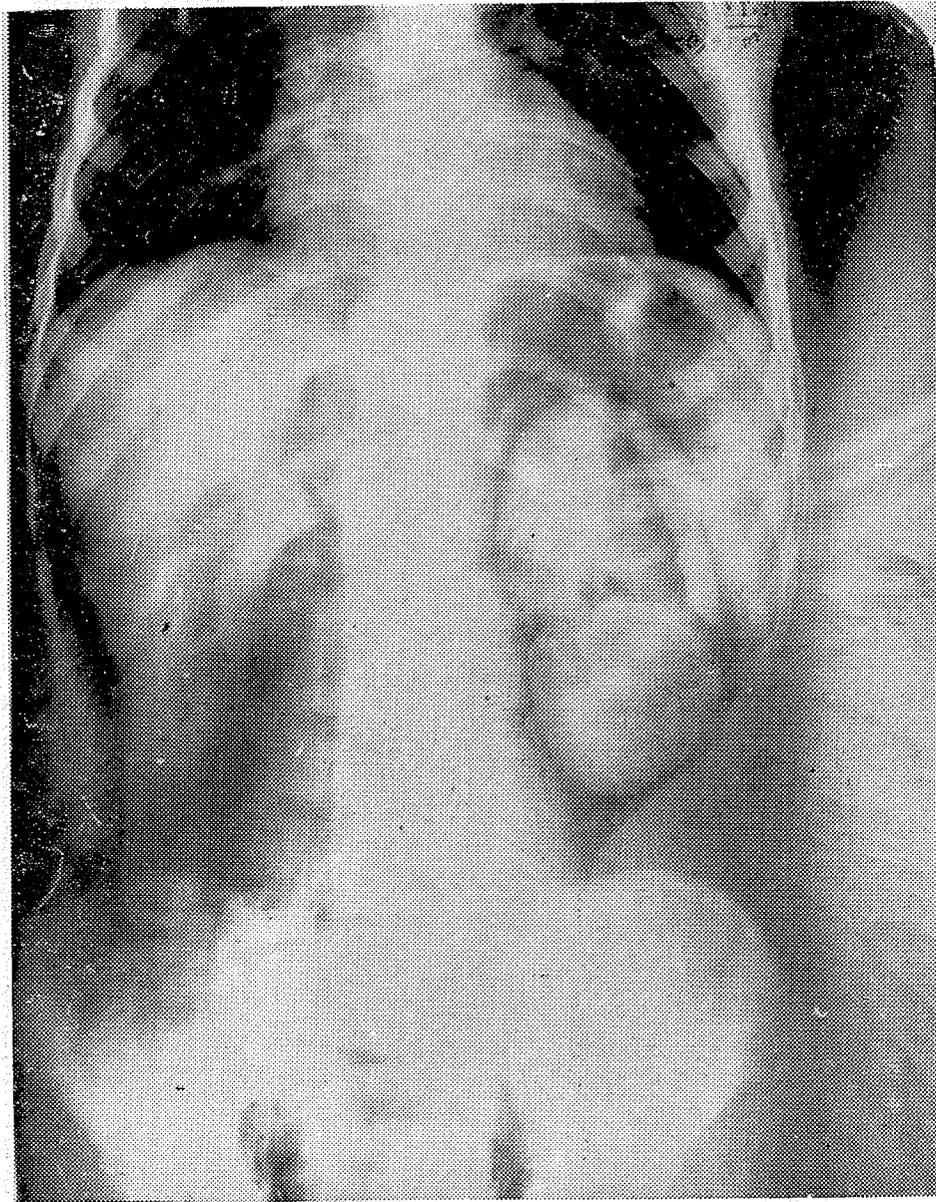
L'artériographie comme on peut le remarquer sur le cliché No 3 n'a pas été réussi par défaut technique.

Ainsi avec le diagnostic d'un rein hypoplasique nous avons demandé, aux professeurs Adle et Pézechkan l'ablation du rein droit. A l'intervention; l'artère rénale est apparue grêle, hypoplasique et l'ablation de ce rein a été suivie du curage de la glande surrénale droite.

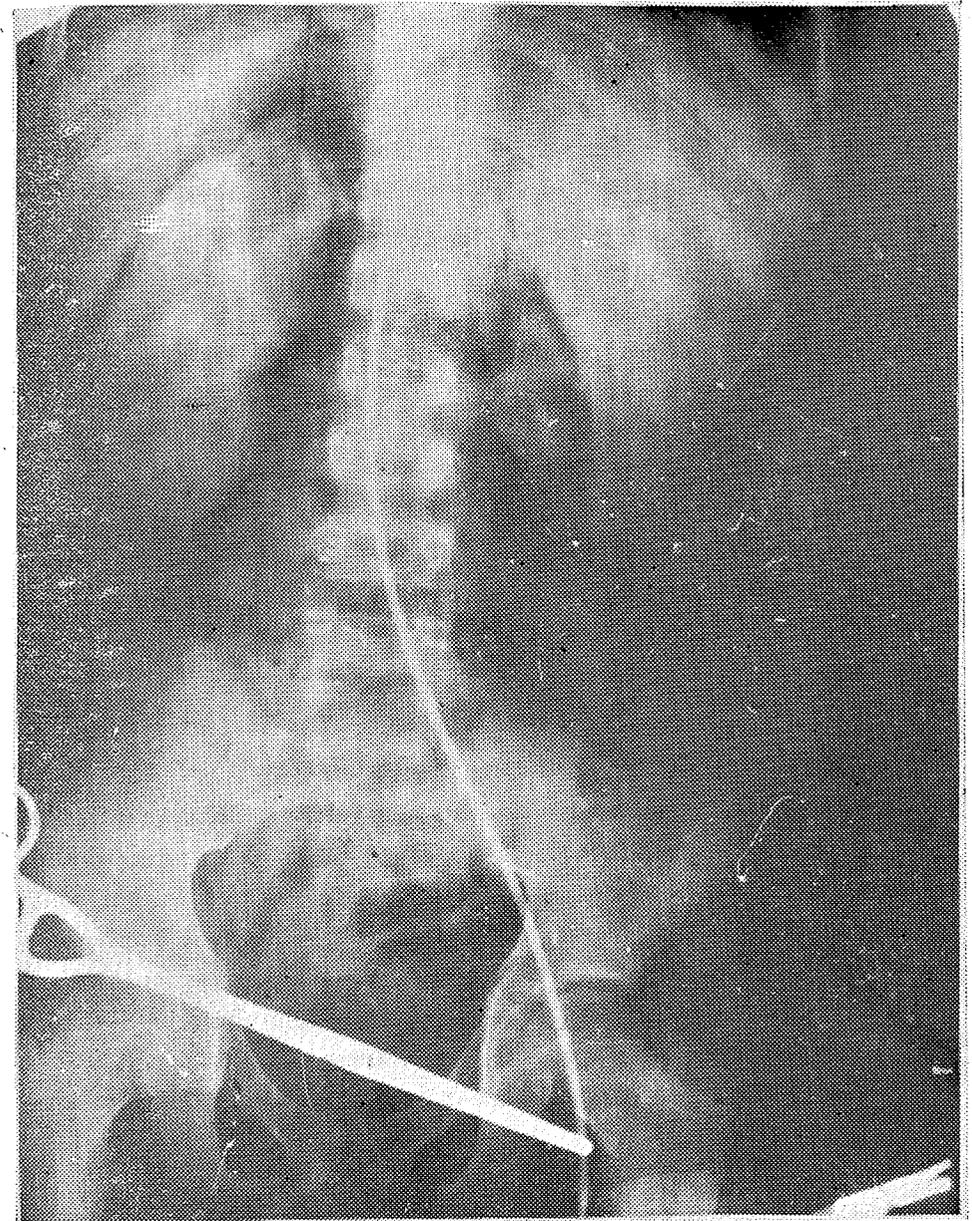
Examen anatomie-pathologique : (Prof. Armine).



No 1.- L'urographie intraveineuse



No. 2. - Pneumopéritoine



Cliché No 3

A) L'examen macroscopique du rein envoyé présente l'image d'un rein complètement atrophique, à dimensions suivantes : Longueur 4 cm 5, largeur du pôle supérieur 3 cm et du pôle inférieur 2 cm, et à la partie moyenne le rein a 1 cm 5 d'épaisseur. La capsule se détache facilement. La surface extérieure lobulée, rugueuse et granuleuse. Les grains fortement visibles et inégaux, et certains montrent une dimension de grains de mil de couleur brune dans certaines parties et dans d'autres de couleur rouge foncée.

L'uretère épaissi par rapport à la masse rénale ; et de consistance fibreuse. Le bassinnet fortement élargi, et à parois épaissies, (de 2 mm. d'épaisseur). La surface interne striée, rougeâtre et de consistance ressemblante à celle du cuir.

En section, les calices sont élargies et la couche corticale du rein est amincie, ayant seulement 4 mm d'épaisseur. Parmi des calices élargis les pyramides malpighiens ne sont pas reconnaissables. Une observation d'importance: L'artère rénale n'a qu'un millimètre et demi de diamètre.

B) L'examen microscopique présente les images suivantes : Le revêtement épithélial du bassinnet et du calice paraît desquamé dans certaines parties et on peut remarquer une sclérose intense au niveau du chorion. Au niveau de la portion médullaire, la plupart des tubules ont disparu par suite d'une sclérose intense et celles qui restent sont collabées. Dans la portion corticale les parties saines sont facilement reconnaissables et les portions lésées montrent un aspect rayonnant. Dans la portion lésée, les tubules ont disparu, les glomérules sclérosés, et les vaisseaux oblitérés par une sclérose intense.

Le tissu sclérosé est intensément infiltré par des cellules inflammatoires et on peut remarquer entre les portions ainsi lésées, les tubes, les glomérules et les interstices sains.

En résumé, il nous semble qu'il s'agit d'une lésion ayant l'aspect d'une néphrite interstitielle chronique ascendante.

Étude de la surrénale.

Les cellules glomérulaires ainsi que fasciculaires présentent un protoplasme clair et un noyau excentrique. Pas de lésions tumorales

et autre lésion spécifique.

Évolution : La tension artérielle est descendue d'abord à 15 et ensuite à 12, 5 et elle se maintient depuis 4 mois.

Avec la chute tensionnelle la pollakiurie et l'albuminurie ont disparu mais la tachycardie s'est maintenue aux environs de 105.

RÉSUMÉ

Après un court exposé sur l'hypertension artérielle due à l'ischémie rénale, les auteurs rapportent l'histoire d'un garçon de 15 ans atteint d'hypertension due à un rein droit hypoplasique. L'ablation de ce rein a été suivie de la chute tensionnelle.

SUMMARY

A short account of arterial hypertension due to renal ischaemia is given. The authors report a case of boy of 15 who was suffering from hypertension due to hypoplasia of one kidney. Removal of the diseased kidney was followed by the fall of his blood pressure to normal.

BIBLIOGRAPHIE

- Blackman S.- Arteriosclerosis and partial occlusion of main renal arteries in association with essential hypertension in man 1939. Bull. Johns Hopkins Hosp., novembre 65, 353-375.
- Blatt E. et Page I. H.-Hypertension and constriction of renal arteries in man 1939. Ann. Int. Med., 12, 1690-1699.
- Boyd C.H. et Lewis L.G.-Nephrectomy for arterial hypertension. 1938, Journ. Urology, 39, 627-635.
- Bretschger E.-La fréquence absolue et relative de l'hypertension d'origine rénale etc (Etude statique portant sur 3142 autopsies) 1951. Cardiologia, vol. 19 fasc. 3, p. 182.
- Corcoran A.G. et Page I. -Renal aspects of experimental and clinical hypertension 1941. Journ. Lab. Clin. Med., août 26, 1713-1728.
- Dorland.- The american illustrated medical dictionary. Saunders 21^{er} édit.
- Fabre J. et Lenegre J. hypertension artérielle type Goldblatt chez l'homme

- 1951 Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 67, 1297-1308.
- Fahr T.- Zur Frage der renalen Hypertonie 1942. Dtsch. Arch. klin. Med. 6, 188, 473-479.
- Fahr T.- Die Funktionsbehinderung der Niere als hemmendes Moment bei der Entwicklung von Glomerulonephritis und maligner Nephrosklerose 1943. Dtsch. Arch. klin. Med. 191, 52-59.
- Freeman G. et Hartley G.- Hypertension in a patient with a solitary ischemic kidney 1938. J.A.M.A., 24 111, 1159-1162.
- Goldblatt etc.- Origine rénale de l'hypertension artérielle. 1947 27 : 120-165 Physiol Rev.
- Goldblatt H.- Experimental renal hypertension 1948. Am. Journ. Med., 4, 100-119.
- Goldblatt H., Lynch J., Hanzal R.F. et Summerville W.W.- Studies on experimental hypertension 1934. Journ. exper. 59, 347-379.
- Herbut P.A. et Price A. H.- Periarteritis nodosa producing aneurysm of the renal arteries and hypertension 1945 Arch. Path., 39, 274-278.
- Hoffman B.J.- Renal ischemia produced by aneurysm of abdominal aorta. J.A.M.A., 1942, 120, 1028-1030.
- Houssay B.A. et Braun-Menendez E.- The renin in experimental hypertension 1942 Brit. med. Journ. 2, 179-181.
- Iglesias- Anomalies vasculaires du rein 1909 Thèse. Paris.
- Kemball Price R. et Skelton R. - Hypertension due to syphilitic occlusion of main renal arteries 1948. Brit. Heart Journ. 10, 29-33.
- Koons K.M. et Ruch M.W.- Hypertension in a seven year old girl with Wilm's tumor relieved by nephrectomy 1940, J.A.M.A., 115, 1097-1098.
- Langeron L., Delattre A., Nolf V. et Fruchart G.- Hypertension artérielle progressive au cours d'une aortite. Rôle de l'ischémie rénale par atrésie des orifices aortiques des artères rénales 1952. J. Urologie. 58, 272-282.
- Lemierre A., Laudat M. et Laporte A.- Etude de l'azotémie, de la chlorémie et de la sécrétion urinaire dans un cas d'infarctus rénal 1932. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, 48, 1224-1236.
- Leriche R.- Fréquence de la ptose rénale et des coudures de l'uretère dans l'hypertension sans signes rénaux. 1944 Ann. Endoc., 5, 158.
- Levitt W.M. etc.- Irradiation-induced, malignant hypertension: Cured by nephrectomy. 1956, Brit. Med. J. Oct. 20, 910.
- Milliez P., Laroche C. et Lhermitte F.- Considérations sur l'hypertension artérielle, 1948, Sem. des Hôp., 14 juillet 24, 1731-1739.
- Milliez etc.- Hypertension artérielle juvénile maligne. Rein droit aplastique, néphrectomie droite. Obstruction de l'artère rénale gauche. Mort.

1956. Sem. Hôp. Paris 1362, Sp. 118.
- Molinier etc.- Hypertension artérielle de type Goldblatt consécutive à une blessure de guerre 1953. B.S.M.H. Paris 944.
- Polonovski C.- Pronostic et indication de la néphrectomie unilatérale pour hypertension. 1955 Sem. Hôp. Paris N 22, p 1284.
- Riskind L.A. et Greene H.H.-Renal torsion with ischemia causing hypertension 1942 J.A.M.A., 119, 1016-1017.
- Shea J.D., Schwartz J.W. et Koblak (R.E.)- Thrombosis of the left renal artery with hypertension. Journ. Urology 1948, 59, 302-306.
- Stewart G.F.- Arteriosclerosis of the renal artery orifices with severe hypertension 1940, J.A.M.A. 25 mai 114, 2099-2101.
- Trueta J. et Collab.- Studies of the renal circulation, Blackwell 1947 ed, Oxford.