

périodiques, l'hydronéphrose est parfois continue; elle l'était en effet sur notre deuxième malade et j'ai vu chez lui, même à froid, en dehors de toute crise, cette dilatation du bassin qui suffit à caractériser l'hydronéphrose.

Comment donc s'explique cette intermittence de la douleur?

La douleur, Messieurs, n'est pas un symptôme constant de l'hydronéphrose en général; la distension du rein n'est pas nécessairement douloureuse par elle-même; et les plus grosses hydronéphroses sont d'ordinaire indolentes. Vous en verrez qui, même très volumineuses, énormes, n'ont déterminé et ne déterminent encore aucune crise de douleur, et, cette année même, j'ai opéré ici une hydronéphrose qui remplissait tout l'hypochondre; son évolution avait été si insidieuse que la tumeur avait été longtemps méconnue.

C'est que pour être douloureuse, la distension du rein doit être brusque; lorsqu'elle se fait progressive, elle ne détermine aucune douleur, et l'hydronéphrose évolue silencieusement. Mais si au contraire, la distension est brusque, assez brusque pour mettre, momentanément, au moins, le bassin en tension, alors vous verrez des douleurs plus ou moins vives traduire cette modification passagère de la pression intrarénale. C'est ce qui arrive sans doute dans ces hydronéphroses intermittentes que nous étudions; elles évoluent silencieusement jusqu'au jour où sous une influence souvent indéterminée, la pression sera brusquement élevée à un taux insolite dans un bassin déjà dilaté. La tension augmente la tuméfaction, la congestion du rein contribue à l'accentuer, et chaque fois que la pression subira cet excès relatif, les mêmes douleurs, les mêmes crises se reproduiront. La lésion causale peut être continue, permanente; la manifestation n'en sera qu'intermittente et périodique.

L'intermittence n'est donc qu'un facteur subjectif, un élément secondaire, et c'est la notion que je voulais établir. Car il en découle une conclusion thérapeutique importante. Si l'hydronéphrose intermittente n'est pas une, si elle n'est qu'un syndrome, si des lésions différentes sont susceptibles de la produire, nous ne devons pas chercher dans une formule toujours égale la solution thérapeutique qui lui convient.

III

Il est, en effet, plusieurs manières de traiter l'hydronéphrose; des opérations bien différentes lui sont applicables; et chacune a ses

indications particulières, et le choix à faire parmi elles dépend plus de la lésion de l'uretère que de l'état du rein.

Quelle est-elle donc, cette lésion de l'uretère, d'où dérive la rétention rénale et par laquelle le rein mobile arrive à produire l'hydronéphrose?

Il faut le savoir, et je vous le dirai d'autant plus volontiers que je me suis beaucoup occupé de cette question autrefois, et que, par mes recherches personnelles, j'ai contribué dans une certaine mesure à élucider ce point très particulier et si intéressant de la pathologie réno-urétérale¹.

Quand un rein s'abaisse, il entraîne avec lui la partie supérieure de l'uretère, et vous ne comprendriez pas, d'ailleurs, qu'il en fût autrement. Comme le rein, dont il est solidaire dans sa partie supérieure au moins, l'uretère se mobilise et s'abaisse; en s'abaissant, il se plisse, il se coude en des flexuosités multiples, variables et mobiles. Mais les valvules intérieures qui résultent de ces flexuosités ne sont pas oblitérantes: elles n'entravent pas le cours de l'urine; je m'en suis assuré sur le cadavre. L'urine, par sa faible pression, suffit à déplacer, à redresser la flexuosité, et le courant se répand comme à travers les sinuosités d'un tube élastique et mobile. L'uretère reste perméable, et voilà pourquoi l'hydronéphrose est après tout, si exceptionnelle dans le rein mobile. Voilà pourquoi des légions de malades, qui ont un rein mobile, un uretère mobilisé et flexueux ne souffrent pas et n'ont pas la plus légère rétention rénale.

Mais alors où donc est la lésion causale de l'hydronéphrose? où est la lésion réellement oblitérante, et quelle est la différence entre un rein simplement mobile et un rein compliqué d'hydronéphrose? Cette différence, Messieurs, réside tout entière dans ce fait que la mobilité de la coudure a cessé: la valvule est devenue fixe, et en devenant fixe, elle se fait oblitérante.

Quelque flexueux que soit l'uretère, s'il est mobile, si les coudures se déplacent, il n'y a pas oblitération, et, par conséquent, pas de rétention. Fixez au contraire la valvule, faites qu'elle cesse d'être mobile, et, de ce seul fait, elle deviendra tout de suite oblitérante.

La raison de cette fixité, est elle-même variable, j'en conviens, elle dépend de plusieurs causes. Parfois — et il en est ainsi souvent au début — la fixité de la coudure ne se réalise que par intermittence; quand le rein descend, l'uretère s'accroche sur un vaisseau, sur une

1. F. Legueu. *Quelques considérations sur l'anatomie pathologique du rein mobile* (Bull. de la Soc. anat., 1895, p. 565).

bride d'adhérence, l'uretère se coude, la coudure est fixée par la déclivité du rein et le contact insolite qu'elle provoque, il y aura alors rétention aussi longtemps que le rein restera abaissé. La réduction du rein fera disparaître la coudure et cesser la rétention. Et je comprends alors les bons résultats que donne la néphrorraphie en pareil cas : en fixant le rein, vous redressez l'uretère, vous mettez une entrave à cette mobilisation d'où dépendait la rétention rénale, et vous faites disparaître les phénomènes douloureux dont se plaignaient les malades ; à plusieurs reprises j'ai guéri ainsi par la néphrorraphie des malades qui présentaient avec un rein mobile des crises d'hydronéphrose intermittente au début, et le mécanisme de la guérison s'explique ainsi très simplement.

Mais d'autres fois aussi, la fixité de la coudure résulte d'une altération propre de la paroi urétérale : au lieu de prendre ailleurs, dans une bride, par exemple, la raison de sa fixité accidentelle, l'uretère peut subir des modifications intimes de sa texture, qui créent en un point localisé de sa paroi, une lésion continue et non intermittente, une lésion fibreuse et à évolution progressive, en un mot un rétrécissement. Née d'une inflammation légère, une sclérose partielle et limitée s'étend peu à peu à toute la circonférence du conduit et produit bientôt un rétrécissement annulaire, circonférentiel, complet, comme il m'est arrivé, à plusieurs reprises, d'en trouver à l'extrémité supérieure de l'uretère.

L'hydronéphrose alors ne relève plus de la mobilité ; quel que soit le rôle initial de l'abaissement du rein sur la production ou la localisation initiale de cette sténose, celle-ci, une fois créée, conserve son indépendance, les mouvements du rein ne peuvent modifier son évolution ni ses caractères, et la néphrorraphie qui, tout à l'heure, pouvait remédier merveilleusement aux accidents observés, devient alors impuissante, et il faut bien lui substituer une autre intervention.

La néphrectomie se faisait autrefois couramment pour les hydronéphroses qui relèvent d'une sténose urétérale ; il y a quelques années, j'ai enlevé un rein qui n'avait pas d'autre lésion, qu'une dilatation de son parenchyme, occasionnée par un rétrécissement de l'uretère (fig. 45). Mais, de nos jours, la chirurgie s'inspire fort heureusement de tendances plus conservatrices pour la cure des hydronéphroses en particulier, on hésite et avec combien de raisons à supprimer un rein très utile, quoique avarié, et la néphrectomie nous apparaît maintenant comme une opération excessive, qu'il faut subir quelquefois, mais ne jamais rechercher.

Il est, au contraire, des opérations vraiment conservatrices, qui permettent de traiter l'obstacle urétéral sans supprimer le rein. *La section de l'éperon, la transplantation de l'uretère sectionné, l'anastomose uretéropyélitique* représentent dans ce sens les derniers efforts de la chirurgie.

Ne parlons pas des deux premières opérations parce que je n'ai pas encore eu l'occasion de les appliquer, et que je ne connais pas encore ni leur valeur, ni leur gravité ; mais permettez-moi de vous parler de la dernière qui m'a donné dernièrement un très bon résultat : l'observation de la malade se rapproche d'ailleurs, par beaucoup de points de celle qui fait l'objet de cette clinique ; elle est à ce point de vue fort instructive.

Il s'agit encore d'une femme : les femmes, vous le savez, sont beaucoup plus que l'homme, sujettes au rein mobile ; il est donc juste que, chez elles nous voyions souvent l'hydronéphrose. Il s'agit d'une femme de vingt-six ans que j'ai opérée l'année dernière, à l'hôpital Broca.

Depuis un an cette malade souffrait du ventre ; elle éprouvait dans le flanc droit des douleurs continues, qui s'exaspéraient à certains moments. C'était une sensation persistante de gêne douloureuse, qui, parfois prenait une intensité aiguë. Au moment de ses crises, elle sentait elle-même « une grosse boule dans son ventre » ; celle-ci se trouvait à droite, au-dessous des fausses côtes, mais quoique douloureuse au toucher, on pouvait la déplacer, elle était quelque peu mobile. L'apparition de la tumeur coïncidait avec la recrudescence des douleurs : à chaque crise on retrouvait dans le flanc la même sensation.

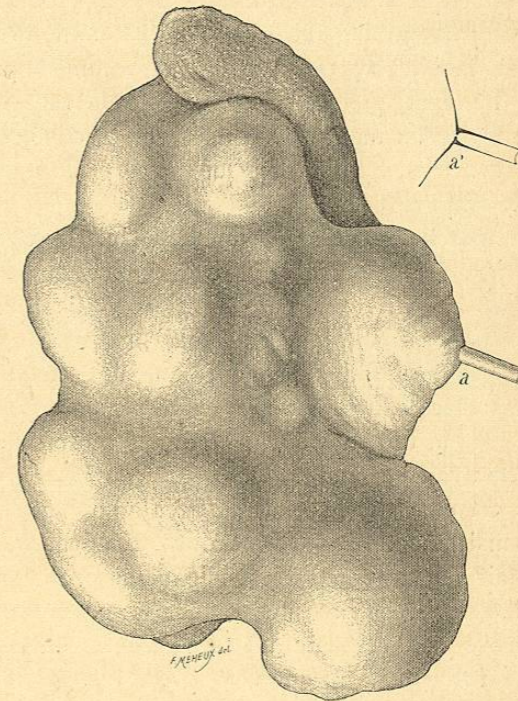


Fig. 45. — Rétrécissement de l'extrémité supérieure de l'uretère. Hydronéphrose. Pièce de néphrectomie (Legueu).

Cela durait un jour ou deux pendant lesquels la malade vomissait de temps en temps, puis la tumeur disparaissait, et bientôt on n'en trouvait plus trace.

Lorsque je vis cette malade pour la première fois, la tumeur n'était pas perceptible, une crise venait de finir, je ne trouvai à droite qu'un rein mobile, à peine augmenté de volume et peu douloureux au palper.

Pendant quelques jours la malade fut mise en observation. Je la trouvai, un matin, avec une tumeur dans le côté droit, si grosse, si évidente, si volumineuse que j'avais peine à croire à une transformation si complète et si rapide.

Sous le foie et indépendant de lui, je voyais une grosse tumeur repousser en avant la paroi abdominale, ses contours étaient très définis : elle avait, dans le sens vertical, de 12 à 15 centimètres. Dans le sens transversal, elle s'étendait jusqu'à deux travers de doigts de la ligne médiane. La main en haut s'enfonçait au-dessus de son extrémité supérieure, et bien que la palpation fût assez douloureuse, la tumeur pouvait être mobilisée et encore abaissée. En arrière, elle avait un contact lombaire très net.

Sa consistance était différente suivant les points ; en dehors, la consistance était ferme et dure. En dedans, au contraire, la tumeur était constituée par une partie moins ferme, plutôt tendue. A ce niveau, d'ailleurs, la pression réveillait une sensation plus douloureuse et provoquait de suite une contracture de la paroi. L'opération nous montra plus tard, que cette partie interne de la tumeur correspondait au bassinnet distendu et élargi.

Je n'eus aucune peine à reconnaître ici un rein augmenté de volume et dilaté, un rein mobile et hydronéphrosé. Trois jours après d'ailleurs la tumeur avait disparu, sans débâcle urinaire, sans modifications des urines qui restaient claires, limpides, peu abondantes.

Le 21 juin, je pratiquai l'opération suivante : le rein fut mis à nu par l'incision lombaire. Il paraît sain : son parenchyme n'est pas distendu. Mais en examinant le hile, j'aperçois un bassinnet renflé, ampullaire, et l'uretère fait un angle avec lui. A ce niveau l'uretère a manifestement un calibre très diminué ; il est même plus rétréci que coudé, et, plus bas, je le vois de suite reprendre un calibre normal (fig. 46).

Le rein était assez bon pour être conservé ; je me proposai donc de faire cette *uretéro-pyélo anastomose* qui est aux rétrécissements de l'uretère ce que la gastro-entérostomie est aux rétrécissements du pylore.

Choisissant un segment sain de l'uretère au-dessous de l'obstacle, je le relève, je le rapproche de la partie la plus déclive du bassinnet et me mets en devoir de pratiquer à ce niveau sur les deux parois adjacentes l'anastomose de l'uretère et du bassinnet. Je fais d'abord une fente d'un centimètre de long sur la face postérieure du bassinnet ; j'en fais une semblable sur l'uretère, longitudinale également, et je réunis ces deux orifices par un premier plan de sutures, qui comprend toute l'épaisseur des parois de l'uretère et du bassinnet. Deux points de suture au catgut forment ce premier plan. Un deuxième plan est mis autour comme plan de sûreté.

Je termine l'opération en fixant le rein, pour remédier à sa mobilité. Et je draine la plaie.

La réunion se fit par première intention et la malade fut débarrassée de ses douleurs et de ses malaises.

J'ai pu la revoir cette année, et j'ai eu la satisfaction de constater que la guérison se maintient parfaite. La malade ne souffre plus, le rein est bien fixé, il n'est pas gros, les urines sont claires, la bouche uretéropyélitique fonctionne donc dans de très bonnes conditions.

C'est un des meilleurs résultats que l'on puisse obtenir, et cette opération est vraiment l'intervention de choix à pratiquer contre les sténoses oblitérantes de l'extrémité supérieure de l'uretère.

Revenons maintenant à notre malade, et cherchons, à la lumière de ces documents, à résoudre le problème de son traitement ?

La chose est difficile, parce que malgré tout, nous ne sommes pas exactement renseigné sur l'état de son rein et de son uretère : il nous manque, pour trancher ces hésitations, cet examen anatomique qui

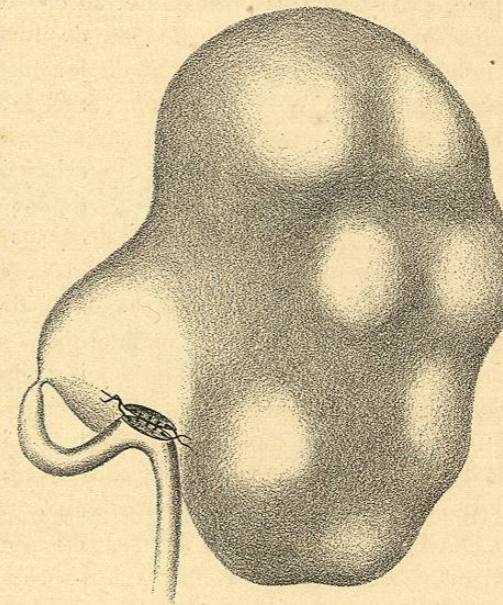


Fig. 46. — Uretéro-pyélostomie pour rétrécissement supérieur de l'uretère avec hydronéphrose.

nous dira quelle est la nature, la forme, le degré de l'obstacle et ce n'est qu'au cours de l'opération, que je pourrai choisir le moyen qui me paraîtra le plus propice à la guérison.

Je suis sûr cependant de ne pas pouvoir me contenter de la néphrorraphie, elle serait très insuffisante. Je crains en effet, une lésion fixe de l'uretère, une sténose sur laquelle la fixation du rein resterait sans action.

Je la crains parce que les crises ont toujours été indépendantes de la mobilité, indépendantes de la station verticale; je la crains surtout parce que l'affection date de neuf ans; pendant ce long espace de temps, il serait bien étonnant que les lésions ne se soient pas constituées à titre définitif.

La néphrectomie m'apparaît au contraire — avant la lettre, du moins — comme une opération excessive; et, à moins que je ne trouve des lésions imprévues, je conserverai le rein.

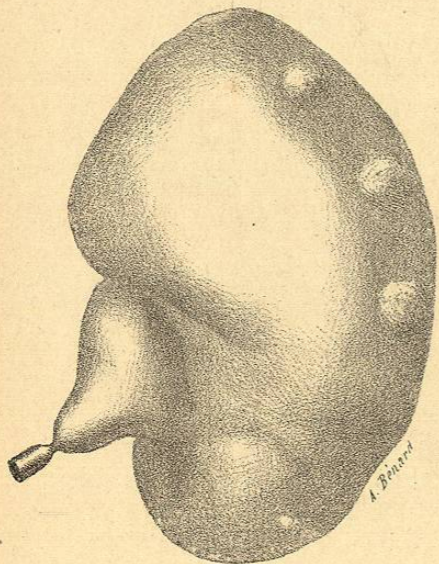


Fig. 47. — Rétrécissement de l'uretère avec distension du bassinet. Noyaux tuberculeux dans la substance corticale (salle Notre-Dame, n° 12).

C'est donc à une opération conservatrice que je pense avoir recours, et probablement je ferai une *uretéro-pyélo-anastomose*; l'infection du rein ne constitue pas une contre-indication formelle à son emploi, mais il ne serait pas impossible cependant que nous trouvions de ce côté une surprise, c'est-à-dire des lésions plus sérieuses que nous ne le pensions, et de nature en tout cas, à modifier le plan opératoire que je voudrais pouvoir appliquer intégralement.

L'opération fut pratiquée le 27 juin 1901 après la clinique par M. Legueu avec l'aide de M. Chevassu, interne.

Le rein droit est mis à nu par l'incision lombaire oblique. Au cours de cette incision, le cul-de-sac pleural est ouvert; un petit sifflement indique cette insignifiante complication des opérations rénales, et un fil de catgut ferme tout de suite cette brèche invisible.

Le rein est enveloppé d'une capsule graisseuse adhérente: il est

assez difficile de l'en séparer, malgré qu'il soit très mobile. Le rein paraît altéré; quelques points jaunes et ramollis, comme des abcès superficiels se voient à sa surface.

Sans me préoccuper de ces lésions, je vais droit à l'uretère et au bassinet. Je les libère l'un et l'autre, et je reconnais que le bassinet

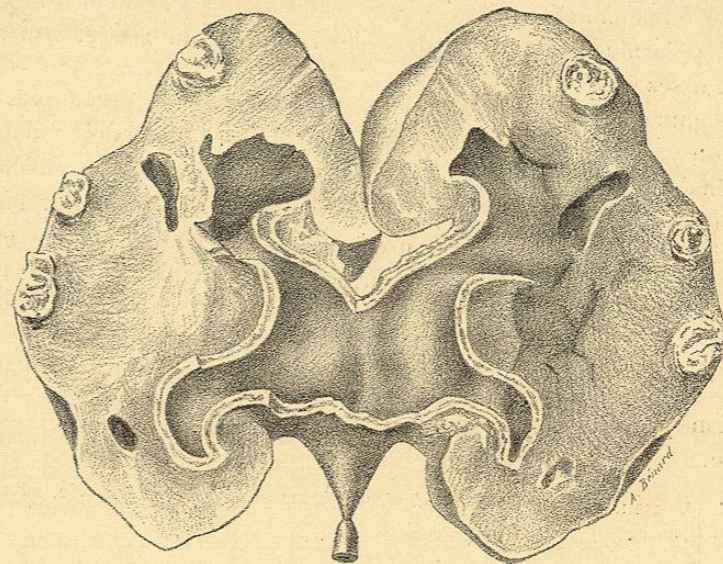


Fig. 48. — Même rein coupé et étalé pour montrer la dilatation du bassinet et les trois cavernes tuberculeuses.

est très dilaté et se continue avec l'uretère par un rétrécissement au-dessous duquel le conduit reprend son calibre habituel (fig. 47). Le bassinet est dilaté, le diagnostic de rétention rénale est confirmé. Mais faut-il faire une anastomose? L'état du rein le permet-il?

Pour le savoir, j'incise un des points jaunes de la surface du rein, et j'en vois sortir du pus. Je complète l'incision du bord convexe, et je vois disséminées dans la substance corticale plusieurs cavernes qui ont tout l'air d'être tuberculeuses. Ce sont des lésions qui par elles-mêmes, comportent la néphrectomie.

Le rein était déjà libéré; il me suffit de jeter une ligature sur le pédicule, et de lier séparément l'uretère qui est absolument intact au-dessous du rétrécissement.

La malade a guéri sans incident.

La pièce (fig. 48) présente deux lésions associées: sur le bord convexe du rein, dans la substance corticale, on voit trois cavernes

tuberculeuses, les bacilles y ont été constatés, les cellules géantes aussi, c'est donc bien de la tuberculose ; il n'y a pas de doute sur ce point. Le reste du rein est sain et ne présente que des lésions de dilatation.

Le bassinnet est dilaté ainsi que les calices, mais il est sain, on n'y voit pas d'inflammation sérieuse à l'œil nu au moins. Quant à l'uretère, il présente à son union avec le bassinnet, un rétrécissement fibreux assez serré.

En somme il y avait réunies sur la même pièce, des lésions d'hydronéphrose par rétrécissement de l'uretère, et des lésions de tuberculose rénale. La pièce est unique et a été présentée au congrès d'urologie (session d'octobre 1901)¹. Le rein mobile avait créé par l'intermédiaire d'une obstruction urétérale, une rétention rénale qui pendant sept ans resta aseptique. Sur ces entrefaites, la malade devint tuberculeuse de ses poumons ; des bacilles partis de ce foyer sont venus coloniser au niveau du rein, ajouter une lésion à une autre, et modifier par un élément infectieux et septique, l'évolution d'une affection que n'avait jusqu'alors troublée aucune intervention microbienne.

1. F. Legueu. *Tuberculose et hydronéphrose* (Congrès d'urologie, Paris, Doin, 1901).

VI

DE L'ANURIE DANS LE CANCER DE L'UTÉRUS

Observation : anurie par cancer utéro-vaginal.

- I. *Conditions anatomiques* de l'anurie : cancer étendu et compression des uretères. Siège de la compression. Bilatéralité mais inégalité des lésions. L'anurie est toujours mécanique, sans réflexe.
- II. *Diagnostic* : anurie sans prodromes et anurie avec prodromes. Polyurie prémonitoire. Tuméfaction appréciable des reins.
- III. *Traitement* : avantages de la néphrostomie sur l'uretérostomie. Observation personnelle d'une survie de 155 jours. Pronostic différent des anuries précoces et des anuries tardives. L'opération doit être précoce, rapide. Contre-indications : âge avancé, cachexie profonde, urémie.

Opération. Résultat.

MESSIEURS,

Quand on assiste impuissant à l'extension d'un cancer inopérable de l'utérus, quand on voit chaque jour, presque chaque heure, des douleurs plus cruelles que la mort, torturer sans espoir un être découragé, on hésite à prolonger une lutte inégale, et l'on se demande s'il ne serait pas plus humain de laisser à une complication fortuite le soin de terminer sans entrave une existence si précaire et si douloureuse ?

Ce problème délicat se pose justement à nous en ce moment, pour cette malheureuse femme, couchée au numéro 21 de la salle Notre-Dame, près de laquelle nous nous sommes à plusieurs reprises arrêtés depuis quelques jours.

Jaune, amaigrie et déjà cachectique, elle nous était venue vers le milieu du mois de juin, souffrant d'un cancer de l'utérus. Nous avons de suite reconnu une lésion incurable et nous avons ordonné des piqûres de morphine pour calmer les douleurs vives dont cette femme se plaignait. Mais voici que depuis quelques jours, des phénomènes d'un autre ordre se produisent : cette malade est menacée d'anurie. On nous signale en effet que la quantité des urines diminue progressivement et ne s'élevait hier qu'à quelques centaines de grammes.

Revisons donc attentivement l'histoire de cette malade, et voyons