

gravité opératoire, il existe des différences importantes entre les deux opérations.

Vignerou trouve pour la néphrectomie primitive une mortalité de 40 0/0 : la néphrotomie au contraire n'a qu'une mortalité opératoire de 12 0/0.

La statistique de Tuffier, il est vrai, n'accuse pour la néphrectomie que 28 pour 100 de mortalité, ce qui est aussi le chiffre de Falcklam. Parmi les décès qui sont imputés à la néphrectomie, il en est d'ailleurs dont l'opération n'est pas absolument responsable. Il en est qui concernent des individus débilités, dont l'état ne comportait plus un traumatisme aussi sérieux. Chez d'autres, on a méconnu des lésions importantes de l'autre rein, et la mort est survenue par anurie.

Débarassée de ces cas encombrants, qui n'auraient pas dû figurer dans le cadre de la néphrectomie, cette opération deviendra certainement moins grave ; réduite à des indications qu'il faut désormais étudier et préciser avec plus de soin, la néphrectomie se présentera en principe comme l'opération de choix, et la néphrotomie restera une opération de nécessité.

Pour celle-ci, la gravité immédiate est réellement minime, de beaucoup inférieure à celle de la néphrectomie. Mais à longue échéance la mortalité sévit aussi beaucoup sur les néphrotomisés ; l'opération n'y est alors pour rien, les malades meurent de leurs lésions aggravées, ce qui est d'autant

moins surprenant que la néphrotomie bénéficié surtout des cas graves et avancés, de ceux qui ne sont plus du ressort de la néphrectomie.

2° Indications et contre-indications. Choix de l'opération. — La tuberculose du rein est primitive ou secondaire : secondaire, elle succède à la tuberculose de la vessie, dont elle est l'aboutissant ultime ; primitive, elle débute par le rein : le rein est le premier et le seul atteint, c'est une tuberculose absolument locale.

Primitive ou secondaire, il y aurait avantage à la diagnostiquer de bonne heure. Mais à ses débuts, la tuberculose rénale n'est pas facile à reconnaître ; quand elle succède à l'envahissement de la vessie, ses symptômes propres disparaissent au second plan derrière les manifestations vésicales, la lésion rénale reste latente jusqu'au jour où une augmentation de volume, avec des douleurs locales, appelle de ce côté l'attention.

Quand elle est primitive, ou bien quand les symptômes vésicaux sont nuls ou peu marqués, les difficultés sont encore plus sérieuses. Les formes *douloureuse* et *hématurique* de la tuberculose rénale, dont Tuffier¹ a publié quelques exemples, ne

1. TUFFIER, Des formes cliniques de la tuberculose rénale, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, juillet 1895, p. 497.

sont pas assez définies pour qu'il soit possible de les reconnaître à l'avance. Même dans les formes ordinaires les douleurs lombaires dont se plaignent les malades, les hématuries répétées dont ils sont atteints, la pyurie, tous ces signes isolés ne sont pas caractéristiques. Mais leur association dans certaines conditions suffit cependant à établir de grandes probabilités.

L'augmentation de volume du rein coïncidant avec des douleurs lombaires, des hématuries fréquentes et surtout la pyurie chez un sujet sans infection préalable antérieure, constituent une bien grande présomption en faveur de la tuberculose rénale. La suppuration qui se développe dans l'arbre urinaire sans infection antérieure, sans blennorrhagie, sans cathétérisme, est due neuf fois sur dix à une tuberculose localisée, et la spontanéité de la suppuration a dans l'espèce une valeur de premier ordre. Enfin la présence en un autre point de l'appareil génito-urinaire, dans la prostate, les vésicules séminales ou les épидидymes, de noyaux, d'indurations limitées sont des facteurs importants avec lesquels il y a toujours beaucoup à compter.

D'ailleurs il est encore un élément à rechercher, c'est la présence dans l'urine de bacilles. Les bacilles manquent souvent, ou du moins on ne les trouve pas toujours. Mais de ce qu'ils ne sont pas trouvés dans l'urine, il ne faut jamais conclure

qu'ils n'existent pas, et on devra toujours compléter par des inoculations au cobaye l'examen des urines. L'inoculation dans la tuberculose réussit presque toujours, alors même que la recherche des bacilles est restée négative.

Il y a donc dans ces recherches expérimentales une donnée de grande valeur, dont on ne doit pas se passer dans les cas douteux; elle est la seule qui permette quelquefois de distinguer un rein tuberculeux d'une pyélonéphrite simple ou en rétention.

La tuberculose étant reconnue, peut-on compter sur une guérison spontanée. En général la tuberculose rénale évolue progressivement vers la destruction de l'organe et l'infection de l'organisme. On observe de temps en temps des exemples de guérison spontanée par transformation crétaçée ou fibreuse de l'organe; ce sont le plus souvent des trouvailles d'autopsie. J'ai déposé moi-même au musée de Necker une pièce de tuberculose latente du rein, dans lequel la transformation lipomateuse de l'organe était presque complète et l'uretère oblitéré. Albarran en a opéré une autre cette année; l'uretère était oblitéré et le rein totalement transformé en vraie bouillie caséuse. Ces faits sont rares; ils suffisent à prouver toutefois que la tuberculose rénale peut guérir et guérit quelquefois, mais ils sont l'exception et la règle c'est que l'affection abandonnée à elle-même s'aggrave en vieillissant.

Des accidents de rétention se produisent un jour comme dans les pyélonéphrites simples; la pyonéphrose tuberculeuse s'établit avec des phénomènes d'intermittence plus ou moins marquée, et c'est une des complications contre laquelle on a le plus souvent l'occasion d'intervenir. L'hydronéphrose tuberculeuse a aussi été observée; elle est consécutive, en général, à une oblitération de l'uretère par uréterite tuberculeuse; c'est un accident beaucoup plus rare, et difficile, sinon impossible, à reconnaître avant l'incision.

La suppuration prolongée, l'insuffisance rénale finissent à la longue par altérer profondément la santé, et la cachexie survient, qui emporte bientôt le malade.

Aussi n'y a-t-il pas lieu d'attendre beaucoup : quand le diagnostic est posé, on n'a pas à espérer un bénéfice suffisant du traitement général, et il faut agir avant que les lésions ne soient accentuées et l'état général profondément altéré.

Le principe de l'opération étant admis, reste à faire le choix de l'intervention d'après les caractères de la lésion et l'état du malade.

Néphrectomie. — La néphrectomie ne convient d'abord qu'aux tuberculoses rénales observées au début de leur évolution; une des conditions de son efficacité, c'est sa *précocité*. Elle n'entre donc en ligne de compte que lorsqu'on a la chance de voir

le malade et de faire le diagnostic à une époque assez rapprochée du début des accidents. Attendre, ce serait s'exposer à des accidents de généralisation ou de septicémie, contre lesquels on ne pourrait plus agir avec la même énergie. Le moment le plus propice à choisir est celui où la santé commence à s'affaiblir, les forces à diminuer, l'appétit à baisser; c'est à ce moment que la lutte de l'organisme contre la tuberculose va devenir inégale.

Les *contre-indications* de l'opération sont fournies par l'état général ou par les lésions viscérales concomitantes.

Tant que l'état général n'est pas gravement compromis, la néphrectomie reste absolument indiquée; elle cesse de l'être dès que l'affaiblissement du malade, son amaigrissement, un certain degré de cachexie, la fièvre rémittente ou continue témoignent de la déchéance fonctionnelle de tout l'organisme. Dans ces conditions, le malade n'est plus en état de subir un traumatisme grave comme celui de la néphrectomie et ce serait s'exposer à un échec fatal que de tenter l'ablation du rein.

Les *lésions viscérales* sont aussi, dès qu'elles existent, une contre-indication formelle à la néphrectomie. La tuberculose pulmonaire, par exemple, doit éloigner à tout jamais l'idée d'une opération radicale.

En est-il de même de la tuberculose vésicale? Sur ce point les avis sont partagés; Israël est absolu-

ment d'avis d'opérer quand la tuberculose vésicale est récente et limitée. Verneuil, Le Dentu sont du même avis : une de leurs malades restait encore guérie au bout de sept ans et demi, en dépit d'une légère cystite tuberculeuse qui semblait exister déjà au moment de l'opération. On connaît d'autres exemples de guérisons qui se sont maintenues plusieurs années ; il s'agissait le plus souvent de lésions vésicales atténuées, légères, insignifiantes.

Je ne pense pas, pour ma part, que des lésions vésicales légères, peu marquées, constituent à l'opération radicale une contre-indication formelle : la tuberculose purement rénale est une rareté. Si la vessie est très atteinte, s'il existe une cystite grave, invétérée, il est évident qu'il n'y a rien à espérer de la néphrectomie. Mais si les symptômes vésicaux sont assez peu accentués pour qu'on croie au premier abord à des phénomènes surtout réflexes, si la sensibilité vésicale est peu développée, et si à l'endoscope on ne trouve que peu de lésions, je partage absolument l'avis d'Israël et je ne crois pas qu'il y ait contre-indication à enlever le rein. Après la néphrectomie, la vessie sera traitée pour ses propres lésions, et il est bien probable qu'elle bénéficiera à l'avenir de ne plus recevoir les produits septiques déversés du rein malade.

Les *lésions du second rein*, qu'elles soient tuberculeuses ou non, constituent un obstacle formel à la néphrectomie. Mais de ce qu'on trouve à l'examen

une augmentation de volume du second rein, il n'y a pas à conclure absolument qu'il est altéré. Sans doute la tuberculose est souvent bilatérale, mais l'augmentation de volume traduit souvent aussi une hypertrophie compensatrice, et on doit distinguer l'une de l'autre. S'il y a hypertrophie, le volume n'est jamais beaucoup augmenté ; le rein déborde rarement le rebord costal de plus de deux ou trois travers de doigts. Dans les pyélonéphrites, il est plus gros. L'analyse de l'urine montre le taux de l'urée normal ou voisin de la normale. Stephen Mackenzie, Barlow, Mac Cormac, Guyon accordent dans ces circonstances une grande confiance au dosage de l'urée, et Czerny, dans un cas, se décida à la néphrectomie en s'appuyant sur les résultats de ce dosage.

Enfin l'examen cystoscopique, lorsque l'état de la vessie le permet, montre la limpidité ou la purulence de l'urine émanée du second rein ; et la constatation de lésions tuberculeuses autour de l'embouchure de l'uretère fait présager de la nature tuberculeuse de la pyélonéphrite. Newmann, cité par Vigneron, allait enlever un rein tuberculeux lorsque, pratiquant le cathétérisme de l'uretère, il trouva des bacilles dans l'urine du second rein ; il s'abstint, et quelques mois après le malade mourait avec deux reins tuberculeux. Le cathétérisme de l'uretère, l'examen endoscopique au moins du jet urétéral, auront donc grande importance pour définir la

nature d'une faible augmentation de volume du second rein, et pour faire adopter ou rejeter la néphrectomie.

En résumé, la néphrectomie est formellement contre-indiquée dans les trois conditions suivantes :

1° État général gravement atteint, bien que les lésions soient limitées à un seul rein ;

2° Dissémination des lésions sur les poumons ou sur la vessie (cystite douloureuse) ;

3° Lésion quelconque, confirmée ou seulement probable, du second rein.

La néphrectomie étant décidée, on a le choix entre la voie abdominale et la voie lombaire. Les mêmes considérations sont applicables ici, qui ont été déjà développées à propos de la néphrectomie dans les pyonéphroses. La voie abdominale, malgré les préférences de quelques-uns, est plus grave que l'autre, elle expose plus à la septicémie, à la péritonite ; avec elle, le drainage est moins facile et le choc plus intense. Les avantages qu'on lui reconnaît de permettre l'exploration de l'autre rein, de faciliter la pose des fils sur le pédicule, sont ou théoriques ou exagérés ; elle ne convient qu'aux énormes tumeurs ; celles-ci sont, en matière de tuberculose, la grande exception.

La néphrectomie lombaire est le procédé de choix. L'incision oblique donne beaucoup de jour ; prolongée vers la crête iliaque et la région inguinale, elle permet de suivre l'uretère sur une partie

de son trajet et de le réséquer s'il est induré, dilaté, atteint d'uretérite scléreuse ou tuberculeuse.

Néphrotomie. — On n'a pas souvent l'occasion de voir les malades à une époque assez rapprochée du début de l'affection pour que la néphrectomie soit encore réalisable dans de bonnes conditions. Que l'affection soit déjà ancienne ou que les lésions aient été dès le début généralisées, les malades, lorsqu'ils se présentent, ne sont plus justiciables que de la néphrotomie ; aussi, bien que la néphrectomie reste en principe l'opération de choix, a-t-on en réalité beaucoup moins souvent l'occasion de la pratiquer que la néphrotomie. Le récent plaidoyer de Falcklam en faveur de la néphrectomie, qu'il conseille dans les cas même les plus avancés, ne changera pas l'opinion courante sur les dangers de cette opération à une époque tardive.

Voici un malade en puissance de tuberculose rénale ; la santé générale est déjà profondément et sérieusement troublée ; la pâleur des téguments, l'amaigrissement prononcé, les troubles digestifs, la fièvre attestent une infection générale. Le rein est gros ; il fait tumeur, ou bien il existe des accès franchement caractérisés de rétention avec ou sans périnéphrite tuberculeuse. La néphrectomie serait fatale ; en ouvrant le rein, en grattant et cautérisant toutes les cavités tuberculeuses, on va tout de

même au but, qui est de prévenir ou d'arrêter les accidents douloureux de rétention, de supprimer ou d'atténuer la source d'une infection établie.

A la suite de la néphrotomie, les malades reviennent vite à la santé; c'est merveille de voir avec quelle rapidité se remettent, après la néphrotomie, des malades que la gravité de l'état général semblait condamner à une mort prochaine. J'ai été plusieurs fois témoin de ces améliorations extraordinaires et imprévues, que la néphrotomie apportait en des cas désespérés de tuberculose.

La néphrotomie est donc susceptible de rendre de grands services aux malades toutes les fois que la néphrectomie est impraticable. Quelque prononcé que soit l'affaiblissement du malade, quelque étendues que soient les lésions, qu'il y ait ou non tuberculose viscérale, qu'il y ait ou non des lésions manifestes du rein opposé, la néphrotomie agira toujours pour relever l'état général et modifier le foyer rénal. Le bénéfice de l'opération s'étend jusqu'à la vessie pour diminuer sa contractilité, pour atténuer la fréquence et la douleur réflexe des mictions; il s'étend même jusqu'au rein opposé, dont la congestion diminue à la suite de l'opération.

La technique de la néphrotomie dans la tuberculose rénale ne présente rien de spécial; une fois ouvert le rein et évacué le foyer de suppuration, il faut chercher et creuser toutes les cavernes. C'est ici que le travail d'unification de la poche a une

vraie signification; c'est ici surtout qu'il faut s'attacher à transformer toutes ces cavités secondaires en une cavité unique, largement ouverte à l'extérieur. Les parois en sont grattées, curettées à la gaze iodoformée, afin de détruire toutes les colonies et d'enlever toutes les masses caséuses. Puis le rein est fixé définitivement à la peau, pour éviter l'inoculation de la loge périrénale.

A la suite de la néphrotomie, une fistule persiste toujours; il n'y a pas à faire valoir en faveur de la néphrectomie les inconvénients de cette fistule permanente, puisque la néphrotomie ne s'adresse qu'aux malades trop compromis, aux lésions trop accentuées. C'est déjà bien beau comme résultat si le dénouement fatal est éloigné à plusieurs mois, et la fistule ne sera qu'une bien faible infirmité en comparaison du bénéfice acquis. D'ailleurs, si le malade se remonte vite après la néphrectomie, si les forces reviennent en même temps que les lésions s'atténuent, la néphrectomie secondaire est là pour supprimer et le rein et la fistule.

Néphrectomie secondaire. — Celle-ci, en effet, est appelée aussi à rendre de grands services. Un individu dont l'état général très compromis rendait impossible une opération radicale, a été opéré de néphrotomie, et très amélioré; les forces reviennent et l'appétit renaît, la vie semble reprendre, mais la fistule persiste toujours. Faut-il escompter

plus loin les bénéfices de la néphrotomie, et attendre avec la fermeture de la fistule une presque guérison. Non : les résultats si favorables de la néphrotomie ne durent pas. Après quelques mois, le malade se remet à maigrir, l'appétit se perd et l'état général s'abaisse. Abandonné à lui-même, il va perdre peu à peu ses forces, et la mort ne tardera pas à venir.

Il n'y a pas à attendre jusque-là; il faut, tout au contraire, profiter de ces quelques mois d'amélioration que procure la néphrotomie pour tenter la néphrotomie secondaire *précoce* avant la phase ultime, et dans des conditions encore satisfaisantes. Le grand avantage de la néphrotomie aura été de relever les forces du malade à une période où toute autre opération appelée au même but était impossible, impraticable; on aura ainsi gagné du temps, et on pourra observer attentivement le fonctionnement de l'autre rein jusqu'alors redouté comme suspect.

Au clinicien de saisir désormais, pour opérer à nouveau, le moment précis où le malade, après avoir bénéficié de l'incision rénale, va perdre de ses forces et décliner. En général, il ne faut pas laisser plus de deux mois entre les deux interventions, c'est la limite approximative que fixe Tuffier; Schmidt¹ est du même avis; sur un de ses malades

1. SCHMID, *Munch. Med. Woch.*, 1892.

il a pratiqué au bout de deux mois la néphrectomie secondaire, et l'a guéri.

Attendre plus tard, c'est s'exposer à voir les lésions tuberculeuses trop étendues et l'altération du second rein aggravée, à trouver des adhérences locales serrées et étendues; et actuellement presque tous les chirurgiens, Kuester, Czerny, Max Schede, Gersony, Guyon, sont d'accord pour reconnaître la valeur de la néphrectomie secondaire précoce telle que nous l'avons définie.

Les difficultés opératoires créées par les adhérences, qui seraient plus fortes après la néphrotomie, ne sont pas toujours ce que l'on pourrait craindre. Ces difficultés ne sont pas mentionnées par la plupart des opérateurs; Czerny et Bergmann trouvent même la néphrectomie secondaire plus facile.

Quand les adhérences sont marquées, et la périnéphrite scléreuse très développée, on a encore la ressource de faire la néphrectomie sous-capsulaire. Bergmann, Bardenheuer, Tuffier, Duret et d'autres y ont eu recours dans des cas où la périnéphrite intense rendait véritablement impossible l'extirpation du rein avec sa capsule. L'ablation du rein se fait plus facilement; la cavité qui en résulte est tamponnée à la gaze et la plaie fermée partiellement. Cette opération cependant n'est pas exempte de quelques inconvénients; la suppuration de la coque rénale est parfois l'origine de fistules inter-

minables, qui tiennent souvent à l'infection tuberculeuse par les foyers méconnus ou laissés intacts. Pour les prévenir, il est bon de gratter le plus possible à la curette tout ce qu'on laisse de coque rénale.

Quel que soit le procédé adopté, il est également bon de chercher toujours à réséquer de l'uretère la plus grande partie, en ayant soin d'amener l'orifice supérieur à la peau et de l'y fixer par quelques points de suture. Si la suppuration persiste quelque temps dans le conduit, il sera ainsi plus facile de l'aborder et d'agir directement par des injections antiseptiques ou caustiques.

VIII

DES HYDRONÉPHROSES

Avec l'hydronéphrose nous entrons dans le domaine des rétentions rénales aseptiques : l'hydronéphrose est constituée par la dilatation du bassinet, des calices et du rein ; mais c'est une dilatation aseptique, très différente par conséquent de la pyonéphrose, c'est-à-dire de la rétention rénale et infectée purulente. Cette notion de la virulence ou non du liquide est la base de la distinction fondamentale à établir entre ces deux sortes de rétention.

Entre la pyonéphrose vraie constituée par l'accumulation d'un pus épais et phlegmoneux au centre d'un rein abcédé, et l'hydronéphrose, il est cependant des stades intermédiaires qu'il faut classer. Il est par exemple des rétentions constituées par un liquide encore limpide dans lequel la présence des leucocytes ou des microorganismes suffit à témoigner de l'infection : ce n'est plus dès lors de l'hydronéphrose : et théoriquement il faudrait dire pyonéphrose. Mais anatomiquement les deux lésions ne sont pas cependant comparables ; cette vaste poche, produit d'une hydronéphrose avec une infection légère, ne ressemble pas au rein distendu par le pus des abcès rénaux ; l'élément infectieux est ici secondaire, la distension mécanique est l'élément principal. Ce sont des hydronéphroses que l'on dit infectées, parce qu'il faut encore conserver dans leur dénomination la notion de la première étape qu'elles ont parcourue : M. Guyon les appelle avec beaucoup plus de raison des *uro-pyonéphroses*. Cette variété est celle que l'on observe le plus souvent avec un liquide plus ou moins infecté et troublé. Si l'on restreignait l'hydronéphrose à la seule définition donnée, il faudrait s'attendre à ne presque jamais la rencontrer, tellement est rare cette persistance de l'asepsie du liquide en présence des conditions si favorables faites à une infection même légère par une rétention persistante.