

constances principales dans lesquelles se présente le diagnostic de la tuberculose rénale, et les incertitudes, les difficultés avec lesquelles il nous met aux prises. Vous y voyez enfin l'influence immédiatement heureuse d'une opération radicale, la néphrectomie. Je voudrais maintenant revenir un peu sur quelques-uns de ces points.

II

Les malades atteints de tuberculose rénale se présentent à nous dans deux circonstances différentes : *les uns n'ont pas de cystite, les autres au contraire, ont des symptômes de cystite très accusés* ; et dans chacun de ces cas, les difficultés du diagnostic ne sont plus les mêmes.

1° Prenons d'abord le premier cas : *il n'y a pas de cystite*, les symptômes attirent l'attention du côté du rein seul, la vessie n'est pas en cause. Ainsi tel malade vient à l'hôpital, parce que depuis quelque temps il a remarqué que ses urines sont troubles ; ou bien encore il se plaint de douleurs plus ou moins vives dans le côté, quelquefois véritables coliques revenant par crises ; ou bien enfin, il accuse une tuméfaction dans la région lombaire, une tumeur rénale.

Modifications des urines, douleurs ou tumeurs rénales, ce sont à peu près les seules choses que l'on constate. Mais avec cela, il n'y a pas ces besoins fréquents, ces mictions douloureuses qui avec la pyurie traduisent la cystite, de telle sorte que tout de suite l'attention est fixée du côté du rein.

Les urines sont toujours modifiées au cours de la tuberculose rénale ; parmi ces modifications, la plus fréquente, celle qui ne manque jamais, c'est la pyurie ; cette pyurie a des caractères particuliers : elle est spontanée, constante et durable (Guyon). Elle apparaît sans qu'aucune cause appréciable l'ait déterminée, et rien ne peut expliquer son apparition.

On retrouvera difficilement dans les urines le bacille de Koch ; il faut le rechercher dans le dépôt purulent par la centrifugation, et faire des examens répétés. Cette recherche d'ailleurs est difficile, délicate et laborieuse ; les résultats sont le plus souvent négatifs. Il est préférable d'avoir recours à l'inoculation au cobaye qui mieux que l'examen bactériologique pourra fixer le diagnostic.

On peut constater également dans les urines *la présence du sang*.

Mais les hématuries au cours de la tuberculose rénale sont ordinairement rares et discrètes. A peine remarque-t-on dans les urines un filet de sang de temps en temps. Il existe, il est vrai, des tuberculoses rénales s'accompagnant d'hémorragies considérables, hémorragies répétées, durant des mois, et anémiant le malade. Ces formes hématuriques signalées par Czerny, Tuffier, Pousson et Routier sont en somme assez rares. Nous n'en parlerons pas ici : je m'en tiens aux formes communes.

D'autres phénomènes peuvent également attirer l'attention sur la lésion rénale : ce sont les douleurs, très variables comme durée et comme intensité. Tantôt le malade ne se plaint que d'une sensation de fatigue avec élancements dans un côté ; tantôt, au contraire, il est sujet à des douleurs intolérables, véritables crises de colique néphrétique auxquelles il ne manque que le calcul.

Il est d'autres malades enfin, qui tout au début de leur affection présentent une tumeur rénale plus ou moins nette, et chez ces malades on constate en même temps un dépôt purulent dans les urines. Tel est le cas d'une malade que j'opérai l'an dernier à l'hôpital Saint-Louis. Cette malade avait des urines purulentes depuis huit mois et se plaignait de vives douleurs dans le côté droit. L'exploration du rein du même côté permettait de constater que cet organe était abaissé, augmenté de volume et douloureux : il n'y avait aucun symptôme de cystite. Je diagnostiquai une tuberculose rénale de ce côté et je pratiquai la néphrectomie. Je trouvai dans le rein un seul noyau caséux développé dans l'extrémité inférieure ; ce noyau caséux avait déterminé une perinéphrite d'où était résultée la fixation du rein dans la situation basse qu'il occupait (fig. 42).

Voilà un exemple de tuberculose rénale sans cystite. La tumeur indiquait ici avec les douleurs, la localisation du côté. Mais en l'absence de la tumeur ou de la douleur, lorsqu'il y a seulement de la pyurie avec des urines parfois sanglantes, c'est au cathétérisme urétéral seul qu'il appartient de fournir la notion du côté malade.

C'est ainsi que chez une malade couchée au n° 2 de la salle Notre-

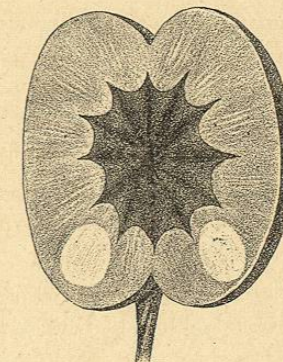


Fig. 42. — Noyau caséux unique, développé dans un rein ectopie. Pièce de néphrectomie (Legueu).

Dame, j'ai dû recourir au cathétérisme urétéral : avec un rein mobile à droite, il y avait des urines troubles et parfois sanglantes. Le bacille de Koch fut retrouvé dans les urines : la vessie était saine. Il y avait donc un rein malade, mais lequel ? Était-ce le droit ou le gauche ? La malade n'accusait aucune douleur prédominante d'un côté ou de l'autre. J'ai fait le cathétérisme urétéral à droite, et j'ai constaté que le rein droit était seul malade, alors que le gauche était indemne. Je lui ferai bientôt la néphrectomie.

2° Tout autres sont les conditions du diagnostic de la tuberculose rénale, lorsqu'il y a une cystite. Le malade vient se plaindre à nous de symptômes qui traduisent l'infection seule de la vessie, besoins fréquents, mictions douloureuses, pyurie ; et c'est derrière ces manifestations exclusivement vésicales, qu'il faut savoir soupçonner, rechercher et découvrir la lésion tuberculeuse du rein.

La difficulté est d'autant plus sérieuse, que la tuberculose rénale peut à elle seule donner par voie réflexe des symptômes vésicaux, sans qu'il y ait, à proprement parler cystite ; la douleur, la fréquence des mictions sont produites par le rein tuberculeux, qui met en jeu le réflexe réno-vésical, le pus qui vient du rein semble venir de la vessie : on a donc l'illusion parfaite d'une cystite, alors que la vessie est indemne ou à peu près. Et il n'est pas douteux que bien des malades sont souvent soignés pour de la tuberculose vésicale, qui n'ont qu'une tuberculose rénale au début. Chez eux cependant, vous serez frappés, comme je l'ai été sur le malade qui fait le sujet de la seconde observation, par ce fait qu'il n'y a pas corrélation entre les phénomènes subjectifs et les symptômes objectifs présentés par les malades : la vessie n'est pas douloureuse au toucher, elle n'a pas une sensibilité très accentuée à la distension, et cette discordance, quand vous la constaterez, devra toujours vous amener à chercher du côté du rein la localisation morbide principale, sinon exclusive.

Il est pourtant des cas où la cystite existe réellement, comme chez notre première malade. Comment alors reconnaître la tuberculose rénale ? On pourra déjà la soupçonner, s'il y a du côté du rein des douleurs, comme chez nos deux malades, si le rein est gros ; on pourra presque l'affirmer, si on sent l'uretère épaissi, induré. Puis le cathétérisme de l'uretère intervient alors pour confirmer les suppositions de la clinique et les changer en certitude. La cystoscopie montre déjà des lésions prédominantes au niveau de l'orifice urétéral, qui est tuméfié, œdémateux ; le cathétérisme de l'uretère mon-

trera la différence de composition des urines fournies par les deux reins avec d'un côté du pus, des bacilles, de l'autre une urine plus ou moins normale.

Ce cathétérisme de l'uretère est d'ailleurs toujours utile, même dans les cas où le diagnostic n'est pas douteux, pour préciser la valeur fonctionnelle de l'autre rein et fournir à la détermination des indications de la néphrectomie, un élément capital. Il est le seul qui permette d'avoir une sécurité absolue par rapport à la valeur fonctionnelle de l'autre rein. Mais souvent des obstacles s'opposent à sa réalisation, et tout en reconnaissant la valeur indiscutable de ce moyen d'exploration, je dois avouer qu'il y a des cas où il faut savoir s'en passer. Chez la femme de la salle Notre-Dame, le cathétérisme fut rendu impossible par l'état de la vessie, celle-ci était très sensible, ne se laissait pas distendre assez et les tentatives que l'on faisait dans ce sens n'avaient d'autre effet que de provoquer un saignement qui obscurcissait le champ visuel. Chez notre homme de la salle Saint-Landry, au contraire, la vessie m'a permis d'aborder l'uretère gauche, mais la sonde s'arrêta à quelques centimètres de la vessie, jamais je ne pus aller plus loin, même en changeant de sonde, et comme je préférerais ne pas cathétériser l'uretère droit, j'ai dû ici me passer des ressources que cette exploration devait me procurer.

Pour apprécier la valeur du rein sain, j'en étais réduit à recourir à d'autres moyens de moindre valeur ; je me contentai d'étudier l'analyse des urines totales, de faire l'épreuve du bleu de méthylène suivant la méthode de Achard et de Castaigne, j'ai fait faire enfin la cryoscopie des urines. Ces différents moyens sont loin d'avoir la rigoureuse précision du cathétérisme de l'uretère, c'est un fait sur lequel je reviendrai. Mais ils m'ont permis, dans l'un et l'autre de ces cas, de penser que l'autre rein était sain, et l'événement a confirmé ce diagnostic.

III

J'en arrive maintenant à la sanction du diagnostic, c'est-à-dire au traitement. Voici une tuberculose rénale reconnue et vérifiée, quel traitement convient-il de lui opposer ?

Les moyens dont nous disposons ne sont pas nombreux ; entre le traitement médical, c'est-à-dire général, et la néphrectomie, il n'y a pour ainsi dire pas d'intermédiaire. La néphrotomie en effet n'est

qu'une méthode palliative, qui ouvre le rein sans l'enlever et qui laisse en place le foyer principal : elle ne convient d'ailleurs qu'aux tuberculoses avec rétention, alors que l'autre rein est lui-même atteint ou assez altéré pour rendre la néphrectomie impraticable. Mais en aucun cas, la néphrotomie ne peut être opposée à la néphrectomie.

Celle-ci au contraire, me paraît être le traitement de choix de la tuberculose rénale, sous certaines réserves que j'indiquerai plus loin. La néphrectomie est légitimée par l'évolution extensive de la tuberculose rénale ; en effet, à partir du moment où le rein est atteint, les bacilles envahissent peu à peu tout l'appareil urinaire. Du rein, ils descendent par l'uretère à la vessie ; de la vessie, ils remontent vers l'autre rein, et dans un délai souvent très court, on assiste à cette extension presque régulière. Cette règle comporte cependant quelques exceptions : j'ai vu des tuberculoses rénales guéries ; j'ai vu deux fois au moins, à l'autopsie, des reins anciennement tuberculeux qui avaient guéri par transformation lipomateuse et oblitération de l'uretère. Ces faits, malheureusement sont exceptionnels, ils montrent seulement que la tuberculose rénale peut guérir, mais ils n'infirmement pas cette règle : que la tuberculose rénale, abandonnée à elle-même, progresse et s'étend.

La néphrectomie est encore légitimée par l'altération grave que la tuberculose rénale imprime à la santé, à l'état général. La vessie longtemps peut rester malade sans que ses lésions retentissent à distance, mais il en va tout autrement pour le rein : dès qu'il est envahi par la tuberculose, les malades commencent à maigrir, ils ne mangent plus, ils dépérissent et marchent vite vers la cachexie.

Mais je ne veux pas cependant, poser en principe l'indication de la néphrectomie dans toute tuberculose rénale reconnue unilatérale ; je suis des malades depuis des années, qui sont atteints de tuberculose rénale, se soignent minutieusement et se défendent encore contre leurs lésions. Je n'oserais pas dire qu'ils sont guéris, mais il n'y a chez eux ni progression, ni extension, et la néphrectomie ne m'a jamais encore paru indiquée chez eux.

Je ne pratique la néphrectomie que pour les tuberculoses *qui progressent, qui font maigrir, qui saignent ou sont douloureuses*. L'hématurie et la douleur sont rarement seules en cause, et je n'insiste pas sur ces indications exceptionnelles. Mais je m'en tiens aux deux premières, les tuberculoses qui progressent ou qui font maigrir.

Lorsque j'ai reconnu chez un malade une tuberculose rénale, je le traite médicalement, aussi énergiquement que le permettent les con-

ditions sociales dans lesquelles il vit ; je le surveille et j'attends. Et quand je vois le rein augmenter de volume, quand les pesées régulières me donnent, malgré la suralimentation, une diminution sensible de volume, je n'en demande pas davantage pour être autorisé à enlever le rein. C'est ainsi que j'ai procédé chez notre malade de la salle Saint-Landry ; je ne l'ai opéré que le jour où je l'ai vu maigrir et perdre ses forces en même temps que son rein augmentait de volume.

Quant aux contre-indications de la néphrectomie, il n'y en a qu'une seule bien positive, c'est l'altération concomitante, tuberculeuse ou non, du rein opposé. A part cela, ni la tuberculose vésicale, ni la tuberculose du poumon ne sont des contre-indications. La tuberculose de la vessie existe presque toujours, et quand il n'y a pas de cystite bacillaire, il y a une autre de ces infections que mon collègue et ami Albarran a montrées souvent associées à la tuberculose urinaire. L'infection vésicale non seulement ne contre-indique pas la néphrectomie, mais elle est presque toujours très heureusement influencée par la suppression du rein ; l'uretère ne verse plus dans la vessie une urine riche en bacilles, et le traitement direct a désormais plus de prise sur la vessie.

Il en est de même pour la tuberculose pulmonaire : elle était évidente, avancée chez plusieurs des malades que j'ai opérés ; tous ont retiré de l'opération un bénéfice immédiat considérable. Telle est, par exemple, cette jeune fille que je présentais l'année dernière à la Société de Chirurgie : je l'avais opérée presque *in extremis*, elle était tuberculeuse de ses poumons, de son rein, de son uretère gauche et de sa vessie. Elle était arrivée à un état tel de dépérissement qu'il semblait qu'elle ne devait plus avoir que quelques jours à vivre. Je l'opérai tout de même, et cette jeune fille engraisa de 15 livres dans les trois mois qui suivirent l'opération. C'est un assez joli résultat pour une malade qui avait des lésions pulmonaires doubles et ramollies. Actuellement, après une année, elle a conservé le bénéfice acquis, mais elle ne l'a plus augmenté ; elle conserve ses autres lésions tuberculeuses, contre lesquelles elle lutte encore. J'ai, au moins, la satisfaction de l'avoir profondément améliorée par la néphrectomie, et d'avoir probablement prolongé son existence.

C'est à la néphrectomie lombaire que j'ai recours exclusivement ; le manuel opératoire ne présente rien de particulier ici ; la conduite à tenir par rapport à l'uretère est plus discutable. J'enlève l'uretère toutes les fois qu'il est profondément altéré, comme chez une jeune

filles où il avait le volume du pouce au moins : je le resèque alors le plus loin possible, et en prolongeant au-delà de la crête iliaque l'incision oblique lombaire, je puis extirper jusqu'à l'extrémité pelvienne de l'uretère. Mais cette exérèse qui prolonge et aggrave un peu l'opération, n'est justifiée que lorsque l'uretère est très altéré. En toute autre circonstance, on peut le laisser en place, reséquer au plus sa partie supérieure ; le reste s'atrophie, s'oblitère, il n'en résulte aucune fistule.

En général, le bénéfice de l'opération s'accuse immédiatement : plus le rein est malade, plus les lésions sont avancées, et plus le bénéfice immédiat est appréciable.

C'est l'appétit, qui tout de suite, revient, c'est le teint qui redevient meilleur ; c'est l'amaigrissement qui s'arrête et qui est bientôt compensé par une faible augmentation de poids ; la vessie est moins douloureuse, moins irritée. Les malades peuvent quitter l'hôpital, lutter dans un meilleur milieu contre la tare ou les lésions dont ils sont encore affligés ; et quand la lésion rénale a été enlevée avant les autres manifestations tuberculeuses, on peut vraiment parler de guérison.

Je n'ose espérer qu'il en sera ainsi chez la première de nos opérées, parce que chez elle, les lésions sont trop étendues ; mais chez l'homme, l'opération a été faite dans de meilleures conditions, sur une tuberculose primitive, avant l'heure des extensions dangereuses ; j'ai des raisons de penser que nous aurons ici une vraie guérison.

V

L'HYDRONÉPHROSE INTERMITTENTE ET SON TRAITEMENT

- I. Diagnostic d'une hydronéphrose intermittente de rein mobile avec infection secondaire.
 - II. L'hydronéphrose intermittente n'est qu'une forme clinique ; elle n'est pas spéciale au rein mobile. Observation d'une hydronéphrose à crises périodiques, causée par un pli de l'uretère à sa partie supérieure. La périodicité de la douleur n'implique pas l'intermittence de la lésion. La douleur est causée par la mise en tension, plus que par la distension du bassinet.
 - III. Le traitement dépend de la lésion causale : les coutures mobiles ou les coutures fixes du rein mobile. Avantage des opérations conservatrices. Résultat éloigné d'une urétéro-pyélo-anastomose.
- Opération : résultat.*

MESSIEURS,

Le 12 juin dernier, il y a par conséquent quinze jours, une femme de vingt-cinq ans était admise d'urgence dans notre service. Elle était en pleine crise aiguë ; elle souffrait du ventre, sa température s'élevait à 39°. L'interne de garde, sans approfondir un diagnostic d'ailleurs difficile, appliqua de la glace sur l'abdomen et fit une piqûre de morphine. Et aussitôt la douleur s'atténuait, l'agitation faisait place à un calme relatif ; le soir, cependant, la température restait encore à 38°6.

Je ne vis cette malade que le lendemain, à la visite du matin ; sans être terminée, la crise était en décroissance, mais j'appris que déjà, à plusieurs reprises, la malade avait eu des accidents semblables. Ceux dont nous étions alors les témoins n'étaient que l'épilogue d'une longue histoire qui se déroulait depuis des années, et qui, je l'espère, trouvera dans l'opération de tout à l'heure une solution définitive.

La maladie avait débuté en 1892 ; notre malade avait alors seize ans ; à cette époque elle avait pour la première fois ressenti des douleurs analogues à celles dont elle se plaignait en venant à l'hôpital, et durant neuf années, des crises semblables se répétèrent à intervalles irréguliers.

Elles se produisent environ tous les deux mois ; depuis quelque