

La difficulté d'enlever tous les calculs suffirait à elle seule : elle se rencontre dans les cas où le rein ne forme plus qu'une poche, bien que l'organe ait conservé à peu près sa configuration propre et son volume normal : sur un rein que M. Monod présentait à la Société de chirurgie, il n'y avait plus qu'une vaste poche à parois minces, renfermant un calcul volumineux, ramifié en forme de corail : des pierres plus petites étaient disséminées dans la paroi en nombre considérable. L'extraction eût été forcément incomplète et la néphrectomie était indispensable. La même conduite serait à suivre si l'on trouvait le rein atrophié ou kystique.

Dans ces conditions, il est évident que le parenchyme rénal n'est plus guère utile à la sécrétion, et la néphrectomie ne prive pas le malade d'une voie importante d'élimination.

Toutefois la néphrectomie primitive ne doit jamais être tentée, tant que l'on n'est pas absolument sûr de l'état du rein opposé : mieux vaudrait créer une fistule urinaire par la néphrotomie que de s'exposer à des accidents rapidement mortels. La mortalité de la néphrectomie primitive appliquée à cette catégorie de lésions est considérable : sur huit opérations, je trouve quatre morts par altération concomitante de l'autre rein ; et parmi les survivants, voici un malade opéré en 1885 par Le Dentu, dont le rein unique présentait lui-même au bout de quelque temps des signes de calculs

qui nécessiterent une nouvelle opération ; voici un autre malade, de Clément Lucas¹, qui fut pris au bout de cinq mois d'anurie calculeuse ; une nouvelle opération fut pratiquée d'urgence dans ces conditions, et parvint à guérir le malade. Toutes les fois donc qu'il persiste un doute sur l'intégrité de l'autre rein, il vaut mieux s'en tenir à la néphrolithotomie, au risque d'avoir une fistule, et d'être obligé d'en venir plus tard à la néphrectomie secondaire.

2° *Calcul dans un rein abcédé et de dimensions anormales.* — Dans ses formes les plus légères, la pyélite ne modifie pas d'une façon appréciable la forme du rein, et nombre des cas que nous avons eus précédemment en vue rentrent dans la catégorie des pyélites, légères et atténuées ; le rein était infecté, mais ses lésions étaient insignifiantes, son aspect était encore normal. Mais dès qu'à la pyélite ou à la pyélonéphrite s'ajoute la rétention, l'augmentation de volume du rein devient appréciable et fait tumeur.

Reconnaître une pyonéphrose, c'est chose fort simple, mais dire si elle est calculeuse est souvent beaucoup moins facile.

Les antécédents du malade et les conditions dans lesquelles la tumeur s'est développée sont à peu

1. *Clin. Soc. of London*, 1885.

près seuls capables de servir au diagnostic du calcul : l'existence dans le passé de coliques néphrétiques avec expulsion de graviers, la présence maintes fois constatée de dépôts sablonneux dans l'urine, des hématuries répétées, ou des douleurs lombaires continues avec exacerbations intermittentes. Voilà autant de raisons pour admettre l'hypothèse d'un calcul primitif dans une tumeur secondaire. Mais le calcul reste parfois latent jusqu'au jour de l'infection, et il n'y a plus à compter sur les signes précurseurs, qui font défaut. On a invoqué alors en faveur du calcul la longueur et la netteté des intermittences de la pyurie, le volume et le développement rapide de la tumeur pyonéphrotique; ces signes ne sont nullement caractéristiques. On invoque encore comme un signe de certitude cette douleur aiguë, subite, lancinante que détermine la recherche du ballottement dans certains pyonéphroses calculeuses, douleur bien différente des sensations plus vagues, plus sourdes éprouvées par le malade, lorsqu'il n'y a pas de calcul. Mais c'est en vain : le plus souvent avant l'incision il n'y a que de simples probabilités; la certitude n'est donnée qu'avec l'incision.

Une fois reconnue la pyonéphrose calculeuse, les difficultés recommencent. La néphrectomie s'oppose à la néphrolithotomie; faut-il enlever les calculs seulement ou supprimer du même coup le rein calculeux et avec lui un organe infecté. sup-

puré, dilaté, et perdu pour la fonction. Ces deux opérations ont chacune leurs avantages et leurs inconvénients.

La plupart des chirurgiens préfèrent la néphrolithotomie : un petit nombre seulement restent partisans de la néphrectomie primitive. Au cours d'une discussion de la Société de chirurgie de Londres¹, Morris reniait les préférences qu'il avait jusqu'alors manifestées pour la néphrolithotomie et se déclarait partisan de la néphrectomie lombaire sans néphrotomie préalable, pour les vastes pyonéphroses, qu'elles soient ou non calculeuses. Son avis est partagé par Bruce Clarke², par Thornton³, qui condamnent complètement l'incision du rein, et préfèrent la néphrectomie transpéritonéale; Imlach se rallie également à cette opinion, contrairement à Lawson Tait et à Newmann qui restent partisans de la néphrotomie.

En Allemagne, Israël, Czerny, Kuester préfèrent l'incision rénale. Bergmann⁴ au contraire, dont la statistique est particulièrement heureuse (4 opérations, 4 guérisons), recommande formellement de toujours enlever le rein en totalité et de ne pas se borner à ouvrir les abcès rénaux les uns après les autres.

1. *Brit Med. J.*, 10 nov. 1889.

2. BRUCE CLARKE, *Loc. cit.*

3. THORNTON, *Soc. roy. med. and surg.*, Londres, 26 février 1889.

4. BERGMANN, *Berl. klin. Woch.*, 12 janvier 1885.

En France, la question de l'intervention dans les pyonéphroses est moins discutée; elle était à l'ordre du jour du Congrès de chirurgie de 1886; MM. Trélat, Péan, Lucas-Championnière, Bouilly y soutiennent que la néphrotomie est la méthode de choix dans le traitement des pyélonéphrites suppurées. M. Le Dentu partage la même opinion, en faisant quelques réserves au sujet des altérations très avancées du rein avec adhérences étroites à la capsule adipeuse : il ne pourrait y avoir aucun avantage dans ces conditions à conserver un organe inutile.

Les arguments qu'on invoque en faveur de la néphrolithotomie sont surtout fournis par l'état de l'autre rein. La difficulté que l'on éprouve à se rendre un compte toujours exact de l'état du rein supposé sain, constitue déjà une raison suffisante, pour ne pas se décider d'emblée en faveur de la néphrectomie sans avoir préalablement pratiqué quelques-unes des explorations qui doivent fournir des indications précises à ce sujet. Et d'ailleurs alors même qu'au moment de l'opération, le rein opposé serait sain ou relativement sain, dans la suite il est susceptible de s'altérer à son tour et d'enlever au malade la seule source d'élimination qui lui reste. Telle fut l'histoire du malade de Clément Lucas, qui dut subir une néphrolithotomie sur le seul rein qui lui restait; telle est aussi

l'observation récemment publiée par Shepherd¹ d'une malade qu'il avait opérée en 1885 par la néphrectomie d'une pyélonéphrite calculeuse. Jusqu'à la fin de 1888, elle n'avait été nullement malade; à cette époque, elle commença à présenter des signes de suppuration du rein pour lesquels elle refusa toute intervention nouvelle; elle mourut au mois de mai 1890. A l'autopsie on trouva le rein droit transformé en une poche fluctuante, contenant du pus et des calculs; l'uretère était oblitéré par un calcul. Si la malade n'avait pas été antérieurement privée de son rein gauche, même avec une fistule, il lui restait une chance de survie.

En revanche, aux avantages de la néphrolithotomie, il convient d'opposer ses inconvénients; ils tiennent surtout à la persistance d'une fistule urinaire ou purulente. La fistule expose à une nouvelle opération pour l'avenir, à la néphrectomie secondaire; dès lors pourquoi ne pas pratiquer dès le début une opération qui deviendra indispensable dans la suite.

C'est là un des graves arguments à formuler contre la néphrolithotomie dans les pyonéphroses : cependant l'observation et la statistique montrent que malgré sa fréquence la fistule n'est pas constante, et qu'elle guérit spontanément à la longue. De plus l'inconvénient d'une fistule, même persis-

1. SHEPHERD, *Med. Record*, New-York, 2 août 1890.

tante pour l'avenir, n'est rien en comparaison du danger que la néphrectomie fait courir au malade, si l'autre rein n'est pas absolument indemne. Avec la néphrolithotomie, l'anurie n'est pas à craindre : le rein opposé s'habitue peu à peu au fonctionnement nouveau qui lui est imposé, on l'observera plus facilement et on se décidera plus tard s'il y a lieu pour la néphrectomie secondaire. Si, par malheur, l'autre rein devient un jour malade, toute opération radicale deviendra impossible, et le malade gardera sa fistule. Mais on peut vivre avec une fistule et un autre rein malade; avec un seul rein altéré, la vie n'est pas de longue durée.

On reproche encore à la néphrolithotomie les opérations incomplètes au cours desquelles furent laissés dans le rein un ou plusieurs calculs méconus. M. Guyon¹ a dans une clinique, en 1887, insisté sur l'importance de ces faits, et rappelant les observations incomplètes de Lucas-Championnière, de Le Fort, de Nicholson, d'Ollier, d'Elder, de Croft, il mentionnait à propos d'un fait personnel une particularité anatomique propre à certaines pyonéphroses : « La forme générale du rein se trouve notablement modifiée. L'augmentation de volume dont il est devenu le siège a déterminé l'incurvation de ses deux extrémités, qui tendent à enve-

1. GUYON, *De la taille rénale. Ann. des maladies des org. génito-urin.*, 1887.

lopper dans une demi-circonférence toute la région du bassin. L'organe s'incurve et prend une forme en fer à cheval. »

Cette disposition spéciale, sur laquelle insiste notre maître, explique aisément comment des calculs restent méconnus dans les extrémités du rein; on ouvre la cavité centrale, on enlève les calculs qu'elle contient, mais on néglige les extrémités, les cornes repliées du rein; on croit l'exploration suffisante, et elle ne l'est pas.

A côté des opérations incomplètes, rapportées plus haut, nous en signalerons d'autres publiées depuis 1886. Herczel¹, Shepherd², Morris³ dans deux cas, Kümmel⁴, Havard⁵, Lauenstein⁶, Chavasse⁷, Jenner Verall⁸, Godlee⁹ ont opéré par l'incision des pyonéphroses ou des pyélonéphrites, et l'opération a laissé méconnus dans le rein et l'uretère des calculs, qui furent plus tard expulsés par le malade, ou trouvés lors de la néphrectomie secondaire, ou à l'autopsie. Mais dans tous ces faits, l'exploration du rein n'a pas

1. HERCZEL, *Wiener med. W.*, déc. 1887, p. 1062, obs. III.
2. SHEPHERD, *Med. News*, 23 avril 1887.
3. MORRIS, *The Lancet*, 16 juin 1888, p. 1062.
4. KÜMMELE, *Centralb. f. Chir.*, 1890, p. 329.
5. HAWARD, *Transact. of Clin. Soc.*, 1882, p. 117.
6. LAUENSTEIN, *Deutsch. Mediz. Woch.*, 1887, n° 26, p. 568.
7. CHAVASSE, *The Lancet*, 1887.
8. JENNER VERALL, *The Lancet*, fév. 1888.
9. GODLEE, *The Practitioner*, 1887.

été faite avec le soin désirable : on s'est borné à inciser le rein sur un calcul saillant, sans que l'exploration minutieuse ait été poursuivie jusqu'aux extrémités, comme le conseille M. Guyon, et dans toutes les loges secondaires suivant les préceptes qu'il a formulés. Ces faits ne prouvent donc rien contre le principe même de l'opération dont la valeur reste intacte. D'ailleurs, dans certaines circonstances, la néphrolithotomie devient une opération de nécessité, la néphrectomie étant rendue impossible ou dangereuse par les adhérences avec les organes voisins, la veine cave, l'aorte et le péritoine; tels furent les faits de Billroth, de Braun où la mort survint par hémorragie au cours de l'opération : sur une pièce de M. Guyon, la veine cave adhère si intimement à la pyonéphrose calculeuse, que la néphrectomie eût été absolument impossible. Bureau¹ insiste sur ces difficultés de l'opération et conclut avec M. Guyon en faveur de la néphrolithotomie et contre la néphrectomie.

La néphrotomie conviendra donc à tous les cas de pyonéphroses calculeuses sans grand volume, sans destruction totale et complète du parenchyme rénal : la fistule à la suite n'est ni nécessaire ni inévitable. Dans un cas observé dernièrement par

1. BUREAU, *Traitement chirurgical des pyonéphroses*. Th. de Paris, 1889.

M. Guyon, la fistulisation ne dura que quelques semaines et la guérison spontanée se fit très rapidement. Il en sera ainsi lorsque l'uretère est perméable, et que les calculs sont la cause principale de la rétention. Au contraire la néphrectomie conviendra aux cas plus rares où l'on trouve un rein totalement désorganisé et incapable de fonctionnement pour l'avenir : l'imperméabilité de l'uretère plaiderait encore en faveur de la néphrectomie, à condition toutefois qu'il n'existe de l'autre côté aucune contre-indication.

Pour les tumeurs volumineuses, saillantes dans la cavité abdominale, la néphrectomie transpéritonéale se présente dans des conditions plus favorables que la néphrectomie lombaire. Terrier, Reclus et d'autres y ont eu recours plusieurs fois et avec succès.

Enfin entre ces deux méthodes doit prendre place dans certaines conditions très limitées la *néphrectomie partielle*, c'est-à-dire l'incision du rein, combinée à l'excision des seules parties malades.

Cette opération suppose des lésions limitées, et celles-ci sont bien rares : elle n'a été faite à notre connaissance que 4 fois pour calculs, 2 fois par Morris et une fois par Czerny¹. Le quatrième fait appartient à Kümmel² : il excisa toute la partie

1. Cité par HERCZEL, *loc. cit.*

2. *Centralb. für Chirurgie*, 1890.

supérieure du rein, en empiétant sur le tissu sain, la plaie rénale fut maintenue ouverte par des sutures à la peau : on avait enlevé environ le tiers de l'organe. Il ne s'écoula jamais une seule goutte d'urine par la plaie ; et la malade fut parfaitement guérie, à part deux petits calculs laissés sans doute dans le rein et dont l'expulsion détermina des coliques néphrétiques quelque temps après. Il est inutile de faire remarquer combien rares seront les occasions d'imiter la conduite de Kummel.

Je n'ai encore rien dit de l'*hydronéphrose calculeuse* : c'est une lésion d'une extrême rareté. Tous les faits connus et publiés jusqu'ici comme hydronéphrose calculeuse ne sont que des uro-pyonephroses : le liquide est manifestement infecté et suppuré. Dans ces conditions, le même traitement qu'aux pyonephroses pures leur est applicable. Les deux seuls cas, que je connaisse, d'hydronéphrose calculeuse vraie sont ceux de d'Antona¹, et de Steavenson et Butler-Smyth². D'Antona tenta la néphrectomie, son malade guérit : Steavenson incisa le rein et parvint à extraire le calcul qui bouchait l'uretère, mais une hémorragie mortelle emporta le malade au bout de quelques jours. Dans un cas semblable M. Guyon, l'année dernière, tenta la néphrectomie transpéritonéale ; il s'agissait d'une

1. *Gazetta degli ospitali*, mars 1890.

2. *Brit. Med. J.*, 1889, p. 179.

énorme hydronéphrose, contenant plusieurs litres de liquide et remplissant tout l'abdomen. La décorication fut facile et l'opération se fit dans de bonnes conditions. Malgré cela la mort survint par anurie au troisième jour : à l'autopsie, on trouva un calcul qui s'était engagé dans l'uretère du côté opposé et l'avait oblitéré.

La fréquence des lésions bilatérales dans la lithiase rénale est telle qu'il faut toujours se défier des lésions du congénère : et malgré la difficulté qu'on éprouve à baser des indications précises sur des faits si peu nombreux, on ne peut s'empêcher de considérer la néphrectomie primitive comme une opération hasardée et périlleuse, et la néphrectomie au contraire comme une opération plus sûre, exempte de dangers. La néphrectomie d'emblée ne convient qu'à ces énormes hydronéphroses pour lesquels il n'y a plus à compter sur un reste de parenchyme rénal.

IV

ANURIE CALCULEUSE ET CALCULS DE L'URETÈRE

Parmi les accidents provoqués par la migration des calculs du rein vers la vessie, l'anurie a le premier rang par la gravité qu'elle comporte et la nécessité qu'elle impose d'une intervention hâtive. L'anurie est produite ou occasionnée par l'arrêt