

plies; le poids des matières recueillies fut de 2 920 grammes, et leur volume 2 700 centimètres cubes.

Lorsque le kyste fut bien vidé, je retirai la membrane mère, avec peine, par lambeaux : il ne restait plus qu'une vaste poche, qui s'étendait depuis le diaphragme jusqu'à l'ombilic.

Je la fermai *complètement* par plusieurs points isolés de catgut, sans mettre de drain dans la cavité. Je n'avais pas vu le rein, je ne savais rien des rapports du rein et de la poche, aussi ai-je cru plus prudent de laisser deux drains à la surface de la poche, à son contact, et je refermai la plaie superficielle sauf au niveau du passage des drains.

L'opération dura trente-cinq minutes.

Les suites se passèrent sans incident; le lendemain et les jours suivants, les urines furent peu abondantes et un peu teintées de sang. Il n'y eut pas de fièvre; la plaie se réunit par première intention. Je prolongeai par prudence le maintien des drains pendant dix jours et il se développa un peu d'infection à leur contact.

Le malade quitta l'hôpital au bout de trois semaines : la plaie était fermée, sauf au niveau du drain, où il y avait encore un petit suintement superficiel. On ne sentait plus la poche au niveau de l'hypo-chondre. Les urines étaient claires, et l'état général excellent.

J'ai revu le malade le 6 novembre dernier (1901) : il est dans un excellent état : ses urines sont limpides, il a engraisé de 30 livres depuis l'opération.

IV

DES FORMES COMMUNES DE LA TUBERCULOSE RÉNALE ET DES INDICATIONS DE LA NÉPHRECTOMIE¹

- I. Deux observations de tuberculose rénale, l'une primitive, l'autre secondaire avec néphrectomie.
- II. Diagnostic de la tuberculose rénale; conditions différentes suivant : 1° qu'il n'y a pas de cystite, ou 2° qu'il y a cystite. Utilité du cathétérisme de l'uretère.
- III. La néphrostomie est le traitement d'exception; la néphrectomie est l'opération de choix à faire pour les tuberculoses qui progressent, qui font maigrir, qui saignent ou qui sont douloureuses. Ni la tuberculose vésicale, ni la tuberculose pulmonaire ne sont des contre-indications à la néphrectomie.

MESSIEURS,

Deux fois, à huit jours d'intervalle, j'ai eu à opérer devant vous par la néphrectomie, des malades atteints de tuberculose rénale; deux autres malades sont encore en traitement dans nos salles, et attendent pour la même affection un pareil traitement. Je veux profiter de cette occasion pour vous parler aujourd'hui de la tuberculose rénale; je veux surtout m'en tenir à des faits communs, d'observation vulgaire, et les envisageant exclusivement au point de vue clinique vous exposer comment on peut reconnaître habituellement une tuberculose rénale, et quand il faut la traiter par la néphrectomie.

I

Voici tout d'abord l'observation résumée des deux malades que j'ai opérés et qui sont déjà guéris.

La première malade est cette femme âgée de vingt-six ans, domestique, couchée au n° 15 de la salle Notre-Dame; elle était déjà dans le service quand je l'ai pris le 1^{er} mars.

Il y a quatre ans, en 1897 par conséquent, cette femme qui jusque-là n'avait présenté aucune manifestation tuberculeuse, entra au mois de

1. Leçon clinique, recueillie par M. Digne, interne du service.

mars à l'hôpital Broussais dans le service de mon collègue et ami Michaux, pour une tumeur blanche du poignet gauche. C'est pendant son séjour à l'hôpital qu'elle présenta pour la première fois des phénomènes de cystite; on institua un traitement approprié : injections de nitrate d'argent, et balsamiques à l'intérieur. Au bout de huit jours, les douleurs avaient disparu, seule la pollakiurie persistait. Au mois de mai, la malade quitta l'hôpital en apparence guérie, et retourna dans son pays.

Pendant les quatre années qui suivirent, la santé fut meilleure, l'état général était bon, mais du côté de la vessie il y avait encore de temps en temps des douleurs, les mictions étaient fréquentes, les urines troubles. Mais ces symptômes étaient si atténués ou si intermittents, que notre malade se croyait presque guérie; elle revint à Paris pour se placer comme domestique. Ceci se passait au mois d'août 1900.

Au mois de décembre dernier, de nouveaux phénomènes se produisirent, qui imprimèrent à la maladie une marche toute particulière. La malade fut prise à ce moment d'une violente douleur dans le côté droit, elle fut forcée d'interrompre son travail et de s'aliter : la crise dura douze heures, pendant lesquelles il y eut des vomissements, de la fièvre; les urines furent sanglantes et le restèrent jusqu'à la fin du mois. Cependant la douleur se calma; mais la malade resta faible, abattue, avec des urines troubles et sanglantes, des besoins fréquents, des mictions douloureuses. C'est alors qu'elle entra à la clinique de l'Hôtel-Dieu.

Lorsque je pris ce service, le 1^{er} mars dernier, je trouvai cette femme dans un état de cachexie avancé. Maigre, pâle, avec de la fièvre chaque soir, elle ne mangeait plus, et maigrissait à vue d'œil. Elle urinait toutes les dix minutes et chaque miction provoquait des douleurs intolérables. A l'exploration, la vessie était très douloureuse au toucher et à la distension : on ne pouvait à peine y introduire 20 à 30 grammes de liquide sans provoquer une crise de douleurs.

En outre, je constatai à droite une tuméfaction rénale des plus nettes : le rein droit était très augmenté de volume et débordait les fausses côtes de deux à trois travers de doigts.

L'uretère de ce côté était également atteint; par le toucher vaginal, je sentais dans le cul-de-sac latéral droit une induration caractéristique : l'uretère était dur, augmenté de volume et douloureux. Le rein gauche, au contraire, n'était pas sensible à la palpation.

Je portai chez cette malade le diagnostic suivant : *cystite tuberculeuse avec tuberculose ascendante urétéro-rénale à droite*.

Je disais : *tuberculose*, malgré que la recherche du bacille dans les urines n'ait rien donné; il n'y avait comme microbes que du streptococque, ainsi qu'il résulte des recherches faites consciencieusement par M. Lebarbier, interne en pharmacie du service. C'est que le bacille fait souvent défaut dans les urines tuberculeuses, on ne le trouve que difficilement, et on ne peut se baser sur son absence pour contester la nature bacillaire d'une cystite. Mais cette femme avait des antécédents tuberculeux assez nets, l'affection avait débuté en 1897 en même temps qu'une tuberculose carpienne, et nous devons tenir compte de cette circonstance.

Je disais : *tuberculose vésicale primitive* et *tuberculose rénale secondaire*, parce que la vessie était très atteinte et depuis très longtemps (quatre ans), parce que l'uretère me semblait bien gros pour un rein relativement peu atteint, parce que, enfin, les phénomènes rénaux ne dataient que de quelques semaines.

Ce diagnostic a été confirmé par l'opération. Il y a trois semaines, j'ai pratiqué chez cette malade la néphrectomie après avoir pris les précautions nécessaires pour m'assurer de l'intégrité de l'autre rein, et j'ai pu constater directement l'existence d'une tuberculose rénale avec urétérite : le rein était gros; à la section, on le voyait criblé de tubercules; il y avait une caverne ulcérée à la partie inférieure, enfin le bassinnet était rempli de pus.

L'examen histologique, pratiqué par M. Cornil, a confirmé également mon diagnostic de tuberculose rénale secondaire. Les lésions tuberculeuses prédominaient dans l'uretère et le bassinnet; dans le rein, elles étaient localisées aux papilles; dans le reste de l'organe, il n'y avait que des lésions banales de néphrite diffuse.

Cette femme est aujourd'hui guérie de l'opération, et elle est déjà absolument transformée. Elle mange, elle engraisse, elle est apyrétique; et bien qu'elle conserve encore sa tuberculose vésicale, elle a déjà retiré de l'opération que je lui ai faite un bénéfice considérable.

Voici maintenant l'observation d'un autre malade : il s'agit, ici au contraire, d'une *tuberculose rénale primitive avec infection secondaire de la vessie*.

C'est cet homme de trente-cinq ans, couché, au n° 10 de la salle Saint-Landry, exerçant la profession de maçon, que j'ai fait entrer à l'hôpital le 4 mars dernier pour lui faire l'ablation du rein gauche.

La maladie datait d'un an environ. L'année dernière, au mois de

février, il s'aperçut qu'il urinait beaucoup plus souvent qu'auparavant ; les mictions devinrent de plus en plus fréquentes, et il en vint bientôt à uriner cinq ou six fois par heure. Les mictions n'étaient pourtant pas douloureuses, mais il y avait déjà du pus dans les urines.

Cet homme vivait à la campagne. Son médecin lui fit prendre des capsules de térébenthine et des balsamiques.

Son état continuait à s'aggraver. Désespéré, le malade vint me trouver, à Paris, au mois d'octobre.

Je constatai chez lui une cystite tuberculeuse avec intégrité de la prostate et des vésicules : je soupçonnais la tuberculose avant la recherche des bacilles, parce que ce malade n'avait jamais eu de blennorragie et qu'il avait une de ces cystites spontanées, qui presque toujours relèvent de la tuberculose, ainsi que mon maître Guyon nous l'a depuis longtemps appris. Je ne trouvai à ce moment aucun signe objectif du côté des reins, mais je soupçonnai cependant une infection primitive du rein, je voulus faire le cathétérisme de l'uretère. Mais le malade était venu en passant, il devait repartir : je prescrivis un traitement intravésical et des instillations de sublimé, qu'il devait faire lui-même, et je lui demandai de venir me revoir dans trois ou quatre mois.

Il fut amélioré très sensiblement par ce traitement, mais il ne fut qu'amélioré. Et lorsqu'il revint me revoir, au mois de février, il souffrait du rein gauche ; ce rein était devenu appréciable au palper ; en outre, ce malade avait beaucoup maigri, bien que sa cystite se fût sensiblement améliorée, que ses besoins fussent moins fréquents et ses douleurs moins vives.

Je pouvais dès lors confirmer mes impressions premières ; derrière la vessie, qui avait paru se rendre la première, il y avait ici une tuberculose rénale. Je pensai que la tuberculose rénale était primitive, parce que la vessie était peu malade, sa sensibilité à la distension allait jusqu'à 60 et 80 grammes ; parce que le rein était vite devenu appréciable, alors que la maladie ne datait que de quelques mois.

Après tout, ce n'étaient là que des suppositions : cependant l'opération les a confirmées. J'ai surveillé pendant quelques semaines ce malade, j'ai étudié surtout le fonctionnement du rein sain, et lorsque je fis la néphrectomie lombaire, le 10 mars, je tombai sur un rein énorme, complètement détruit, creusé de cavernes multiples, alors que l'uretère était à peine épaissi ou modifié dans sa consistance (fig. 41). Je

l'enlevai : le malade a guéri, il a quitté l'hôpital le 11 avril, et comme la première malade, il a lui aussi très rapidement bénéficié de l'opération ; il a notablement engraisé depuis l'opération, et nous pouvons espérer que le résultat thérapeutique s'améliorera encore beaucoup dans la suite.

Je pense même que la néphrectomie nous donnera, chez ce malade, de bien meilleurs résultats que chez l'autre. En effet, il s'agit ici d'une

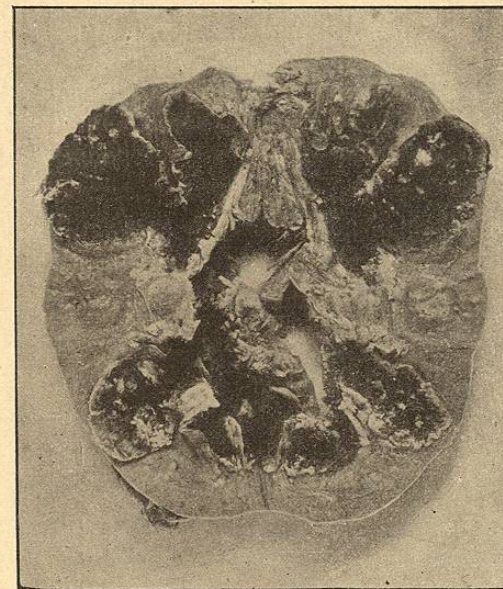


Fig. 41. — Rein tuberculeux ouvert et étalé : pièce de néphrectomie (salle Saint-Landry, n° 10) ; on voit à droite et à gauche de grandes cavernes dans la substance corticale.

tuberculose rénale primitive, sans grande extension, et qui à ce titre peut, comme toutes les tuberculoses locales, guérir complètement par le traitement chirurgical.

Telles sont, Messieurs, les deux observations que je voulais d'abord vous soumettre.

Vous y voyez au point de vue anatomique, la démonstration des deux modes suivant lesquels le rein peut recevoir le bacille de Koch : infection ascendante par la voie urétérale, et infection descendante par la voie sanguine.

Vous y trouvez aussi, au point de vue clinique, les deux cir-