

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 Waitz<sup>1</sup> 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

si la fistule persiste, elle sera seulement cutanée et ainsi plus facile à traiter.

Restent les fistules *opératoires*, celles-ci sont de beaucoup les plus nombreuses; elles sont consécutives à la néphrectomie ou à la néphrotomie.

A la suite de la néphrectomie on observe quelquefois, nous l'avons vu, des fistules qui tiennent à ce que la loge périrénale enflammée chroniquement et indurée ne revient ni assez vite, ni assez facilement sur elle-même; en général, elles ne sont pas de longue durée, et au bout d'un certain temps elles s'oblitérent d'elles-mêmes. D'autres fois, c'est l'uretère qui entretient la fistule; l'uretère infecté et altéré continue après la néphrectomie à suppurer. Les injections modificatrices sont souvent impuissantes à déterminer l'oblitération du conduit, et on se trouve conduit à pratiquer dans ces conditions la résection totale de l'uretère, l'uretérectomie.

Après la néphrotomie, les fistules sont la règle pendant un certain temps, et nous avons vu aussi comment cette complication venait jeter un jour sombre sur les résultats éloignés de l'opération.

Parmi ces fistules consécutives à l'opération, il en est qui sont *intrarénales* et d'autres qui ne sont que *périrénales*; ces deux dernières sont aujourd'hui plus rares, grâce au soin que l'on prend de suturer le rein à la peau pour éviter l'inoculation de la loge rénale; elles sont inévitables ce-

pendant lorsque la suppuration de l'atmosphère graisseuse a précédé l'opération.

#### A. *Fistules périrénales.*

Une fistule périrénale persistante suppose nécessairement une cavité périrénale, suppurante, dont le drainage est insuffisant et dont les parois restent écartées. Il faut tout d'abord établir une ouverture large. Essayez un débridement étendu qui permettra l'évacuation du contenu, le drainage de la cavité, l'extraction des corps étrangers s'il y a lieu; et souvent la fermeture définitive de la fistule sera la conséquence de cette opération complémentaire. M. Le Dentu<sup>1</sup>, pour bien drainer une cavité étendue, eut recours une fois à *la trépanation de l'os iliaque* et passa à travers la perforation de l'os un gros drain dans la cavité de l'abcès. On sera rarement obligé d'en arriver jusque-là; le simple débridement de la fistule, la section des brides et des éperons qui cloisonnent les cavités périrénales seront complétées par le tamponnement avec des bandelettes de gaze iodoformée, et le bourgeonnement se fera de la partie profonde vers l'extérieur.

Lorsque des trajets fistuleux consécutifs à l'infection de la loge périrénale au cours d'une

1. LE DENTU, *Loc. cit.*, p. 390.

néphrotomie sont restés petits, isolables, on se conformera à la pratique de Tuffier qui, par une incision lombaire faite en plein tissu normal, alla à la recherche du rein qu'il isola ; puis la fistule fut extirpée ainsi que les clapiers situés à la partie supérieure et inférieure du rein. Cette extirpation des foyers périnéphrétiques n'est praticable que lorsqu'ils sont très limités.

#### B. *Fistules rénales.*

Pour les fistules rénales, il y a lieu avant de recourir à une opération sérieuse d'épuiser la série des moyens plus simples qui ont réussi quelquefois. Les injections modificatrices de nitrate d'argent, de teinture d'iode devront toujours être tentées : l'électrolyse échoue le plus souvent, je ne l'ai jamais vu réussir. Dès que l'épreuve faite assez longtemps de ces moyens simples a montré, avec leur insuffisance, la tendance de la fistule à persister indéfiniment, il faut en venir au traitement vraiment chirurgical. Les fistules tuberculeuses en particulier n'ont aucune tendance à guérir et elles sont seulement justiciables, à moins de contre-indications, de la néphrectomie secondaire précoce.

Voici une fistule non tuberculeuse qui résiste à tous les pansements, que faut-il faire ? Ou bien

la fistule rénale est urinaire, ou elle est purulente : l'examen du liquide, sa quantité, son analyse chimique permettront facilement de le savoir.

*Fistule urinaire.* — Le traitement à instituer dépend ici de deux conditions, de la perméabilité de l'uretère et de l'unilatéralité des lésions.

1° *La perméabilité de l'uretère*, on la voit quelquefois se rétablir à la suite de la néphrotomie, bien qu'elle ait été antérieurement partiellement obstruée. Elle se reconnaît à l'aide d'injections de liquides colorés, que l'on introduit par la fistule à l'aide d'une seringue et qu'on retrouve rapidement dans la vessie. J'emploie ordinairement une de ces solutions antiseptiques colorées au bleu d'aniline : une sonde mise dans la vessie permet de recueillir immédiatement le liquide coloré et de voir d'après la rapidité avec laquelle le liquide coloré paraît à l'extrémité de la sonde si la perméabilité est large et facile, ou défectueuse et incomplète. Cette méthode des injections a beaucoup plus de valeur que le cathétérisme rétrograde de l'uretère ; mais elle n'est applicable qu'à une fistule assez étroite, pour que le liquide de l'injection ne puisse pas ressortir aussitôt par la plaie lombaire autour de l'embouchure de la seringue.

2° *L'unilatéralité des lésions* a tout autant d'importance. On recherchera donc l'augmentation de volume de l'autre rein, ou à son défaut sa sensibi-

lité spontanée ou provoquée : la même exploration sera faite sur le trajet de l'uretère. L'analyse de l'urine, le dosage de l'urée, permettront toujours de savoir jusqu'à quel point l'autre rein a suppléé son congénère par l'hypertrophie compensatrice. Cette recherche aura une valeur absolue, si l'uretère est imperméable : sinon, le liquide sécrété par le rein malade se mélange à l'urine du rein sain, et il devient impossible de faire la part de ce qui revient à ce dernier. Dans ce cas il faudrait tenter le cathétérisme de l'uretère, ou, à son défaut, s'en rapporter aux résultats de l'exploration du rein.

Une fois ces données établies, voici la conduite à tenir.

*L'uretère est perméable* : il n'y a pas lieu dès lors de priver le malade de la sécrétion même atténuée d'un rein atrophié, il faut suivre le conseil que M. Guyon donnait en 1888 d'extirper le trajet fistuleux, et que Tuffier<sup>1</sup> réalisait l'année suivante. Voici comment ce dernier décrit son opération :

« 1° Je libère le rein par une incision lombaire à deux travers de doigt en avant de la fistule, incision parallèle au carré lombaire comme pour la néphrectomie. Cette incision est pratiquée loin de la fistule et de l'incision de la néphrectomie primitive de façon à évoluer dans une région souple et saine. J'aborde ainsi le rein que j'isole de sa

1. *Semaine médicale*, 18 déc. 1889.

capsule graisseuse et je sectionne ses attaches à la fistule. 2° J'avive alors le parenchyme rénal tout autour de la fistule et dans toute son épaisseur, puis je suture la plaie rénale par quatre points de suture au catgut passés en pleine substance et trois points superficiels de Lembert. 3° J'extirpe le trajet fistuleux cutané-musculaire et sa paroi, je mobilise mes deux lambeaux adhérents profondément, et je les suture en étages. La plaie se réunit profondément et superficiellement par première intention. »

Cette opération, difficile à exécuter quand les tissus périrénaux sont sclérosés au loin, exige l'asepsie aussi parfaite que possible du réservoir urinaire : elle n'est praticable que pour les fistules urinaires seules, ou devenues seulement urinaires après asepsie du rein et avec perméabilité de l'uretère.

*L'uretère n'est pas perméable* ; si l'autre rein est sain, il n'y a qu'à pratiquer la néphrectomie secondaire ; l'intégrité de l'autre rein est la condition absolue de cette opération. Si l'on a des doutes sur l'état de l'autre rein, il n'y a rien à faire, qu'à attendre la fermeture spontanée à la suite de ce travail de sclérose et d'atrophie dont nous avons parlé.

*Fistule purulente.* — La persistance d'une fistule purulente est due presque toujours à un écoulement insuffisant de pus au dehors. Il faut, par les débridements, chercher tout d'abord s'il n'existe

pas dans la glande une cavité secondaire mal drainée, à côté de la cavité principale.

Et si ces tentatives répétées sont restées sans résultats, si l'autre rein par ailleurs est sain, la néphrectomie secondaire reste la seule ressource.

La néphrectomie est toujours dans ces conditions une opération difficile et dangereuse; le rein est enveloppé d'une gangue de sclérose au milieu de laquelle il est quelquefois impossible de le trouver. Les adhérences sont étendues à la veine cave, au péritoine et à l'intestin. L'ablation totale du rein est le plus souvent impossible, impraticable, et il faut se contenter de la néphrectomie sous-capsulaire, partielle ou par morcellement.

Si les deux reins sont malades, la néphrectomie n'est plus possible, et le malade est condamné à garder sa fistule.

## VII

## TUBERCULOSE RÉNALE

La tuberculose rénale a été longtemps considérée comme une lésion en dehors des ressources de l'art; les premières opérations furent tout accidentelles. Bryant en 1870, Peters en 1872, croyaient opérer un rein calculeux: le premier fit la néphrotomie, le second tenta la néphrectomie. Les deux malades

moururent; on reconnut après coup qu'il s'agissait de tuberculose.

Malgré ces insuccès, le premier pas était franchi: l'impulsion était donnée, l'exemple fut suivi, et le nombre est devenu considérable des tuberculoses rénales traitées par l'opération. Déjà les derniers ouvrages, ceux de Morris, de Bruce Clarke, de Newmann, de Le Dentu, les articles de Ris<sup>1</sup>, de Bardenheuer<sup>2</sup>, de Herczel<sup>3</sup>, d'Israël<sup>4</sup>, de Bureau, de Madelung<sup>5</sup> commencent à préciser les indications opératoires. Puis, après l'article de Tuffier dans le *Traité de chirurgie*, Vignerot, d'après les enseignements de M. Guyon, publie en 1892 le premier travail d'ensemble sur la question: depuis lors il n'y a plus que le mémoire de Falcklam<sup>6</sup> basé sur l'analyse de 36 observations.

Deux méthodes chirurgicales sont en présence pour le traitement de la tuberculose rénale, la néphrotomie et la néphrectomie.

1° Valeurs et résultats comparatifs de la néphrotomie et de la néphrectomie. — Ces deux opérations

1. RIS, *Beit. zur klin. Chir.* 1890.
2. *Mittheilungen aus dem Körner Bürgerhospital*, 1890.
3. *Beit. zur klin. Chir.* 1890.
4. ISRAEL, *Deutsch. med. Woch.* 1890, n° 51.
5. MADELUNG, *Archiv für klin. Chir.* 1891.
6. FALCKLAM, *Die Resultate der wegen Nierenphthisie vorgenommenen Nephrotomien, und Nephrectomien.* *Archiv f. klin. Chir.* 1895, Bd. 75, p. 45.

envisagées au point de vue des résultats qu'elles donnent dans la tuberculose ne sont pas absolument comparables; la néphrotomie n'est jamais, ne sera jamais qu'une opération palliative. Une fois le rein ouvert et la suppuration évacuée, une fois grattées et évidées, les cavités tuberculeuses, le foyer primitif persiste toujours. On ne peut se vanter d'avoir détruit toutes les lésions, ni étouffé toutes les colonies bacillaires. Si des accidents urgents sont évités, si la rétention rénale avec ses crises douloureuses et l'infection secondaire de l'organisme est écartée, la tuberculose cependant n'est pas complètement éteinte, et les lésions, atténuées peut-être pour un temps, modifiées certainement dans leur évolution, continueront ou reprendront bientôt sur un terrain favorable leur marche constamment progressive. De plus, la persistance d'une fistule définitive exposera les malades à une infirmité pénible, ou les condamnera aux risques d'une néphrectomie secondaire.

Tout autre est la néphrectomie : elle est en principe et en fait une opération curative. Si elle est bien appliquée à temps à des lésions limitées, si le rein est seul en cause, avec le rein, l'opération supprime le foyer de tuberculose en activité. Le sujet sans doute conserve sa prédisposition, le terrain n'est pas modifié, mais le foyer est enlevé, et l'organisme y gagne d'être moins exposé à une infection

ultérieure. Aussi la néphrectomie a-t-elle donné des guérisons, de vraies guérisons telles qu'il est permis d'en espérer en matière de tuberculose. A la suite de la néphrectomie, des malades tuberculeux du rein ont pu vivre de la vie ordinaire; ils ont pu se marier, des femmes fournir même les frais d'une grossesse, ou subir les risques d'une ovariectomie.

Ce sont là des guérisons complètes comme la néphrotomie n'en a pas encore donné : mais il ne faut rien exagérer, et ces guérisons à la suite de la néphrectomie sont vraiment l'exception. Il est certain, et Vigner<sup>1</sup> le fait justement observer, que des malades ont été portés comme guéris, qui sont morts ultérieurement des lésions urinaires dont ils étaient affectés au moment même de l'opération. D'autres sont morts tuberculeux du poumon, qui étaient restés guéris de leurs lésions de l'appareil urinaire, et M. Guyon a bien raison de dire : « La néphrectomie pas plus que toute autre opération n'agit sur la tuberculose : en enlevant un foyer malade, le chirurgien ne peut avoir l'ambition de mettre pour toujours à l'abri de la tuberculose un individu qui y est prédisposé. »

*Résultats immédiats.* — Au point de vue de la

1. VIGNERON, *De l'intervention chirurgicale dans les tuberculoses du rein*. Th. Paris, 1892.