

conditions, au septième jour d'une anurie complète; trois calculs furent extraits du bassin, et le malade guérit de son anurie, de sa tumeur et de sa fistule. Toutes les fois qu'il existe une rétention rénale nettement constituée et secondairement compliquée d'anurie, c'est à la néphrotomie d'abord qu'on aura recours : en ouvrant le rein, on pare aux dangers imminents; l'obstacle uretéral devient ici secondaire, l'anurie n'est qu'une complication. C'est par la néphrotomie qu'il faut tout de suite agir.

Il en sera de même lorsque l'on voit après la néphrectomie survenir à une date éloignée des accidents d'anurie. C'est au rein qu'il faut aller tout d'abord pour l'ouvrir, débarrasser l'uretère des calculs ou dépôts purulents qui l'obstruent, et parer au moins au danger le plus immédiatement pressant en créant avec la fistule une voie d'excrétion pour les urines. Willy Meyer¹ vit survenir sur une malade au trente-neuvième jour après la néphrectomie des phénomènes d'anurie : au bout de trois jours, il ouvrit le rein et trouva l'uretère obstrué par du pus et du sang; se basant sur ce fait, l'auteur pose en principe la nécessité d'intervenir dans l'anurie post-opératoire et d'aller explorer l'état du seul rein restant.

1. WILLY MEYER, *Med. Record*, 6 fév. 1892.

V

PYÉLITES ET PYONÉPHROSES

PÉRINÉPHRITES

Ils sont relativement rares et peu nombreux les pyélitiques qui deviennent justiciables du traitement chirurgical : étant donnée la fréquence de cette complication au cours des inflammations vésicales, étant donné que presque tous les urinaires sont à un moment ou à un autre atteints d'uretéro-pyéélite ascendante, la proportion est certainement restreinte de ceux chez lesquels se pose l'indication d'une opération rénale.

La pyélite évolue longtemps d'une façon lente, insidieuse. Des troubles digestifs légers, une sensibilité locale exagérée, et surtout la polyurie, et la pyurie sont les seuls symptômes qui la caractérisent. Tant que l'uretère reste perméable et les urines infectées, la pyélite persiste dans cet état, sans accident, sans complications. Toute la thérapeutique consiste à maintenir autant que possible l'évacuation uretérale facile et à modifier ou à aseptiser les urines. Les diurétiques répondent à la première indication : les antiseptiques répondent plus difficilement à la seconde. A cet effet on a employé à l'intérieur divers médicaments, tels que l'acide borique,

le biborate de soude (Terrier), le salol : les résultats n'ont jamais été très positifs; nous-mêmes avons donné à plusieurs reprises le salol jusqu'à la dose de 9 grammes par jour, et je n'ai jamais vu après l'ingestion de ces médicaments une amélioration évidente, persistante et indéniable. Leur usage contribue peut-être à diminuer les chances d'une infection à venir; leur action n'est jamais suffisante pour guérir une infection établie (Guyon).

Dans les suppurations rénales l'indication d'une intervention ne commence en réalité qu'avec la rétention : un jour ou l'autre, dans l'uretère infecté et altéré la circulation se fait mal : des brides, des valvules (Hallé) oblitèrent plus ou moins le calibre du conduit, et la rétention paraît. Une tumeur se développe dans le flanc, la pyonéphrose est constituée.

Ces tumeurs acquièrent parfois un gros volume; on les voit sortir de la fosse lombaire, déborder les fausses côtes et devenir franchement abdominales. Au palper, c'est une tuméfaction lisse et régulière, rarement bosselée, mate en arrière, sonore en avant : elle est tendue, rénitente sans fluctuation; le contact lombaire est évident, et le ballottement très appréciable.

Le volume toutefois n'est pas constant : il subit des variations continuelles et périodiques. A de certains jours la tumeur devient plus dure, plus réni-

tente, plus tendue. En même temps sa sensibilité, faible ou nulle jusque-là, se développe au point que l'exploration en est difficile et douloureuse : le malade éprouve plus qu'une gêne; c'est une tension dans le flanc, quelquefois des douleurs violentes et de vraies crises que l'on observe. Telle est la rétention rénale : si l'on examine les urines à ce moment, on les trouve absolument claires ou moins troubles, suivant que l'autre rein est sain ou peu malade. Le dépôt de pus si abondant qui la veille encore remplissait le fond du bocal a disparu, et la température subit une élévation constante de 1 ou 2 degrés. Après un ou deux jours au plus, l'obstacle cède, la débâcle s'opère, et une période de rémission fait suite à la crise : la tumeur sans disparaître devient moins sensible et moins tendue, les urines contiennent une grande quantité de pus, la température retombe à 37 degrés : la crise est terminée.

Ces crises de rétention reviennent plus ou moins souvent : dans leur intervalle, le rein ne se vide plus complètement et la rétention devient incomplète avec distension. A la longue l'état général s'altère gravement sous l'influence néfaste de ce foyer d'infection : la fièvre persiste rémittente mais continue, la sécheresse de la langue, l'anorexie, les vomissements, la diarrhée témoignent avec l'amaigrissement et la pâleur de la peau de la résorption purulente, qui se fait sur les parois de l'abcès

rénal. Dès ce moment il faut agir : cet abcès rénal, il faut l'ouvrir et le drainer, comme on le fait d'un abcès chaud des parties molles.

D'ailleurs la suppuration ne reste pas toujours localisée au centre du rein : à toutes les périodes de la pyélite, la périnéphrite est susceptible de se développer. La tuméfaction devient alors plus appréciable, elle saille surtout à la région lombaire ; du côté abdominal ses contours sont moins nets, moins faciles à délimiter ; la mobilité est nulle, et la fluctuation se transmet évidente d'avant en arrière. Entre la pyonéphrose et certaines formes de périnéphrite limitées le diagnostic est souvent très délicat ; il est quelquefois difficile de dire s'il agit de l'une ou de l'autre, et on ne sait pas toujours si le gros de la tumeur est constitué par le rein distendu ou par la périnéphrite concomittante. Toutefois dès que la suppuration est devenue manifeste, il est nécessaire d'agir vite pour éviter l'ouverture spontanée et les fistules qui seraient de celle-ci la conséquence naturelle.

Indications opératoires. — Avant d'en venir aux opérations sanglantes dans le traitement des suppurations rénales, il faut avoir préalablement essayé de modifier la lésion secondaire en traitant sa cause première. La cure d'un rétrécissement par l'uréthrotomie, l'évacuation régulière et méthodique et les lavages d'une vessie distendue chez

un prostatique amènent parfois une amélioration très notable du côté du rein. Il y a longtemps que M. Guyon¹ insiste sur les avantages du traitement de la vessie pour l'amélioration des distensions rénales : la vessie est la gardienne des uretères ; si la vessie se vide, la circulation uretérale se fait plus facile, et le rein évacue son contenu. J'ai vu maintes fois des reins diminuer de volume après l'uréthrotomie, ou après l'usage répété des cathétérismes évacuateurs chez de vieux prostatiques infectés et distendus.

C'est dans le même sens et de la même façon que la cystotomie dans les cystites douloureuses agit quelquefois sur l'état des reins : la contraction presque permanente de la vessie, dans ces cystites graves et invétérées, fait obstacle à la fonction uretérale, et l'observation bien des fois a montré qu'après la taille, surtout chez la femme, le rein devenait moins gros, moins tendu, moins douloureux.

Le lavage des uretères serait susceptible encore d'agir d'une façon favorable, s'il était pratique et facilement réalisable. Nathan Bozeman² a conseillé de le faire à l'aide du procédé de *colpo-uretéro-cystotomie* dont il a donné la description.

1. GUYON. De l'influence du traitement des cystites sur les néphrites. (*Semaine médicale*, 1890, p. 529.)

2. Amer. *journal of the med. sc.*, mars et avril 1885, p. 255. Voir aussi DUNN SHERWOOD, th. Paris 1888.

« L'opération de Bozeman n'est qu'une simple colpo-cystotomie, non plus faite sur la ligne médiane, mais reportée latéralement au niveau de l'angle du trigône correspondant à l'uretère dont on se propose de mettre l'orifice à découvert. S'il lui donne le nom de colpo-uretéro-cystotomie, c'est que l'orifice vésical de l'uretère étant normalement très étroit, il n'hésite pas à l'inciser au bistouri dans son trajet vésical, pour faciliter l'introduction de sondes, dont le calibre permet d'obtenir un lavage efficace du bassin. » (Bureau.)

Malgré les quelques succès obtenus par l'auteur, l'efficacité de cette opération est encore à démontrer et je ne pense pas qu'elle soit jamais appelée à entrer dans la pratique.

Mais un point reste acquis : c'est la nécessité avant d'en venir aux interventions directes sur le rein, d'agir toujours et dans tous les cas sur la cause, sur la cystite pour la traiter : si malgré cela le rein ne se vide pas complètement, si la rétention persiste incomplète avec distension, il faut faire plus, il faut agir directement sur le rein. Mais à quel moment ?

On conseille de ne pas se presser, de voir et de surveiller les malades : on parle de cette malade de Todd chez laquelle la guérison serait survenue spontanée et complète au bout d'un certain temps à la suite d'un séjour au bord de la mer. C'est un fait isolé et partant sans valeur : s'il en est d'autres

ils sont rares, et on est en droit de considérer les lésions rénales d'infection et de distension une fois constituées comme définitives. Elles persistent longtemps sans altérer beaucoup la santé des malades : il est des malades qui vont et viennent, vivent de la vie commune avec un rein énorme et sans s'en douter. Aussi est-ce beaucoup moins sur le volume de la tumeur que sur la marche des lésions, sur les accidents qu'elles déterminent qu'il y a lieu de se baser pour recourir à l'intervention (Guyon).

Suivant les cas, l'opération est *discutable*, *urgente*, ou *nécessaire* (Hartmann). Elle est *discutable*, on est autorisée à la différer momentanément lorsque l'obstruction est incomplète, lorsque la tumeur est peu douloureuse, qu'elle a diminué par suite de l'évacuation partielle de la poche dans la vessie ; il en sera de même s'il n'y a pas d'accidents de résorption (fièvre, hecticité, diarrhée). Dans ces cas le traitement palliatif sera continué : repos, applications calmantes, régime léger, salol à l'intérieur : les révulsifs ont beaucoup d'action, la clinique depuis longtemps autorisait à le penser : les travaux de Renaut¹, les recherches anatomiques de Tuffier et de Lejars² l'ont expliqué en démontrant les connexions vasculaires qui existent entre la peau de la

1. RENAUT, *Académie de médecine*, p. 72, 1889.

2. TUFFIER et LEJARS, *Arch. de physiologie*, 1891, p. 55.

région lombaire et la circulation rénale. Grâce à ces moyens, on peut attendre, surveiller le malade, et se décider ultérieurement pour l'abstention ou pour l'opération.

L'opération est *urgente*, lorsqu'il existe des accidents d'anurie : dans ce cas, les lésions sont toujours bilatérales, il y a menace de mort imminente, il faut de suite opérer et sans tarder.

Ensuite, sans être *urgente*, l'opération est *nécessaire* si la rétention persiste à l'état aigu pendant quelque temps, s'il est démontré que dans l'intervalle des crises, l'évacuation de la poche ne se fait pas suffisante, si, en même temps, il se fait de la résorption se caractérisant par de la fièvre, des troubles digestifs et un affaissement correspondant de l'état général.

Enfin, en présence d'une collection périnéphrétique, il y a lieu d'opérer immédiatement et d'évacuer le pus.

Du choix de l'opération. — Pour le *phlegmon périnéphrétique* arrivé à suppuration, pour l'abcès périrénal, c'est l'incision large qui convient. Une incision lombaire étendue de la douzième côte à l'ilium conduit à la collection : dès que le bistouri a touché les aponévroses profondes, le pus se fait jour à l'extérieur. L'ouverture est agrandie en haut et en bas à toute la longueur de l'incision cutanée : le foyer est ainsi largement accessible. Les pron-

gements, s'il y en a, sont recherchés et mis en communication avec la cavité centrale ou avec l'extérieur par une contre-ouverture. Un lavage étendu avec une solution phéniquée faible achève de débarrasser la paroi du magma putride qui reste à sa surface. Si on trouve le rein, faut-il y toucher? Le rein est presque toujours le point de départ de la collection : il est le centre de l'infection, et on conçoit que des opérateurs comme Péan, Israël et Bobroff aient cherché à l'enlever immédiatement, ou à l'ouvrir. Mais en général dans le vrai phlegmon périnéphrétique le rein n'est pas si facilement accessible : il est au contraire effacé, il reste caché sous les débris de la paroi antérieure ; on ne le voit pas, et souvent le mieux est de ne le point chercher, de drainer largement la cavité. Souvent tout s'arrange ainsi et les malades guérissent. Mais d'autres fois le rein entretient la persistance d'une fistule et il faut en venir plus tard à l'une de ces interventions que plus loin nous verrons.

Si, au contraire, au milieu d'une collection purulente le rein se montrait accessible, manifestement gros et distendu, la néphrotomie serait pratiquée séance tenante : il n'y a pas lieu de la différer, et la conduite devient très rationnelle.

Pour les pyonéphroses, le principe de l'intervention est accepté, mais quelle doit être cette

intervention, ponction, incision ou extirpation?

La *ponction* est seulement un moyen de diagnostic pour les cas difficiles : comme méthode de traitement, elle est absolument insuffisante, et les quelques succès définitifs qui restent à son actif (Dieulafoy) ne suffisent pas à la relever du discrédit dans lequel elle est justement tombée.

La *néphrotomie* et la *néphrectomie* restent donc ici seules en présence.

Néphrotomie. — Les avantages de la néphrotomie sont très sérieux : il est facile de comprendre pourquoi. Au point de vue opératoire, avec la néphrotomie, on n'a pas à tenir compte des adhérences importantes que la tumeur a contractées avec les organes voisins. Quelque étendues et serrées que soient ces connexions, la néphrotomie est toujours une opération praticable et facile; il n'en est plus de même avec la néphrectomie.

La néphrotomie n'est pas moins bénigne dans ses suites opératoires : l'opération se fait avec un minimum de choc, on n'a pas à se préoccuper des altérations de l'autre rein, et le malade bénéficie toujours de l'évacuation d'une collection purulente, dont la résorption intoxiquait l'organisme. La mortalité opératoire s'élève tout au plus à 15 pour 100 (Tuffier); et chez les malades qui ne succombent pas, on retrouve presque toujours au lendemain de l'intervention une amélioration importante, qui se

caractérise par l'abaissement de la température, le retour des fonctions digestives, le relèvement de l'état général. J'ai vu maintes fois des malades dont l'état paraissait si grave qu'on les considérait comme perdus revenir en quelques semaines, après la néphrotomie, à une vie presque normale et régulière; et je ne saurais trop insister sur ces bénéfices si énormes que les malades les plus gravement compromis dans leur existence retirent constamment de la néphrotomie.

Ce résultat de l'opération n'a rien qui doive surprendre; il s'explique facilement par l'évacuation de la collection septique qui infectait l'organisme, par la détente qui se produit de suite sur le rein distendu, et qu'affirme les jours suivants la grande quantité d'urine qui vient avec le pus inonder le pansement. Il s'explique aussi en ce que, le rein du côté opposé n'ayant plus à subir de congestion supplémentaire, l'équilibre de la fonction urinaire se rétablit à peu près; une malade de M. Guyon qui ne rendait que 200 grammes d'urine avant l'opération vit dès le lendemain la quantité de ses urines s'élever à un chiffre presque normal.

Des fistules post-opératoires. — Le point noir de la néphrotomie réside tout entier dans les fistules que cette opération laisse à sa suite : elles sont en effet très fréquentes les fistules consécutives à la néphrotomie, et toutes les statistiques