

s'accordent pour le démontrer. Elles le sont même encore aujourd'hui que la perfection de la technique opératoire permet grâce au procédé de Guyon d'éviter la contamination de la loge périrénale. Ce sont le plus souvent des fistules purulentes. Leur durée est variable : il en est qui persistent 6 mois, 1 an ; d'autres sont encore ouvertes au bout de 2 ans et plus : il en résulte pour les malades une infirmité pénible contre laquelle il est nécessaire de remédier par une opération complémentaire ; pourquoi dès lors ne pas en venir de suite, disent les partisans de la néphrectomie, à une opération complète et radicale, puisqu'il faudra un jour en venir secondairement à cet extrême ?

Ce serait un tort cependant de considérer comme voués fatalement à la fistule tous les néphrotomisés ; après 1 ou 2 ans, il en est beaucoup qui guérissent spontanément ou à la suite d'une ou plusieurs de ces petites interventions de circonstances, telles que le débridement, les cautérisations ou même la simple suppression d'un drain maintenu en place trop longtemps. Il me souvient au moins de trois malades néphrotomisés par M. Guyon, et dont la fistule avait été considérée comme définitive ; ils ont cependant guéri complètement et définitivement. M. Guyon¹ a réuni ces observations et bien d'autres encore dans un

1. GUYON, La plaie du rein dans les néphrotomies pour pyonéphroses. *Ann. génito-urin.*, 1895.

important travail où il cherche à envisager l'avenir des néphrotomisés. Des conclusions qui se dégagent de ce travail, il résulte qu'il est impossible de prévoir à l'avance celles des néphrotomies qui resteront fistuleuses et celles qui ne le seront pas.

Trois causes en effet ont été invoquées pour expliquer la persistance de la fistule après l'opération : le volume et l'ancienneté de la tumeur, l'imperméabilité de l'uretère.

Le volume ni l'ancienneté de la tumeur n'ont une grande importance : il est des tumeurs très grosses, il est des pyonéphroses très anciennes, qui guérissent cependant très vite à la suite de la néphrotomie : au bout de un ou de quelques mois la fistule s'oblitère d'elle-même. Je pourrais citer à ce sujet des exemples probants, et il est certain que l'on ne peut se baser sur aucun de ces éléments pour prédire à l'avance qu'il y aura fistule.

L'influence de la perméabilité de l'uretère a beaucoup plus d'importance. La perméabilité de l'uretère favorise beaucoup l'oblitération spontanée de la plaie du rein : dans des cas où elle fut nettement constatée, la fistule s'est fermée rapidement en 26 jours (Hendley)¹, en 27 jours (Lauenstein)²,

1. *Brit. Med. J.*, 1889, p. 589.

2. *Deutsch. Med. Woch.*, 1887, p. 569.

en 2 mois (Desnos), en 5 mois (Ferreri, Guyon)¹, en 4 mois (Schwartz), en 6 mois (Quincke). Par contre sur un malade opéré l'année dernière par M. Guyon, la perméabilité de l'uretère avait été nettement démontrée, et nous avons espéré une guérison rapide : aujourd'hui, dix-huit mois après l'opération, la fistule persiste encore.

Il est certain toutefois que la perméabilité du conduit urétéral autorise à porter un pronostic favorable. Mais de ce qu'on constate une oblitération complète de l'uretère, il n'y a pas cependant à conclure que la fistule sera persistante. A l'appui de ce fait, voici les observations de Desnos, de Petersen², d'Imlach³, de Bouilly⁴, de Reliquet⁵, où bien que l'uretère fût totalement oblitéré, la fistule s'est fermée spontanément au bout de 14 mois, de 18 mois, de 2 ans, de 2 ans et demi, de 5 ans. Quatre malades opérés par M. Guyon ont guéri dans les mêmes conditions en 11 mois, 12 mois, et 4 ans. L'un d'eux ne fut guéri qu'après l'ablation par Thiriart (de Bruxelles) d'un calcul phosphatique qui s'était formé dans son trajet et avait entretenu la suppuration. Dans ce cas, il est probable que le moignon rénal finit par s'atrophier

1. GUYON, *Loc. cit.*, p. 668.

2. *Berl. Klin. Woch.*, 1880, p. 192.

3. *Brit. Med. J.*, 1889, p. 1225.

4. *Congrès français de chirurgie*, 1886.

5. *Thèse de Brodeur*, 1886.

complètement, par disparaître et c'est ainsi que la guérison survient à la longue.

Il est donc difficile de prévoir à l'avance parmi les malades ceux qui garderont une fistule et ceux qui guériront rapidement. La cicatrisation reste possible dans les cas où tout semblait faire croire à la persistance définitive d'une fistule : et il suffit souvent de beaucoup de patience et d'attention, il suffit souvent d'une opération palliative et insignifiante, telle que l'ouverture de l'orifice et le tamponnement de la cavité, la cautérisation du trajet, la suppression d'un corps étranger, pour voir l'oblitération définitive se produire.

La crainte de la fistule n'est donc pas toujours absolument fondée : si l'on veut faire de la fistule un argument contre la néphrotomie, les faits que nous avons rapportés font perdre à cet argument beaucoup de sa valeur et il est très légitime de conclure avec M. Guyon « que dans toute pyonéphrose la néphrotomie doit être préférée et qu'elle est le traitement de choix ». Précoce, elle s'adresse à des lésions moins accentuées, elle a plus de chance de trouver une loge rénale relativement intacte et non infectée. Mais là ne se bornent pas ses indications ; elles s'étendent à tous les cas sans exception, qu'ils soient récents ou anciens ; elle ne reconnaît aucune contre-indication. L'état général le plus alarmant ne suffit pas à contre-indiquer la néphrotomie, car c'est dans ces cas au

contraire qu'elle donne les meilleurs et les plus brillants résultats.

Néphrectomie. — Au contraire de la néphrotomie, la néphrectomie ne convient qu'à des cas très limités, très exceptionnels; elle n'est et ne sera jamais qu'un traitement d'exception; il est facile de le démontrer par l'étude des lésions et l'analyse des observations.

La gravité opératoire de la néphrectomie primitive dans les pyonéphroses est très élevée; d'après la statistique de Newmann, la mortalité s'élève à 27 pour 100 pour les néphrectomies lombaires et 60 pour 100 pour les néphrectomies abdominales. Cette excessive gravité tient à plusieurs causes: dans les pyélonéphrites avec distension, les adhérences sont étendues; elles sont dues à la périnéphrite concomitante qui englobe et fusionne les organes voisins. Les adhérences à la veine cave, à l'intestin, au péritoine sont très fréquentes; elles compliquent singulièrement le manuel opératoire, allongent l'opération et aggravent le traumatisme. Billroth, Périer ont déchiré la veine cave au cours de la néphrectomie; Braun de même perdit sur la table un malade d'hémorragie dans un cas où la tumeur adhérait à la fois à la veine cave et à l'aorte, et Backer une fois déchira le côlon. La décortication est donc hérissée de grands dangers; il est vrai que la néphrectomie sous-capsulaire ou la néphrectomie

par morcellement mettent le plus souvent à l'abri de ces accidents opératoires; mais ceux-ci ne sont pas les seuls à causer la gravité de la néphrectomie.

L'anurie est une des causes de mort les plus fréquentes après la néphrectomie. L'anurie survient quelquefois en l'absence de toute lésion du côté opposé; il en fut ainsi pour les opérés de Marsh, de Barlow et de Godlee; il s'agit alors d'anuries réflexes, mais c'est une grande exception. Le plus souvent, il existe déjà des lésions du second rein, et ce sont ces lésions qui, en provoquant l'anurie, constituent le facteur principal de la gravité de la néphrectomie.

Si la néphrectomie, dans les pyonéphroses est beaucoup plus grave que dans les hydronéphroses, c'est parce que les lésions du second rein sont beaucoup plus fréquentes dans le second cas. L'infection ascendante qui part de la vessie et aboutit à la suppuration du rein est ordinairement bilatérale; elle n'a pas de raisons de respecter l'un des uretères et elle envahit les deux reins, quoique à un degré différent. Dans les hydronéphroses au contraire la lésion est toute locale et reste telle: l'autre rein ne réagit que pour accroître par une hypertrophie compensatrice sa suppléance fonctionnelle.

Ces lésions du congénère dans les pyonéphroses sont ainsi presque fatales et constantes, l'anatomie

et la physiologie pathologiques le démontrent, mais en clinique elles ne sont pas toujours faciles à reconnaître : quand dans les crises de rétention, les urines sont absolument claires, sans doute on suppose que le second rein est sain ou relativement sain. Mais le plus souvent l'obstruction de l'urètre malade n'est pas complète même dans les crises; une petite quantité de pus descend du rein malade et vient troubler la totalité des urines, et l'examen de l'urine n'a plus ainsi la même valeur. Le seul moyen d'avoir des renseignements exacts sur l'état du second rein serait en réalité de pratiquer le cathétérisme de l'urètre et de recueillir directement le produit de sa sécrétion; mais ce moyen n'est ni pratique, ni à la portée de tout le monde, et dans l'impossibilité où l'on se trouve bien souvent de pratiquer ce genre d'exploration il persiste toujours un doute sur l'état de l'autre rein. De ce qu'à l'exploration minutieuse du rein vous ne constatez aucune sensibilité, aucune augmentation de volume, vous ne devez malheureusement pas en conclure à l'intégrité de ce rein. Thornton préconise alors l'opération abdominale, qui permet l'exploration des deux reins; je n'attache, pour ma part, aucune valeur à cette exploration. S'il y a une augmentation de volume de l'organe, la palpation la fait toujours reconnaître et il n'est pas besoin de faire la laparotomie; s'il n'y a aucune modification extérieure de l'organe, la palpation, pas plus directe

que médiate, ne peut permettre d'affirmer l'intégrité de son parenchyme et de sa fonction.

Aussi, en l'état actuel des choses et étant donnée la bilatéralité si fréquente des lésions rénales dans les infections urinaires, la néphrectomie doit-elle rester une opération d'exception, les deux conditions qu'elle exige, l'intégrité absolue du rein opposé et un état général satisfaisant, étant rarement réalisées.

Le volume de la tumeur doit surtout guider dans le choix à faire entre la néphrectomie abdominale et la néphrectomie lombaire; la première convient seulement aux volumineuses tumeurs, aux pyonéphroses énormes. Pour toutes les autres, la voie lombaire est supérieure; elle met à l'abri de l'inoculation du péritoine, elle permet plus facilement d'éviter des adhérences dangereuses et de s'en tirer par la néphrectomie sous-capsulaire d'Ollier ou le morcellement de Péan.

Après la néphrectomie pour suppuration rénale, il persiste quelquefois une fistule. Ces fistules consécutives à la néphrectomie tiennent à l'état anatomique de l'atmosphère périrénale ou à l'infection de l'urètre. Autour de certaines pyonéphroses, la coque périrénale s'est épaissie, sclérosée, elle n'est plus apte à revenir après la néphrectomie sur elle-même; il semble que les interventions précoces mettraient à l'abri de ces fistules, qui guérissent

toujours à la longue, à moins qu'il ne s'agisse de tuberculose.

D'autres fois, au contraire, c'est l'uretère infecté et dilaté qui est en cause ; la suppuration, dans ces cas, reste interminable malgré les lavages et la désinfection ; il en était ainsi sur un malade de M. Reynier, qui fut amené à proposer et à pratiquer l'uretérectomie. Sans aller jusqu'à faire la résection totale et primitive de l'uretère, en même temps que l'ablation du rein, il est toujours prudent d'explorer le conduit et de chercher à en enlever la plus grande partie, en dépassant, si possible, comme dans les uropyonéphroses par coudure uretérale, les limites de la coudure et de la dilatation. Le bout supérieur de l'uretère réséqué sera amené et fixé à la peau, et il sera plus facile ainsi de l'avoir sous les yeux et de le retrouver au cas où une intervention plus complète deviendrait un jour nécessaire de ce côté.

De la *néphrectomie partielle* il y a peu à espérer dans les pyonéphroses ; les lésions ne sont jamais partielles, et malgré l'opération récente de Waitz¹ qui enleva par la résection une partie du rein, je ne pense pas que des occasions se présenteront souvent qui permettront de suivre l'exemple de Waitz.

1. *Deutsch. Med. Woch.*, n° 14, p. 498, 1891.

VI

FISTULES RÉNALES ET PÉRIRÉNALES

Les fistules rénales ou périrénales sont une complication fréquente des suppurations du rein et de son atmosphère celluleuse. Suivant la cause qui les a produites, on les divise en traumatiques, spontanées ou opératoires.

Traumatiques, elles le sont bien rarement ; c'est une grande exception qu'une plaie du rein devienne fistuleuse ; il faut pour cela la persistance dans la plaie d'un corps étranger, d'une balle, d'un fragment de vêtement ; en dehors de cette circonstance, la plaie rénale ne devient jamais fistuleuse, au contraire des plaies du bassinet et de l'uretère qui sont souvent le point de départ de fistules.

Spontanée, la fistule résulte de l'ouverture naturelle d'une collection rénale ou périrénale à l'extérieur (fistule réno-cutanée) ou à l'intérieur vers les cavités viscérales (fistules réno-bronchiques, réno-gastriques, réno-intestinales).

Ces fistules complexes sont plus rares de nos jours, où les suppurations rénales ne sont plus abandonnées aux hasards de leur évolution spontanée ; l'incision précoce, dès que la suppuration est établie, est le meilleur moyen de les éviter, et