

lade qui avait conservé une fistule à la suite de la néphrectomie pour pyonéphrose. M. Reynier a communiqué cette année son observation à la Société de chirurgie; voici l'exposé du manuel opératoire auquel il s'est arrêté : Après avoir réséqué une première fois par la voie lombaire une certaine étendue de la longueur de l'uretère, M. Reynier dut en venir à une autre opération pour atteindre la partie terminale du conduit, et, après avoir encore une fois cherché vainement à l'aborder par la voie pararectale, il se décida à l'atteindre par la région inguinale. « Une fois la vessie dilatée et mis à demeure le ballon de Petersen, je fis une incision au-dessus de l'arcade crurale, et, le péritoine décollé, je me servis du canal déférent comme guide pour arriver jusqu'aux vaisseaux iliaques, au-dessus desquels devait normalement se rencontrer l'uretère; après quelques recherches, je pus enfin le découvrir non pas en ce point, mais un peu au-dessus et accolé au péritoine. Après l'avoir isolé et avoir pris la précaution de gratter avec une curette la muqueuse dans son trajet intra-vésical, je posai sur ce canal un fil à ligature au ras de la vessie et je terminai comme d'ordinaire l'opération, qui fut suivie d'une guérison complète, et actuellement encore persistante. » M. Reynier fait en outre remarquer, dans les commentaires qui suivent son observation, que le canal déférent sert de guide, et que, grâce à lui, on arrive facilement à trouver

l'uretère dans sa portion pelvienne, soit à l'endroit où celui-ci le croise, soit un peu au-dessus du point où le canal déférent croise les vaisseaux. La dilatation du rectum par le ballon de Petersen, en repoussant en avant le bas-fond de la vessie, facilite beaucoup l'isolement de l'uretère.

Cette incision inguinale nous paraît, en effet, préférable à l'incision iliaque de Twynam, car elle permet plus que celle-ci de se rapprocher de la vessie et de faire porter sa ligature plus immédiatement sur la portion intra-vésicale de l'uretère.

Si l'on se proposait de faire la néphrectomie et l'uretérectomie totale en une seule séance, c'est donc par la voie lombaire qu'il faudrait opérer: l'incision serait prolongée le long de la crête iliaque et du canal inguinal, et suivant les indications de M. Reynier, l'uretère serait découvert dans toute son étendue, lié à son extrémité vésicale et réséqué en même temps que le rein.

## IV

## DES GREFFES URETÉRALES

L'uretère est abouché à la peau ou à l'intestin : de là deux opérations différentes.

1° *Grefte de l'uretère à la paroi abdominale.* —



La première opération de ce genre a été faite par M. Le Dentu en 1889. Déjà, cependant, Laurenzi<sup>1</sup> (de Rome) avait, au cours d'une laparotomie où il y avait eu plutôt blessure de l'uretère, fixé le bout rénal de ce conduit à la paroi abdominale. Depuis lors Pozzi dans un cas semblable eut également recours à l'abouchement anormal à la peau de la région lombaire, préférant créer une fistule urétérale que de pratiquer une néphrectomie : celle-ci, il ne la fit que quelques mois plus tard pour guérir la fistule.

Voici le manuel opératoire que j'ai vu exécuter par M. Le Dentu : incision oblique dans le flanc gauche, et mise à nu de l'uretère dans la fosse iliaque jusqu'au point où le croisent les vaisseaux utéro-ovariens. Dilaté par l'urine (il s'agissait d'une hydronéphrose double avec anurie), le conduit apparut au fond de la plaie sous forme d'un cordon cylindrique d'un gris opalin, d'environ 7 à 8 millimètres de diamètre. Après l'avoir isolé, M. Le Dentu plaça en travers deux pinces hémostatiques le plus bas possible; l'uretère fut sectionné entre les deux pinces. Le bout supérieur fut alors fixé par quatre points de suture au crin de Florence à la partie la plus élevée de la plaie abdominale. Suture perdue des muscles et partielle de la peau. Un tube de caoutchouc non fenêtré, engagé dans l'uretère,

1. TREKAKI, *Du méat urétéral artificiel*. Th. de Paris, 1892.

conduisit l'urine à travers le pansement dans un urinal placé à côté de la malade.

Dès le premier jour de l'opération, la sécrétion urinaire, jusqu'alors supprimée, se rétablit; au bout de deux jours, elle était à 1500 grammes. La malade cependant succomba au treizième jour, de cachexie cancéreuse.

La complication la plus à craindre à la suite de ces opérations est la pyélonéphrite; celle-ci est presque inévitable chez l'animal, les expériences de Dastre, celles plus récentes de Trekaki l'ont montré, parce que les précautions antiseptiques sont rendues impossibles. Mais chez l'homme, il n'en est plus tout à fait de même; avec des précautions antiseptiques minutieuses, en maintenant dans un état de propreté rigoureuse toute la région qui avoisine le méat artificiel, on arrive à éviter l'infection. L'observation de Pozzi témoigne précisément de la tolérance extrême que présente le rein maintenu dans de bonnes conditions en communication avec l'extérieur : Pozzi, pour guérir sa malade, lui enleva le rein au bout de quelques mois, et ce rein examiné ne présentait cependant aucune apparence de lésion sérieuse, aucune trace de pyélonéphrite, bien que tout ce temps l'uretère soit resté en communication avec l'extérieur et exposé à l'infection.

2° *Greffe de l'uretère à l'intestin*. — Pour dériver



le cours des urines sans créer une fistule cutanée, toujours désagréable, on a songé à aboucher l'uretère à l'intestin. Lors de fistule urétérale, au lieu de recourir d'emblée à la néphrectomie, plusieurs opérateurs ont pensé de même qu'il y avait avantage à suturer le bout urétéral à l'intestin. Cette greffe intestinale de l'uretère a été tentée bien des fois sur l'animal; les résultats n'en ont pas été très encourageants.

Bardenheuer, un des premiers, tenta d'aboucher un des uretères dans le rectum; ses animaux succombèrent rapidement à la dilatation urétérale et à la pyonéphrose. Novaro, Tuffier ne furent guère plus heureux.

Malgré l'insuccès de ces premières tentatives expérimentales, Chaput<sup>1</sup> se décida, en 1892, à pratiquer l'abouchement de l'uretère dans le colon iliaque d'une malade qui avait conservé, à la suite d'une hystérectomie incomplète, une fistule urétérovaginale. Chaput fit, du côté gauche correspondant à la fistule, une longue incision sur le prolongement de l'épine iliaque antérieure, en la recourbant en bas parallèlement à l'arcade crurale. Après quelques hésitations, on trouva l'uretère notablement dilaté, et on s'assura par une ponction suivie de l'issue d'un liquide clair, qu'on avait bien sous

1. *Soc. de chirurgie*, 5 mai 1895, et *Sem. méd.* 1895, p. 227.

les yeux le conduit urétéral. L'uretère ayant été sectionné entre deux pinces, Chaput aboucha le bout supérieur dans le colon iliaque, en faisant successivement une première rangée de points de suture séro-séreux, puis après l'incision de l'intestin, un deuxième plan de sutures muco-muqueuses pour les lèvres postérieures des deux orifices, et enfin un plan muco-muqueux suivi d'un plan séro-séreux pour les lèvres antérieures. Il termina l'opération en faisant un drainage avec de la gaze au salol. Les suites opératoires furent très simples et la malade guérit parfaitement; à l'époque où Chaput communiquait son observation à la Société de chirurgie, elle était encore bien portante, il ne s'était développé aucune infection ascendante; elle a quatre ou cinq fois par jour des selles liquides résultant du mélange de l'urine avec les matières fécales. Chaput<sup>1</sup> a eu deux autres fois l'occasion de pratiquer la même opération chez l'homme, et ces deux fois encore avec succès.

Ces succès semblent très encourageants: cependant toutes les expériences s'accordent pour reconnaître à l'abouchement de l'uretère dans l'intestin une réelle gravité, immédiate ou éloignée: les récentes communications de Harvey Reed<sup>2</sup>, de

1. *Bull. de la Société anatomique*, 1892, p. 801.

2. HARVEY REED, *Med. Record*, juillet 1892.



Morestin<sup>1</sup>, de Tuffier<sup>2</sup> ont à nouveau montré comment la pyélonéphrite par infection ascendante ou l'hydronéphrose par rétrécissement amenaient souvent la mort, quand la péritonite aiguë ne survenait pas dès les premiers jours, causée par l'infiltration d'urine et l'insuffisance des sutures.

Pour des fistules uretérales siégeant bas, assez près de la vessie, il paraît certainement plus simple de pratiquer l'abouchement du bout supérieur de l'uretère abaissé à une fente de la vessie. Cette opération, dont les ablations de tumeurs vésicales implantées au niveau des orifices uretéraux ont montré la réalisation praticable, se présente à première vue dans des conditions beaucoup plus simples pour le présent et l'avenir du malade, que ne l'est la greffe intestinale.

1. MORESTIN, *Bull. de la Société anatomique*, 1892, p. 799.

2. TUFFIER, *Bull. de la Société anatomique*, 1892, p. 808.

## DEUXIÈME PARTIE

DES INDICATIONS  
ET CONTRE-INDICATIONS OPÉRATOIRES  
DANS LES AFFECTIONS CHIRURGICALES DU REIN  
ET DE L'URETÈRE