

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

les détails qui nous peuvent intéresser pour le diagnostic et le traitement de la complication actuelle.

Cette femme a cinquante et un ans, et elle jouissait, il y a un an encore, d'une parfaite santé. Ses règles étaient régulières : elle avait eu quatre grossesses, la dernière en 1883, tout s'était très bien passé, et elle n'en avait conservé aucune trace fâcheuse, lorsque, il y a cinq ou six mois, elle remarqua quelques pertes de sang légères; celles-ci se produisirent dans l'intervalle des règles — car malgré son âge, elle était encore réglée — et alternèrent bientôt avec des pertes blanches. L'écoulement devint alors séro-sanguinolent, c'était un écoulement roussâtre, d'odeur fétide et qui venait presque continuellement.

Malgré cela, la santé restait bonne; la malade mangeait de bon appétit, elle ne maigrissait pas encore, mais son teint devenait un peu plus pâle.

Cette indemnité relative ne devait cependant que peu durer, et depuis trois mois le mal s'aggrave avec une rapidité considérable.

Des douleurs vives intermittentes, lancinantes, sont survenues : elles se localisent dans le ventre à droite et à gauche, s'irradient dans les cuisses, dans les lombes.

En même temps, les besoins d'uriner deviennent plus fréquents, mais depuis quelques semaines, malgré ces besoins fréquents la malade a remarqué que la quantité de ses urines diminuait, elle n'était plus dernièrement que d'un demi-litre par jour.

C'est pour ces diverses raisons, pertes de sang et douleurs que la malade entra à l'Hôtel-Dieu le 15 juin dernier, et était admise salle Notre-Dame, numéro 21.

A la voir avec sa figure amaigrie et pâle, avec son teint jaunepaille, il n'était pas difficile de soupçonner un cancer en évolution. Et dès qu'on s'approchait de son lit, une odeur spéciale, cette odeur qui ne trompe pas, nous indiquait que le cancer siégeait à l'utérus.

L'exploration devait hélas! confirmer ces suppositions.

Le fond du vagin est envahi par une masse fongueuse, irrégulière, saignante au moindre contact, et dans laquelle on reconnaît difficilement au premier abord les vestiges du col. Celui-ci est presque totalement envahi ou détruit. C'est un cancer végétant : tous les culs-de-sac sont pris, le droit comme le gauche, la paroi antérieure comme la paroi postérieure sont infiltrées. Mais la vessie n'est pas encore ouverte. Et l'utérus fixé par l'infiltration cancéreuse se tient immobile, inabaissable au milieu de l'excavation pelvienne.

Il était donc inutile de discuter le traitement : dès mon premier examen, j'étais fixé. L'extension du néoplasme, l'immobilité de l'utérus, les douleurs ressenties par la malade, tout cela rangeait ce cancer dans la catégorie de ceux qu'on ne doit pas, qu'on ne peut pas opérer.

Mais depuis quelques jours, ainsi que je vous l'annonçais tout à l'heure, l'oligurie prend chez cette malade, des proportions inquiétantes. Dans ces trois derniers jours, la quantité des urines oscille entre 130 et 150 grammes.

Et l'analyse de ces urines montre leur faible teneur en produits excrémentitiels : la quantité d'urée par litre est de 7 gr. 50, ce qui fait que 75 centigrammes seulement d'urée sont éliminés dans les vingt-quatre heures. Les chlorures sont de 4,80 au litre : il y a en outre une certaine quantité d'albumine.

En même temps, je constate dans les régions lombaires et des deux côtés, une tuméfaction importante des reins. Il n'y a donc plus de doute, une complication grave se prépare. Nous sommes en imminence d'anurie, et déjà il y a insuffisance urinaire.

L'état général devient de plus en plus mauvais ; la malade a une complète inappétence, elle vomit le peu qu'elle prend, ses jambes sont enflées, sa pupille est rétrécie. A ces signes, je reconnais l'urémie commençante ; et si je ne lui fais rien cette femme va mourir d'ici quelques jours.

Voici donc que se pose à nous le problème auquel je faisais allusion tout à l'heure : Est-ce la peine de tenter quelque chose pour prolonger une existence si misérable et si douloureuse?

A cette question, le sentiment dirait non : mais le devoir répond oui. La vie est après tout, chose si précieuse, que par tous les moyens possibles on doit chercher à la prolonger même pour ceux qui, condamnés bientôt à la perdre, conservent encore une vague lueur d'espérance. Toutes les opérations que nous faisons pour cancer, toutes les opérations palliatives sont basées sur ce principe qu'il faut prolonger une vie condamnée, et c'est pourquoi je vais opérer ce matin cette malade.

Je vais pratiquer sur elle la néphrostomie ou fistulisation rénale; opération purement palliative d'ailleurs, et qui n'a pour but que de parer à l'anurie.

Pour comprendre le bénéfice de la néphrostomie dans ces circonstances, il est nécessaire de connaître la nature et la pathogénie des altérations rénales au cours du cancer de l'utérus : c'est ce que je vais essayer de vous montrer ce matin, en étudiant l'anurie cancé-

reuse au triple point de vue de l'anatomie pathologique, de la clinique ou du traitement.

I

Le cancer de l'utérus amène l'anurie par compression des uretères. Il faut pour cela qu'il soit propagé au tissu cellulaire péri-utérin : il faut aussi, c'est la seconde condition, que les uretères soient étranglés, comprimés par le tissu cancéreux.

Il faut un cancer propagé : aussi l'anurie ne se voit-elle jamais avec le cancer du corps, qui lui, tue par généralisation avant d'envahir la cavité pelvienne. Elle est au contraire commune avec le cancer du col, avec surtout ces formes papillaires et végétantes qui se propagent rapidement au vagin, au bas fond vésical, au tissu cellulaire du ligament large, aux ganglions.

Il faut ensuite que les uretères soient lésés par l'extension du cancer.

Les uretères pour arriver à la vessie, descendent de la paroi pelvienne, suivent le bord inférieur du ligament large, et cheminant assez près de chaque côté du col, viennent s'ouvrir dans la vessie au niveau du triangle vésical. Dans tout ce trajet, ils rencontrent la propagation cancéreuse, mais ils ne sont pas partout également exposés à en subir le fâcheux effet. Ainsi il est rare que les ganglions soient eux-mêmes le point de départ d'une compression urétérale.

De même, les infiltrations du ligament large ne lèsent que rarement les uretères au point de les comprimer : dans le ligament large, l'uretère peut être enveloppé de la prolifération néoplasique sans en être notablement gêné. Ainsi que le fait remarquer Patel¹, dans un excellent mémoire sur ce sujet, ce n'est pas là qu'il faut s'attendre à trouver le plus souvent la compression urétérale : l'uretère se déplace plus aisément sans doute dans ce tissu cellulaire plus lâche et peut faire la compression ; peut-être aussi, comme le pense Patel, les formes embryonnaires, celles qui se propagent le plus rapidement sont-elles moins consistantes avec leur tissu plus jeune.

C'est au niveau de la partie terminale de l'uretère que la compression siège le plus souvent. Tantôt elle se produit dans la portion vésicale de l'uretère, alors que la vessie est déjà envahie au moins partiellement, c'est plus rare. Tantôt c'est au niveau de la portion vagi-

1. Patel. *De l'anurie au cours du cancer de l'utérus* (Rev. de Chir., 1901, p. 194).

nale de l'uretère, dans cette partie du conduit qui est au contact du cul-de-sac supérieur vaginal que la compression se produit : il en est le plus souvent ainsi.

A ce niveau, l'uretère confine à la paroi vaginale : entre les deux organes, un tissu cellulaire assez dense maintient un contact intime, et lorsque le vagin est envahi dans sa partie supérieure, comme il arrive si souvent dans les formes papillaires et liminaires, l'uretère a de grandes chances d'être comprimé par le néoplasme environnant.

Ainsi s'explique la fréquence de ces lésions urétéro-rénales dans les cancers étendus ; on les retrouve presque toujours dans les autopsies. Caron par exemple sur 51 cas d'autopsies, trouvait en 1883 : 21 fois la dilatation double des uretères et 19 fois la dilatation d'un seul uretère ; la proportion serait donc de 80 p. 100 environ.

La compression résume à elle seule, la lésion urétérale : les parois urétérales ne sont pas envahies par les bourgeons cancéreux, on ne voit presque jamais le cancer traverser les parois et obturer la cavité de l'uretère. Il n'y a que compression et pas autre chose, compression par le tissu dense du néoplasme, et d'où résultent : l'aplatissement des parois, l'effacement du calibre, et en définitive l'obstacle à l'écoulement de l'urine. Mais l'adhérence de l'uretère au cancer est si intime que pour le libérer, il faut le sculpter dans le tissu qui l'enserme, et après cette libération, sa paroi indurée ne revient guère à son calibre normal.

Vous saisissez facilement, Messieurs, les conséquences de cette compression, l'obstacle urétéral crée une urétéro-hydronephrose mécanique. L'urine, en amont de l'obstacle s'accumule sous une pression exagérée, l'uretère se dilate, la dilatation remonte jusqu'au bassin, et du bassin gagne le rein. L'uronephrose est amorcée. Mais comme la lésion est fixe, et la sténose progressive, la dilatation s'accroît de plus en plus. C'est par un mécanisme identique que se forment toutes les hydronephroses. Dilatation de l'uretère, flexuosités et valvules sur son trajet, tout se retrouve ici. Mais je n'ai pas à insister sur ces lésions qui au point de vue clinique ne comportent aucune déduction, et au point de vue thérapeutique aucune sanction.

Bien plus importantes sont les modifications de la sécrétion urinaire : la tension d'abord élevée de l'urine lui permet de vaincre l'obstacle et de déverser encore à l'extérieur le trop plein de la sécrétion. Mais au fur et à mesure que la dilatation s'accroît, la tension baisse dans la poche rénale, ainsi que mon maître Guyon l'a établi, et pendant que la tension baisse, l'obstacle urétéral, lui, se resserre : alors

l'excrétion devient nulle parce que impossible, et le rein fermé arrête presque aussitôt sa sécrétion : il y a anurie.

Il y a anurie, mais, pour cela, il faut une lésion urétérale bilatérale. Car si — chose rare — un seul rein était atteint, et l'autre intact, la sécrétion urinaire continuerait sans aucun trouble et il n'y aurait pas anurie.

Mais, me direz-vous, n'y a-t-il pas une action réflexe, qui partie du rein comprimé peut arrêter la sécrétion du congénère ?

Quand ce congénère est malade, peut-être : quand il est sain, non. Ce réflexe réno-rénal d'inhibition ne peut jamais arrêter la sécrétion d'un rein sain, j'ai bien établi ce fait autrefois dans mes recherches sur l'anurie calculeuse. Les conclusions que je formulais à cette époque sont absolument applicables à l'anurie cancéreuse, et aujourd'hui comme alors, je dirai : quand il y a anurie, c'est que les lésions urétéro-rénales sont bilatérales.

Mais il ne s'ensuit pas qu'elles soient égales : elles sont même parfois de nature différente.

Ainsi la compression peut-être bilatérale ou seulement unilatérale.

Bilatérale, elle l'est le plus souvent, et cela se conçoit parce que le cancer qui se propage a autant de raisons de s'étendre à droite qu'à gauche. Sans doute un urètre est souvent plus lésé que l'autre : ainsi dans les autopsies de cancéreuses mortes d'anurie, on trouve souvent d'un côté une obstruction complète, et de l'autre une obstruction incomplète. Mais des deux côtés, remarquez-le, la lésion existe ; et s'il y a eu anurie, bien qu'un urètre soit encore partiellement perméable, c'est que le rein correspondant très altéré cesse de lui-même sa sécrétion ; le rein pour mourir par distension, n'a pas besoin d'une obstruction urétérale complète.

Unilatérale, la compression l'est quelquefois, mais alors il y a toujours de l'autre côté des lésions graves, quoique d'une autre nature : telle cette malade de Poncet, qui avec une hydronéphrose droite présente à l'autopsie une atrophie du rein gauche ; et en réalité, je ne connais pas plus pour l'anurie cancéreuse que pour l'anurie calculeuse, un seul fait anatomique qui prouve l'intégrité du rein congénère et qui établisse qu'un réflexe réno-rénal ait arrêté la sécrétion d'un rein jusqu'alors intact.

Mais, me direz-vous, ne voit-on pas à la suite de la néphrostomie pour anurie la sécrétion urinaire reparaitre quelquefois et les malades émettre un peu d'urine par la vessie ? Et n'est-ce pas la preuve que

l'oblitération n'est pas complète, et qu'un réflexe actuellement disparu entravait seul la sécrétion ?

Détrompez-vous, cette reprise de la sécrétion que j'ai moi-même observée après l'opération n'a ni cette valeur ni cette signification importante.

Quand elle se produit, cette sécrétion vient quelquefois du rein néphrostomisé ; ainsi Nanu après son opération trouve dans la vessie de l'urine sanglante, c'est donc qu'elle vient du rein opéré. Et cela prouve tout simplement que l'anurie survient même avec une compression incomplète, et en tout cas sans oblitération absolue de l'urètre.

Mais viendrait-elle du rein non opéré, cette sécrétion post-opératoire, que je ne la verrais pas comporter une autre interprétation. Ce n'est pas un réflexe qui arrête la fonction de ce congénère, car cette reprise de sécrétion est minime, insignifiante, elle ne livre que quelques gouttes à la vessie, et encore quelques gouttes d'une urine pauvre en principes, et très éloignées des qualités d'une urine saine. Cela veut dire tout simplement que l'anurie ne suppose pas pour condition indispensable une compression absolue : le rein dilaté même non oblitéré ne meurt pas tout d'un coup, il y a des reprises et des arrêts, ce sont les secousses ultimes d'un rein à l'agonie.

Lors donc, que vous verrez un cancer de l'utérus se compliquer d'anurie, sachez que de ce fait les deux reins sont lésés et n'attendez pas de la disparition d'un réflexe improuvé, la cessation d'une complication qui ne relève que de la chirurgie.

II

En clinique, Messieurs, il ne faut pas seulement reconnaître l'anurie, il faut aussi la prévoir. Ce n'est pas toujours facile.

Ainsi quelquefois l'anurie se produit comme le premier symptôme d'un cancer utérin : elle n'est précédée ni de pertes, ni de douleurs, et le diagnostic est bien difficile à établir.

Exemple : dans un service de médecine où j'étais interne il y a quelque douze ans, une femme d'une trentaine d'années était soignée pour anémie ; son teint jaune-paille, la décoloration des conjonctives, les signes cardio-pulmonaires, tout cela ressemblait à de la chlorose et aucune localisation n'avait fixé notre attention, lorsqu'une nuit la malade fut prise brusquement de convulsions cloniques et toni-

ques. J'eus l'idée alors de toucher cette malade : elle avait un cancer utéro-vaginal étendu à toute la partie supérieure du vagin et aux ligaments larges. Je reconnus de suite l'erreur : je sondai la vessie, il n'y avait pas d'urine. Les reins étaient un peu augmentés de volume. La malade mourut dans cette première crise, et je trouvai à l'autopsie les deux reins hydronéphrosés et les deux uretères comprimés par le néoplasme dans la traversée vaginale.

Or jamais cette femme ne s'était plainte de douleurs pelviennes ni de pertes sanguines, et quelque invraisemblable qu'il paraisse, le fait est exact. Depuis quand l'anurie existait-elle, quand l'urémie s'est produite ? Y avait-il même de l'anurie avant la crise d'urémie ? Je n'en sais rien, je n'ai jamais pu le savoir. Je pense qu'il y eut simplement oligurie, et que la malade n'attacha à ce symptôme aucune importance. L'urémie survint très vite préparée par des lésions très anciennes.

Mais il en est rarement ainsi : d'habitude l'anurie s'installe progressivement, elle est annoncée par quelques prodromes.

Immédiatement avant, il y a d'abord une période d'oligurie, les urines sont rares, se réduisent à 100 ou 150 grammes dans les vingt-quatre heures : elles se suppriment même pendant une journée pour reparaitre le lendemain. Notre malade en est à cette période, et nous pouvons penser que chez elle demain ou après demain l'anurie sera complète.

Mais longtemps avant que l'anurie ne doive survenir, des signes révélateurs traduisent pour un œil exercé les lésions rénales. Parmi ceux-ci, j'ai noté la polyurie, c'est-à-dire l'augmentation de la quantité de l'urine : c'est un phénomène constant que le rein sécrète d'autant plus qu'il est plus près de mourir, mais cette polyurie précède de longtemps l'anurie, elle est contemporaine de la sclérose rénale aseptique, qui, elle, se manifeste dès que la dilatation du bassin et du rein commence. Elle est tout à fait distincte de la pollakiurie dont se plaignent souvent ces malades, alors que la vessie irritée par le contact et l'extension du cancer réagit par des mictions plus fréquentes et plus impérieuses.

Mais presque toujours cette phase de polyurie passe inaperçue, et l'attention n'est attirée de ce côté que lorsque la sécrétion urinaire diminue comme quantité.

Examinez bien alors vos malades et vous y trouverez toujours de petits signes de brightisme, ou des traces plus évidentes de l'urémie imminente. Ici ce sont des pupilles contractées, là comme chez notre

malade des vomissements incessants, ou un œdème périmalloleaire.

Enfin examinez les reins et vous les trouverez toujours augmentés de volume. L'augmentation de volume des reins, avec la polyurie et une albuminurie légère, traduit de bonne heure la compression des uretères. Aussi chez toute malade qui souffre d'un cancer étendu, pratiquez l'exploration des régions lombaires. Vous serez parfois étonné de trouver les reins déjà gros malgré que la sécrétion urinaire soit à peu près normale de quantité. La tuméfaction des reins vous indiquera la compression des uretères, et vous permettra de prévoir l'anurie.

Et si vous ne voyez les malades qu'au moment où l'anurie est réalisée, vous retrouverez encore au palper les deux reins plus ou moins appréciables et distendus. Vous ne les trouverez pas toujours également développés : il vous arrivera même de n'en sentir qu'un seul, ou bien quand ils sont tous deux appréciables, il y en aura un qui sera plus douloureux que l'autre ou qui sera seul douloureux.

Vous pouvez conclure que celui-là qui est douloureux est le moins détruit, le plus capable de fonctionner : c'est celui-là qui hier entretenait seul la sécrétion et qui ce jour est fermé. La douleur en effet est moins en rapport avec la dilatation qu'avec la mise en tension du rein : les reins dilatés et lentement distendus ne sont pas douloureux, la plus grosse hydronéphrose n'est pas nécessairement sensible. Il y a douleur au contraire lorsque l'uretère est brusquement obturé et que le rein est soumis de suite à une pression élevée. Aussi quand je vois la douleur d'un côté, j'en conclus que l'uretère correspondant vient d'être obturé, que la pression rénale s'est subitement élevée ; et si j'ai à choisir pour opérer, c'est de ce côté que j'irai de préférence pour rétablir par la néphrostomie, la sécrétion dans les conditions où elle se faisait quelque temps avant.

Tels sont, Messieurs, les indices qui vous permettront à la veille de l'anurie, de prévoir cette complication, et lorsqu'elle sera établie, d'en définir la nature et d'en reconnaître la cause.

L'anurie est établie : que va devenir le malade ? Une période dite de tolérance va laisser quelques jours cette malade indifférente. La durée est de cinq à dix jours, je l'ai même vue de douze jours chez une femme de soixante-dix ans que je ne voulus pas opérer : pendant ce temps, l'anurie constitue le seul symptôme, rien par ailleurs ne vient attester la gravité des circonstances : pas de malaise, pas de céphalée. Puis tout à coup la mort survient dans le coma, avec ou sans convulsions, et quelquefois en pleine connaissance.