

minale. Le plus souvent d'ailleurs il y a eu erreur de diagnostic : on incise en avant pour une tumeur abdominale, on trouve un rein mobile et malade, et on termine par une néphrectomie transpéritonéale.

Si l'on prévoyait à l'avance l'état du rein, faudrait-il opter pour la néphrectomie antérieure contre la lombaire? C'est une erreur de croire que la mobilité extrême du rein, la longueur du pédicule doivent faciliter toujours l'abord de l'organe par la voie abdominale : Polaillon, au cours d'une néphrectomie transpéritonéale pour rein mobile, éprouva les plus grandes difficultés à amener le rein à l'extérieur. Cette opération ne serait donc justifiée que par la fixité relative du rein très bas dans l'abdomen (Le Dentu), au milieu des adhérences d'une ancienne péritonite circonscrite ou par le volume énorme de la tumeur. En dehors de ces cas, il vaut mieux aborder le rein par la voie lombaire.

III

DES CALCULS DU REIN

On trouve, jusque dans les temps les plus reculés de l'histoire de la chirurgie, des opérations faites sur le rein et dont le résultat fut l'évacuation d'une collection purulente et l'extraction d'un ou de plu-

sieurs calculs. Mais tous ces faits, comme ceux postérieurs de Mezéray, de Richieri (1516), de Cardan (1557), de Bayrs, de Fernels, de Laffitte (1753), de Hévin (1787), malgré toutes les discussions dont ils ont été l'objet, n'ont plus guère qu'un intérêt historique.

La période moderne commence en 1870; à cette époque, Durham¹ pratique la néphrotomie sur une malade qu'il croyait atteinte de néphrite calculuse : c'était une erreur, au cours de l'opération le rein fut reconnu sain. La même année, Moses Günn, Bryant et Callender pratiquaient, de propos délibéré, la néphrotomie dans le même but. Ils furent plus heureux et parvinrent à extraire des calculs inclus dans le rein abcédé. Ces premières tentatives ne restèrent pas longtemps isolées; les observations bientôt se multiplièrent et les cas de néphrotomies pour pyonéphroses calculuses ne se comptent plus aujourd'hui.

Toutefois, on n'avait jamais encore pratiqué, de propos délibéré, l'incision d'un rein sain pour en extraire un calcul. Les conseils et les tentatives d'Annandale et de Smith en 1869 étaient restés sans résultats : les opérations d'Annandale en 1875, de Lente et de Barbour étaient restées infructueuses; on n'avait pas trouvé de calcul. C'est en 1880, le 11 février, que Morris² réussit pour la première

1. DURHAM, *Med. Times*, 1870, t. I, p. 182.

2. MORRIS, *A case of nephrolithotomy*, *Clin. Soc. Trans.* 1881.

fois à enlever d'un rein non suppuré le calcul qui s'y trouvait inclus. Ce fut un plein succès; le malade guérit rapidement, et presque aussitôt l'exemple était suivi un peu partout, en Angleterre, en Amérique, en Allemagne; dès 1881, M. Le Dentu pratiquait en France la première néphrolithotomie.

En présence d'un calcul du rein, le chirurgien dispose de deux méthodes, la néphrectomie, qui supprime le rein, et la néphrolithotomie, qui supprime le calcul et conserve le rein. Contrairement à Morris, mais conformément à M. Le Dentu, j'entends par néphrolithotomie toute opération ayant pour résultat l'extraction d'un calcul, que le rein soit sain ou qu'il soit infecté et distendu.

Les calculs rénaux évoluent parfois pendant longtemps avec un minimum de symptômes; mais il vient toujours une heure où, restant fixés dans le rein par leur volume ou par leurs connexions, ils révèlent leur présence par trois ordres de symptômes, par des douleurs, des hématuries, des phénomènes réflexes. Après une période de tolérance variable suivant les cas, tous ces troubles finissent par prendre une acuité extraordinaire, qui rend la vie insupportable et force le malade à réclamer l'intervention. D'ailleurs, à toute période le calculeux du rein est exposé à voir survenir des complications multiples, qui modifient la marche de la maladie, en aggravent le pronostic, et imposent au chirurgien une attitude différente; ces

complications, je les ai classées en trois groupes : ce sont : 1° des accidents de migration (coliques néphrétiques); 2° des accidents d'obstruction (anurie, hydronéphrose); 3° des accidents d'infection (pyélonéphrites, pyonéphroses, phlegmons périnéphrétiques) (Legueu)¹.

Suivant que le calcul du rein est simple ou compliqué de l'un ou l'autre de ces accidents, le traitement chirurgical à instituer variera nécessairement; et l'association de ces divers accidents ou complications permet de réduire à trois principales les conditions cliniques dans lesquelles le chirurgien est appelé à intervenir : 1° calcul dans un rein sain et de dimensions normales; 2° calculs dans un rein abcédé et de dimensions anormales; 3° anurie calculeuse et obstruction de l'uretère.

1° *Calcul dans un rein sain et de dimensions normales.* — La série des lésions de distension et de sclérose ou d'infection, qui finissent toujours à la longue par se développer dans un rein calculeux, suffit à prouver que l'intervention chirurgicale doit être précoce, si l'on veut conserver au malade tout ou partie de son rein. Mais si l'intervention a beaucoup plus de chance d'être efficace par sa précocité, le diagnostic en revanche n'est pas facile à établir, lorsqu'il n'y a pas altération du rein.

1. LEGUEU, *Des calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical*. Th. doct., Paris, 1891.

Sans doute, lorsque la coexistence de l'hématurie et de douleurs, provoquées par les mouvements et la marche, se retrouve avec cette persistance caractéristique que l'on observe chez quelques malades, le diagnostic n'offre pas de grandes difficultés, et il est facile, à l'aide de ces seuls signes, d'arriver dans le diagnostic à une presque certitude. Mais les cas aussi nets, aussi évidents ne sont pas les plus fréquents : et nombreuses sont les erreurs commises dans le diagnostic des calculs du rein : nous y avons ailleurs longuement insisté et nous n'avons pas à étudier ici les modalités symptomatiques qui permettent de les éviter.

Il est en particulier des états douloureux du rein, qui avec ou sans hématurie peuvent revêtir de tous points les allures des calculs rénaux ; l'erreur est dans ces cas inévitable. J'ai eu l'occasion d'observer deux malades, opérés par M. Guyon, et chez lesquels l'exploration est restée négative alors que la coexistence de tous les signes du calcul semblait permettre de poser un diagnostic sans hésitation. Une certaine confusion règne encore au sujet de la pathogénie et de la nature de ces différents états douloureux, et nous avons eu l'occasion¹ dans un travail d'ensemble de discuter après Teale, Duncan, Ralfe, Malécot la question de la néphralgie essen-

1. LEGUEU, *Des névralgies rénales. Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1891.

tielle : que la névralgie du rein soit essentielle et primitive, ou secondaire à une névrose, à une affection locale ou à une intoxication quelconque, peu importe : le seul fait à retenir, c'est qu'en dehors de la lithiase on observe parfois des états douloureux du rein avec ou sans hématuries, dont le diagnostic avec les calculs est le plus souvent impossible d'après le seul examen des signes fonctionnels.

Il n'y a pas non plus à compter beaucoup sur l'exploration du rein : les différents modes d'exploration ne donnent pour la plupart que des résultats imparfaits, incertains, dans la recherche des calculs du rein.

Dans quelques cas rares (Shaposchnikoff, Israël, Le Dentu, Guyon) on a pu sentir à la palpation un corps dur, un calcul dans le rein : mais ce ne sont là que des faits isolés, et l'on doit admettre comme un principe que la palpation médiate est incapable de fournir un élément de diagnostic.

Il en est de même de l'exploration par le rectum qui a été recommandée par Simon ; elle est condamnable à tous les points de vue, et la ponction à travers les téguments, malgré les succès que lui doivent Barker¹, Jones², Barlow et Godlee³, est aveugle et incertaine.

1. BARKER, *Lancet*, 1880.

2. JONES, *Brit. Med. J.*, 1885, p. 1069

3. BARLOW et GODLEE, *Trans. of clinic. Soc.*, vol. XXV, p. 154

Aujourd'hui donc tout le monde est d'accord pour rejeter ces moyens inutiles et dangereux et pour recourir d'emblée dans les cas difficiles à l'incision exploratrice, seule capable de donner sur l'état du rein et sur ce qu'il contient des renseignements précis. Celle-ci est universellement conseillée et pratiquée par Morris, Barker, Lloyd, Knowsley Thornton, Bryant, Lucas en Angleterre; par Gross, Belfield, Newmann en Amérique; et en France par MM. Guyon et Le Dentu.

L'incision exploratrice en effet n'a de gravité que celle de la lésion qui la nécessite. Il suffit de consulter les nombreux documents accumulés par Récamier dans sa thèse pour en être convaincu. Les faits empruntés aux chirurgiens les plus éminents suffisent à prouver cette innocuité: la statistique de Gross¹ comporte 23 cas d'incision exploratrice sans une seule mort, et Newmann², rassemblant 42 cas d'incision, ne trouve pas non plus un seul accident.

Sans danger pour le malade, l'incision exploratrice est presque toujours favorable à la lésion. S'il est un calcul, elle en permet l'extraction immédiate, elle n'est dès lors que le premier temps nécessaire de la néphrolithotomie. Si au contraire il n'y a pas de calcul, l'incision n'en reste pas moins utile. De

1. GROSS, *Am. J. of the med. Soc.*, 1885.
2. NEWMANN, *Loc. cit.*

nombreux faits, ceux de Hulke, de Annandale, de Belfield, de Kendal Francks, de Clément Lucas, de Mayo Robson, de Tiffany¹, de Le Dentu et bien d'autres encore, suffisent à démontrer l'utilité de l'incision exploratrice, dans des cas où l'opération faite pour rechercher et vérifier la présence supposée d'un calcul ne rencontrait aucun corps étranger. S'agit-il, dans ces cas, d'une mobilité légère du rein qui a été réduite et fixée par l'opération (Morris), s'agit-il d'une périnéphrite chronique dont les adhérences ont été dissociées, de graviers passés inaperçus et que l'incision a mobilisés et déplacés (Le Dentu), de capsule trop tendue et libérée (Tiffany) ou de simple névralgie, comme nous le pensons pour un certain nombre de cas? Ce sont là des questions que nous avons ailleurs² traitées et discutées; à quelque interprétation qu'on se rattache, une notion très importante se dégage, c'est que, après l'incision exploratrice du rein tentée pour la recherche d'un calcul, on peut voir disparaître ou s'atténuer les phénomènes douloureux éprouvés par les malades, alors que la recherche du calcul est restée négative. Le débridement de la capsule ou la néphrotomie dans la tuberculose rénale sans rétention n'est même pas nuisible: dans un fait de Barker, une notable amélioration

1. TIFFANY, *Annals of surgery*, août 1889, p. 404.
2. F. LEGUEU, *Des névralgies rénales*, *loc. cit.*

de quelques mois suivit le drainage, bien que le rein fût tuberculeux. Deux autres faits de Lucas et de Belfield montrent encore non seulement l'innocuité, mais aussi l'efficacité accidentelle de l'incision sur un rein tuberculeux, qu'on croyait calculeux. Aux avantages de l'incision exploratrice il n'y a donc pas d'inconvénients à opposer.

Indications de l'incision exploratrice. — Morris¹, dans un important travail où il s'attache à préciser les signes du calcul rénal à ses débuts, et, après lui, Bruce Clarke² ont posé les indications de l'incision exploratrice.

« Elle est indiquée toutes les fois que la persistance à longue durée d'une douleur rénale intense s'accompagne de la fréquence des mictions et de l'émission intermittente d'urines sanglantes avec un peu de pus, alors que rien dans la vessie, rien dans la prostate, ne suffit à expliquer ces signes.

« 1° L'hématurie et la purulence des urines en l'absence de toute lésion des voies urinaires inférieures ne suffit pas : il faut la douleur, et la douleur rénale avec irradiation dans l'aîne et jusqu'au testicule.

« 2° La douleur seule, quand elle est persistante et paroxystique, s'accompagne de sueurs, de nau-

1. MORRIS, *Brit. Med. J.*, 1885.

2. *Med. Society*, mars 1887.

sées, de vomissements, suffit à légitimer l'exploration.

« 3° Quand les signes précédents, douleurs, hématuries, pus, surviennent chez un malade dont l'urine est acide, qui mène une vie sédentaire, et qui a des tendances à la goutte, il faut essayer longuement le traitement alcalin avant de faire l'exploration. » (Morris.)

La douleur et l'hématurie, par leur persistance et leur ténacité, constituent les symptômes les plus importants sur lesquels on soit autorisé à baser l'indication de l'incision exploratrice. Lorsque chez un lithiasique avéré on voit brusquement cesser l'expulsion des graviers, alors qu'apparaissent dans le flanc des douleurs localisées ou irradiées, ou bien lorsque chez un sujet sans antécédents de lithiase, les mêmes douleurs, provoquées, se reproduisent accompagnées ou non d'hématurie, avec une intensité ou une persistance que le traitement médical est impuissant à enrayer, on peut presque à coup sûr poser le diagnostic de calcul du rein.

La douleur et l'hématurie en effet, surtout lorsqu'elles se présentent avec ce caractère très net de provocation par les mouvements, sont, à peu d'exceptions près, caractéristiques de la présence d'un calcul dans le rein. La pyurie au contraire, malgré l'opinion des auteurs anglais, est sans aucune valeur : nous avons montré dans notre thèse comment l'évolution des calculs du

rein se faisait longtemps aseptique, sans infection, sans suppuration du bassinnet ni du rein ; comment l'infection, lorsqu'elle se produisait, n'avait que la valeur d'une complication légère ou grave, mais que jamais et en aucun cas la présence du pus dans les urines ne méritait d'être utilisée pour le diagnostic des calculs rénaux. Pour nous, l'association des deux symptômes, douleur et hématurie, fixes dans leurs caractères, constants dans leur reproduction, est le seul élément sur lequel le diagnostic de calcul rénal ait raison de s'établir, et l'incision exploratrice de baser son opportunité.

Il faut autant que possible inciser de bonne heure, parce que « le chirurgien ne doit pas seulement sauver la vie de son malade, mais encore préserver de la destruction les tissus sécréteurs de l'organe atteint » (Newmann). A chaque instant, le calculeux du rein n'est-il pas exposé à des complications de rétentions ou d'infection qui sont susceptibles de compromettre pour toujours l'intégrité de l'organe : il n'y aura donc jamais avantage à attendre pour agir que le rein ait augmenté de volume et il faut toujours penser que l'opération se présente dans des conditions d'autant plus favorables, au point de vue de la fonction et de la vie, qu'elle s'adresse à un organe moins altéré.

Néphrolithotomie et néphrectomie. — Le rein est mis à nu par l'incision lombaire ; deux cas se pré-

sentent : le calcul est facilement déconvert à la palpation dans le bassinnet ou dans le rein, ou bien on ne le sent pas.

Si le calcul est senti dans le bassinnet, ou s'il se laisse voir à la surface amincie du rein, il n'y a qu'à inciser à son niveau le bassinnet ou le rein, à l'extraire, et à faire les sutures après s'être assuré qu'il ne reste pas d'autres graviers.

Si au contraire une palpation extérieure minutieuse ne donne aucun résultat, il ne faut pas s'en tenir là, il faut de suite recourir à l'incision ; l'incision franche du rein est de beaucoup préférable à l'incision du bassinnet. Celle-ci ne convient qu'aux cas où le calcul est en quelque sorte extérieur au rein, quand il fait hernie au dehors du sinus : en toute autre condition, il vaut mieux aborder ou chercher par l'incision franche du bord convexe un calcul inclus même dans le bassinnet, à plus forte raison s'il est dans les calices.

La conservation du rein est donc la règle, et l'opération doit se borner à l'extraction du calcul. Mais l'incision réserve des surprises ; on croyait le rein sain et on se trouve en présence d'un organe atrophié ou transformé en poche kystique avec une multitude de calculs ; la néphrectomie primitive devient discutable. Deux indications doivent y conduire, la difficulté ou l'impossibilité d'enlever tous les calculs, et l'inutilité évidente pour l'avenir du parenchyme rénal atrophié.