

La complication est donc fatale, à brève échéance, et si nous voulons l'entraver, il n'y a pas de temps à perdre.

III

Pour agir utilement en effet, n'attendez pas la période des accidents ultimes : à la phase d'urémie, il n'y a plus rien à tenter. Dans la période de tolérance, au contraire, il est encore temps de bien faire. Je crois même qu'il y aurait avantage, quand on a le choix, à opérer avant l'anurie complète, à ce moment où la sécrétion urinaire diminue et où il devient évident que l'urémie approche. Alors l'intoxication serait moins profonde, et l'opération moins aléatoire. C'est à cette période qu'en est notre malade ; elle n'est pas encore anurique, elle le sera demain ; j'opère donc aujourd'hui sans attendre.

Le choix de l'opération à faire se déduit des notions anatomiques que j'ai jugé indispensable de vous donner : à l'obstruction urinaire, il faut opposer le méat contre nature, la fistule, de même qu'à l'occlusion intestinale chronique on oppose l'anus contre nature.

L'opération idéale serait peut-être de sectionner les uretères au-dessus du point comprimé et de les aboucher en un autre point de la vessie. Mais personne que je sache, n'oserait, dans ces conditions défectueuses pratiquer l'opération difficile, délicate et dangereuse de l'urétérocystonéostomie. Force nous est donc de nous contenter d'une opération palliative, d'une fistule.

Cette fistule peut être établie ou sur l'uretère ou sur le rein, de là deux opérations différentes, l'urétérostomie et la néphrostomie.

Mon maître Le Dentu en 1889¹, dans une opération à laquelle j'assistais, pratiqua la première *urétérostomie* pour anurie cancéreuse : il s'agissait d'un cancer récidivé après hystérectomie. L'anurie était complète : M. Le Dentu fit une incision dans le flanc, alla à la recherche de l'uretère, et le découvrit au point où il croise les vaisseaux utéro-ovariens. Il le sectionna et l'aboucha à la peau de la région lombaire. La sécrétion urinaire se rétablit ; malgré cela, la malade succomba après un survie de cinq jours.

Quelques années plus tard, Jaboulay² tentait la même opération pour une anurie datant de huit jours. Il fit la section de l'uretère gauche

1. Le Dentu. *Affections chirurgicales des reins et des uretères*, p. 804.

2. Jaboulay. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 1892, p. 488.

et l'aboucha à la peau de la région lombaire : la mort survint malgré cela deux jours après.

Ce sont les seuls exemples que je connaisse d'urétérostomie dans ces conditions : dans tous les autres cas, la néphrostomie a été préférée, et je le comprends. Découvrir le rein dilaté est plus simple que de découvrir l'uretère : celui-ci même dilaté, est parfois très difficile à reconnaître, dans une plaie large et très exposée : j'ai eu en effet une fois à rechercher près des vaisseaux iliaques un uretère dilaté au-dessous d'une fistule. Nélaton et moi nous voulions l'aboucher à la vessie et le cherchions au niveau du détroit supérieur. Eh bien, nous eûmes les plus grandes difficultés à le reconnaître, et cependant il n'y avait pas d'adhérence, l'abdomen était ouvert, la plaie était large ; que serait-ce au fond d'une plaie lombaire, profonde, peu accessible ?

Le rein au contraire est facilement abordable : une fois mis à nu, on l'incise, et on crée la fistule par la mise à demeure d'une sonde ou d'un drain dans sa cavité distendue. La *néphrostomie* est à la fois plus simple et plus pratique que l'urétérostomie : au point de vue du drainage, elle ne lui est pas inférieure. Telles sont les raisons et la préférence des chirurgiens pour la néphrostomie.

Mais les bénéfices de l'opération valent-ils la peine de la pratiquer ? A cela, Messieurs, quelques faits vont répondre : Patel dans le mémoire auquel j'ai fait allusion rapporte six observations de néphrostomie : pour quelques malades la survie a été de plusieurs mois. Poncet¹ a une survie de trois mois ; une malade de Chavannaz² était encore bien portante cinq mois après l'opération. L'opérée de Nanu³ était encore vivante en bon état cent treize jours après la néphrostomie, et les trois malades de Jayle⁴, Labbé et Desfosses, survécurent dix-huit, soixante-treize et cent cinq jours.

Je puis ajouter une observation personnelle à celles qui précèdent : elle vient prouver comme elles le bénéfice prolongé que l'on peut obtenir de la néphrostomie.

Le 27 juin 1899, j'étais appelé à Versailles par mon confrère le D^r Milon auprès d'une malade atteinte d'un cancer inopérable de l'utérus. Depuis cinq jours, elle était anurique : l'anurie était survenue

1. Cité par Patel, p. 213.

2. Chavannaz. *Ann. de Gyn.*, 1899, t. I, p. 368.

3. Nanu. *Cong. intern. de Méd.*, 1900 (sect. de chir. urin., p. 66).

4. *Ann. de Gynéc.*, t. II, 1895, p. 195.

brusquement, et la malade ne présentait aucune trace d'urémie. Il n'y avait pas d'œdème, la pupille n'était pas rétrécie, il n'y avait aucun malaise : la tolérance était parfaite. Les deux reins se sentaient, ils avaient un volume à peu près égal, débordant de trois travers de doigt les fausses côtes de chaque côté. Du côté droit, il n'y avait pas de douleurs à la palpation ; mais du côté gauche, le rein était un peu sensible.

La malade était âgée de quarante-deux ans ; elle était au courant de sa situation, elle savait qu'elle était atteinte d'un cancer, que sa maladie était incurable, que ses jours étaient comptés. Mais aussi elle était mère de famille, elle avait besoin de vivre encore quelque temps, et elle nous demandait de différer au besoin par une opération l'issue fatale dont elle se sentait menacée à brève échéance.

L'opération fut pratiquée séance tenante : je choisis le rein gauche, parce qu'il était douloureux ; c'était pour moi l'indice que ce rein venait d'être brusquement troublé dans son excrétion, qu'il était le dernier atteint, c'est-à-dire le moins lésé.

Une incision lombaire pratiquée sous l'anesthésie chloroformique me permit de mettre à nu le bord externe du rein gauche. Je le reconnus facilement ; il était dilaté, mais une bonne épaisseur de parenchyme était encore conservée. Je le ponctionnai au bistouri, et introduisis un drain dans l'orifice que je fixai à la peau. Au moment où le rein fut ouvert, une certaine quantité d'urine s'échappa du bassin.

Ultérieurement, le drain fonctionna régulièrement, et chaque jour une quantité d'urine, dont je n'ai pu avoir la valeur numérique, s'écoula par le drain.

A plusieurs reprises, notamment dès le lendemain de l'opération, quelques grammes d'urine passèrent par la vessie et l'uretère : cette urine venait probablement du rein opéré, dont l'uretère conservait ou retrouvait de temps à autre une perméabilité d'occasion.

Cette malade fut opérée le 27 juin 1899 : elle mourut le 27 novembre de la même année, soit cent cinquante-cinq jours après l'opération.

C'est une des survies les plus longues qui aient été obtenues : les conditions d'ailleurs étaient ici très favorables, la malade était jeune, non cachectique, encore résistante, l'opération avait précédé l'urémie.

Aussi bien je ne saurais vous donner de meilleur exemple pour vous montrer ce que la néphrostomie doit donner dans ces circonstances.

Je n'oserais vous dire que vous obtiendrez toujours un résultat aussi favorable, c'est que le bénéfice à obtenir de l'opération est subordonné non seulement au facteur anurie, mais aussi à l'élément cancer.

Il est des *anuries précoces*, qui se produisent relativement de bonne heure avec un cancer qui quoique propagé n'a encore que peu retenti sur l'état général : il n'y a pas de cachexie, et une fois la complication levée, la malade peut vivre toute la durée que lui permet son cancer encore jeune. Et alors le bénéfice de l'opération se comptera par semaines.

Puis il est des *anuries tardives, ultimes* ; c'est ainsi qu'elles se présentent le plus souvent, au terme d'un cancer étendu, chez une femme amaigrie, cachectique et intoxiquée. Il n'y a plus qu'un souffle de vie, et l'anurie a plus de gravité qu'il n'en faut pour l'éteindre. Ici le bénéfice sera minime, se comptera par jours, et quand il sera vraiment trop tard, ne vous donnez même pas la peine d'opérer ces malades ; ce serait inutile : elles ne résisteraient pas à l'opération.

L'opération a donc ses indications et ses contre-indications.

D'abord elle doit être *précoce* : j'entends qu'une fois l'anurie déclarée, la néphrostomie sera pratiquée le plus tôt possible. Plus on opère tôt, moins sera profonde l'intoxication et moins aléatoire le résultat. Il serait même préférable de prévenir l'anurie imminente que de la traiter réalisée ; la néphrostomie gagnerait à être faite dès que la diminution de la sécrétion annonce à brève échéance l'oblitération complète des uretères.

L'opération doit encore être *rapide*, parce que chez ces malades une opération longue sous le chloroforme ne manquerait pas d'aggraver l'intoxication dont elles sont menacées. Actuellement, il est vrai, avec la rachicocaïnisation nous avons un moyen d'anesthésie bien supérieur en l'espèce au chloroforme, la cocaïne n'a qu'une action insignifiante sur le système rénal, il n'en est pas de même du chloroforme et c'est la principale raison pour laquelle je vais opérer notre malade à la cocaïne.

A l'opération, je reconnais cependant des *contre-indications*, c'est d'abord l'*urémie* : si l'anurie a duré trop longtemps, si l'urémie est menaçante ou déjà commencée, il est trop tard, les accidents ne pourraient être enrayés.

C'est ensuite la *cachexie* profonde des malades ; si le cancer est à sa dernière période, si sans anurie la malade est à bout de force, n'en

a plus que pour quelques jours, à quoi bon tenter une opération, frappée d'avance de stérilité ? De même l'âge avancé est une contre-indication et je vous rappelle que dernièrement j'ai refusé d'opérer une malade parce qu'elle avait soixante-seize ans.

Je ne vois aucune de ces contre-indications formelles chez la malade qui fait le sujet de notre entretien : elle a cinquante et un ans, elle est déjà quelque peu cachectique, mais l'urémie grave n'est pas encore là, et j'espère que l'opération pourra quelque temps au moins la prolonger.

Une question me reste encore à traiter : la néphrostomie est décidée, quel rein faut-il choisir ?

Lorsque les deux reins sont également distendus, on peut choisir l'un ou l'autre, le droit de préférence parce qu'il est abaissé ; mais telle ou telle circonstance peuvent conduire de préférence à ouvrir un côté plutôt que l'autre. Par exemple, la douleur me servit de base sur ma première malade pour inciser à gauche. De ce qu'il y avait douleur à gauche, je pouvais en effet penser que ce rein fonctionnait encore quelques jours avant, et qu'une obstruction brusque avait arrêté son fonctionnement.

Ici je prendrai le rein droit parce qu'il est un peu moins volumineux que le gauche : et quand il y a entre les deux reins une inégalité de volume, je choisis de préférence le moins volumineux, parce que je suppose qu'il a été le dernier atteint, que sa destruction est moins complète.

Lorsqu'on ne sent qu'un seul rein, c'est de ce côté qu'il faut agir parce que de l'autre côté ou le rein manque ou il est atrophié, dégénéré sous une autre influence.

Je ne puis envisager l'hypothèse où aucun rein ne serait appréciable, car je ne pense pas qu'elle se soit jamais réalisée ; l'obstruction des reins se fait progressivement, il est donc nécessaire que les reins se distendent peu à peu, et pour ne pas les sentir, il faudrait des conditions de volume et d'adiposité telles qu'elles sont invraisemblables.

Aussi bien j'affirme que dans l'anurie par cancer, on doit savoir trouver au moins un rein augmenté de volume ; c'est celui-là que vous choisirez, sans vous occuper de celui de l'autre côté que vous supposerez atrophié et perdu par une cause qui vous échappe.

Chez notre malade, je vais donc pratiquer la néphrostomie à droite, sous l'anesthésie lombaire. Le rein est sensible, la malade amaigrie,

l'opération sera rapidement menée : à l'aide d'une incision lombaire, je découvrirai le rein, je le ponctionnerai, et à travers cette incision juste assez grande pour recevoir l'index je placerai, comme Chavannaz, une sonde de Pezzer dans le bassinet, et l'opération sera ainsi réduite à son minimum de complexité et de choc.

Opération. Résultat. — L'opération est pratiquée le 9 juillet 1901 avec l'aide de M. Chevassu interne.

J'injecte d'abord dans le troisième espace intervertébral lombaire 2 centigrammes de cocaïne.

La malade est couchée sur le côté gauche, et dix minutes après l'anesthésie est suffisante pour que je puisse commencer l'opération.

Incision lombaire classique, mais moins longue que d'habitude.

Après ouverture de la couche musculo-aponévrotique, la graisse périrénale apparaît ; au-dessous je vois le rein distendu. Je libère une faible partie de sa surface et le ponctionne au bistouri : un flot d'urine sanglante s'échappe. Dans l'orifice du rein, je place une sonde de Pezzer qui entre librement, et je ferme la plaie superficielle comme d'habitude, en laissant seulement l'orifice pour le passage de la sonde. L'opération a duré dix minutes.

L'urine s'écoula ultérieurement par la fistule, mais la quantité ne fut pas mesurée : quelques grammes cependant passèrent encore par la vessie.

La malade supporta très bien le choc si minime de l'opération, mais la cachexie s'accrut rapidement, et la mort survint au dixième jour.