

TRENTE-TROISIÈME LEÇON

NÉPHRECTOMIE POUR TUBERCULOSE RÉNALE FISTULEUSE

I. — Fistule lombo-iliaque attribuée à une appendicite ancienne. Issue d'un ascariide lombricoïde par la plaie. Échec d'un débridement simple suivi de drainage. Deuxième opération conduisant à la néphrectomie.

II. — Examen anatomique : il s'agit de tuberculose rénale. Rareté des fistules intestino-cutanées dans les cas de ce genre.

Je désire attirer votre attention sur l'enfant que je viens d'opérer devant vous, et chez laquelle nous avons été conduits de proche en proche jusqu'au rein tuberculeux. Pour cette fistule lombaire rebelle, en effet, le diagnostic de la cause n'avait pas été porté à l'avance, quoique l'enfant, depuis huit mois dans nos salles, ait déjà été opérée par nous une fois. On ne songe pas volontiers aux lésions tout à fait exceptionnelles, et d'autre part aucun symptôme ne révélait quelque chose de rénal.

I

C'est le 16 avril dernier (1897) que cette fillette, âgée de cinq ans, m'a été présentée, parce qu'elle portait un trajet fistuleux au niveau de la région lombaire droite, et qu'en outre sa santé générale était depuis assez longtemps chancelante.

L'histoire de la maladie me fit tout de suite penser à une fistule consécutive à une appendicite suppurée. Il y a un an, en effet, en avril 1896, sans cause appréciable, l'enfant ressentit dans la fosse iliaque droite des douleurs assez intenses pour lui arracher des cris; puis survint une forte diarrhée avec selles fréquentes (jusqu'à 10 par jour), peu abondantes, fétides, de consistance liquide et visqueuse, de coloration jaune ou verdâtre, contenant des membranes filamenteuses. En même temps s'allumait la fièvre, avec peau brûlante et langue saburrale, les traits s'altèrent, l'enfant dut s'aliter et s'amaigrir. Au bout d'un mois environ la région lombaire droite commença à bomber, et un médecin y fit une incision : un litre environ de pus jaune, strié de sang, s'écoula, et l'amélioration fut après cela rapide. La fièvre disparut, l'aspect du visage se modifia, appétit et gaieté revinrent, tandis que cessaient diarrhée et douleurs, la malade se mit à engraisser, et elle put quitter le lit quatre mois après le début des accidents.

Avec ce début brusque, ces troubles intestinaux concomitants, ces allures fébriles, l'appendicite à foyer lombaire me parut être la cause la plus probable de cet abcès. D'autant plus que, depuis longtemps déjà, des alternatives de diarrhée et de constipation avaient précédé la crise aiguë que je viens de décrire, et que, d'autre part, rien n'était à relever dans les antécédents personnels ou héréditaires. L'évolution des lésions n'eut rien de contraire à cette hypothèse.

Sans doute, après ablation du drain qu'on avait mis dans l'incision, une fistule persista, donnant issue à une suppuration peu abondante, et vous savez que ces fistules rebelles sont rares après l'incision des abcès appendiculaires. Mais elles sont possibles, et souvent compatibles, comme dans le cas actuel, avec un rétablissement très convenable de la santé générale. D'ordinaire, il est vrai, elles sont sujettes de temps à autre à des rétentions, à des reprises d'accidents esquissant en petit la crise initiale : et c'est précisément ce qui eut lieu dans le cas actuel. Pendant près d'un an, la santé fut bonne, puis, il y a six semaines, survint une rougeole qui évolua normalement, en une quinzaine de jours, mais à la suite de laquelle reparurent brusquement, dans la fosse iliaque droite,

des douleurs d'une violence extrême, avec fièvre, agitation, insomnie. Et cette fois les vomissements, qui avaient manqué lors de la première atteinte, furent incessants, survenant nuit et jour, alimentaires ou bilieux, selon que l'enfant était ou non à jeun. Cela dura pendant cinq jours, avec inappétence absolue, amaigrissement rapide et considérable : puis sortit spontanément par la fistule une grande quantité de pus excessivement fétide, d'où une amélioration considérable, sans que, cependant, l'état général redevint aussi bon qu'avant cette seconde poussée. L'inappétence diminua, mais ne disparut pas complètement, la région épigastrique resta douloureuse, des vomissements bilieux se produisirent de temps en temps.

Ce tableau était bien celui d'une récurrence autour d'un appendice ayant provoqué une fistule. Et en tout cas un fait spécial me fut tout de suite narré, qui me confirma dans cette opinion : trois semaines après la crise de récurrence, un ascaride lombricoïde sortit par la plaie. Un vermifuge alors administré provoqua l'évacuation de trois autres ascarides, cette fois par l'anus.

Je ne veux pas, à propos de ce cas où ce fut tout à fait accessoire, entrer dans la discussion relative à l'issue spontanée des ascarides à travers les parois de l'intestin, à la nécessité d'une lésion ulcéreuse préexistante pour que le parasite puisse se frayer une voie. Ici, il était bien certain qu'à l'origine, l'an dernier, l'abcès n'avait pas été vermineux et qu'actuellement l'issue de l'helminthe démontrait la communication entre la poche suppurée et la cavité intestinale. Il était donc tout à fait raisonnable d'admettre que cette perforation portait sur la base de l'appendice ou sur la partie voisine de la paroi cœcale.

Lorsque l'enfant fut admise à la salle Giraldès, par la fistule située à la région lombaire droite, au niveau du triangle de J.-L. Petit, s'écoulait un pus jaune, très liquide, d'odeur stercorale et fétide. De ce côté avait disparu le méplat lombaire, net à gauche, et à la palpation on sentait un empatement remontant assez haut; la pression était douloureuse au-dessous et en dedans de l'orifice fistuleux, vers la fosse iliaque droite, qui paraissait, en outre, un peu empâtée; l'abdomen était légèrement douloureux.

Cet examen local était en somme, lui aussi, favorable à l'hypothèse d'une appendicite originelle, et ce diagnostic dicta ma conduite thérapeutique. Le pus ne se vidait pas très bien : la preuve en était fournie par ce fait que par la pression sur la région lombaire on en faisait sourdre en notable quantité; de plus, il y avait un peu de fièvre vespérale, entre 38° et 38°5; enfin l'appétit était diminué, la langue saburrale, la peau peu colorée, la diarrhée fréquente. D'autre part, la fistule stercorale semblait bien être petite et récente, et nous savons que, dans ces conditions, les orifices du cæcum ou du côlon ascendant se cicatrisent volontiers d'eux-mêmes lorsque la poche suppurée correspondante est bien drainée. Je fis donc dilater très largement le trajet avec des laminaires et, cela fait, je vis, après installation d'un gros drain, la suppuration diminuer, la fièvre tomber, l'état général se remonter. Mais de temps à autre, quoique rarement, un petit fragment alimentaire, par exemple un morceau vert d'herbe cuite, nous prouvait que le pertuis intestinal ne s'oblitérait pas.

Aussi, après avoir maintes fois différé une intervention dont l'urgence ne s'imposait pas, me décidai-je à débrider largement le clapier pyo-stercoral. Le 13 juillet l'enfant fut endormie et je fendis d'abord un décollement sous-cutané qui se dirigeait en avant. Vers la fosse iliaque, rien ne me conduisit dans la profondeur, près du cæcum. Mais en haut j'arrivai sur le bord externe de la masse sacro-lombaire et de là, plus profondément, sur la face postérieure de l'intestin, où, au centre d'une plaque grisâtre, s'ouvrait un petit pertuis admettant juste la pointe du stylet. Je l'oblitérai par deux points de Lembert à la soie fine, et n'allai pas plus loin. Était-je donc en présence d'un de ces faits, aujourd'hui reconnus exceptionnels, où une perforation du côlon ascendant ou du cæcum simule l'appendicite? Cela me parut probable, et en tout état de cause je crus avoir trouvé la lésion primitive.

Je fus donc assez surpris de constater que le résultat fut nul. La fistule intestinale resta oblitérée, à partir de ce moment il n'y eut plus jamais de débris alimentaires dans les selles, mais ce fut tout ce que j'obtins, et la fistule cutanée persista sans modification. Et c'est pour cela qu'aujourd'hui 3 novembre, j'ai pris le

parti d'intervenir de nouveau, de poursuivre jusqu'à leurs limites des clapiers dont j'avais sans doute méconnu quelques diverticules profonds. Et je me demandais, avant de commencer, si derrière tout cela il n'y avait pas un point de tuberculose osseuse sur une des dernières côtes ou sur un corps vertébral.

En fendant de proche en proche tous les diverticules, en enlevant à mesure, de la curette, les fongosités grisâtres qui les remplissaient, je trouvai, derrière le péritoine épaissi, une masse lardacée, d'aspect grasseuse, mais très dure, blanc-jaunâtre, grisâtre, que j'extirpai par morcellement. Je vous montre cette pièce, — ou plutôt ses morceaux, — et bien certainement elle nous apparaît formée de poches multiples, communiquant entre elles, tapissées d'une membrane d'aspect granuleux; la face externe de cette masse est lisse, mais irrégulièrement lobulée par des sillons assez profonds. En un ou deux points, au milieu de ces sinus grisâtres, il y a une substance brun-rouge. Cela, joint à la lobulation extérieure, aux cavités multiples, et enfin à ce fait d'ordre opératoire, que dans la profondeur j'ai dû, après avoir terminé l'ablation, pincer et lier de gros vaisseaux formant pédicule et saignant abondamment, tout cela me fait penser que j'ai entre les mains le rein droit malade, probablement tuberculeux. Dans quelques semaines, je vous tiendrai au courant de ce qui se sera passé cliniquement, de ce qu'on aura vu au microscope.

II

L'examen histologique a confirmé ce que nous avait fait penser l'aspect macroscopique de la pièce : sur les points restés rouges, la structure du rein est évidente; et d'autre part la lésion est sans contredit de nature tuberculeuse. Quant à l'évolution post-opératoire, aucune complication ne l'a entraînée, et aujourd'hui, 23 décembre, je vous présente l'enfant, qui, guérie, va quitter l'hôpital. La plaie est complètement cicatrisée, la région lombaire est souple et indolente, l'état général est parfait.

Quel sera le résultat éloigné? C'est sans doute un point des

plus intéressant dans l'étude des néphrectomies pour tuberculose unilatérale, et dans l'espèce, avec l'absence constante de tout symptôme vers la région rénale gauche, de toute altération pathologique des urines, nous sommes en droit d'espérer que les conditions requises pour la cure définitive sont réunies. Mais en attendant que, dans quelques années, le hasard me fasse rencontrer cette enfant, il me semble que cette curieuse histoire pathologique, avec fistule réno-intestino-cutanée, mérite que j'y revienne un peu devant vous.

Dans l'évolution de la tuberculose rénale, on observe quelquefois la formation de véritables abcès froids périrénaux, un foyer caséux intra-rénal s'étant rompu dans l'atmosphère cellulo-graisseuse périnéphrétique. D'autre part, il est bien connu que parfois, par infection ascendante partie de la vessie sans doute, la tuberculose rénale ou périrénale peut se compliquer d'infection mixte, et qu'alors on assiste au tableau classique du phlegmon périnéphrétique. Mais qu'alors on incise simplement ce phlegmon, selon le procédé habituel, et la fistule après cela est la règle. C'est ce qui s'est passé, en mars 1896, chez notre petite malade : une tuberculose rénale torpide, latente, d'ancienneté inconnue, s'est compliquée de phlegmon périnéphrétique aigu, ou tout au moins subaigu, et l'incision est restée fistuleuse. A partir du moment où j'ai vu l'enfant, il n'est jamais rien sorti par la fistule qui ressemblât à de l'urine pure ou mélangée à du pus, et quand j'ai fait la néphrectomie il y a quelques semaines, je n'ai pas vu l'uretère. Il semble donc bien qu'à un moment donné le tissu rénal ait été à peu près complètement annihilé — ce qu'a démontré l'examen anatomique de la pièce enlevée — et que l'uretère ait été oblitéré; ce qui ne veut pas dire qu'au début des accidents inflammatoires l'infection surajoutée n'ait pas pu avoir pour source l'uretère encore perméable; ce qui ne veut pas dire non plus qu'à l'origine le pus de l'abcès, puis de la fistule, n'ait pas été plus ou moins nettement urinaire. Dans certains cas, aucun épisode aigu ne vient activer la marche de cet abcès froid, qu'on peut croire symptomatique d'un mal de Pott, et qui vient se fistuliser à la peau, soit spontanément, soit après une intervention chirurgicale,

ponction ou incision. Je ne parle naturellement que des fistules au fond desquelles le rein est tuberculeux, mais qui s'ouvrent à la peau par l'intermédiaire d'une poche d'abcès froid périnéphrétique.

Le lieu d'élection, pour les fistules spontanées ou post-opératoires, est la région lombaire au niveau du triangle de J.-L. Petit, et cela se conçoit de reste. Mais quelquefois l'abcès froid peut descendre plus loin, et dans quelques cas on a pu le voir arriver à la racine de la cuisse, simulant encore plus que dans le cas précédent un mal de Pott sans gibbosité avec abcès froid de la gaine du psoas.

L'abcès froid périnéphrétique n'est déjà pas très fréquent au cours de la tuberculose rénale, qui le plus souvent ne franchit pas la coque du viscère et reste à l'état de pyélonéphrite tuberculeuse. Quant à la communication avec l'intestin, elle est plus rare encore. Cette communication peut se faire soit directement entre l'intestin et le foyer rénal, soit par l'intermédiaire de l'abcès froid périnéphrétique. Dans le premier cas, elle peut porter soit sur le duodénum, dont on connaît les rapports avec l'extrémité supérieure du rein droit, soit sur la face postérieure du côlon ascendant ou descendant; ainsi, dans le remarquable atlas de Rayer, vous trouverez une figure qui représente l'ulcération du côlon descendant par un petit foyer purulent situé sur la face antérieure du rein tuberculeux. Et Cruveilhier a vu un rein ectopié communiquer avec le rectum.

Chez ma malade, mes deux opérations m'ont permis de constater que la communication n'était pas directement rénale, mais que le pertuis, fort étroit, siégeait sur la face postérieure du côlon descendant, au-dessous de la limite du rein droit, et s'ouvrait non pas dans une caverne rénale, dans l'uretère ou dans le bassin, mais dans la poche de l'abcès froid périnéphrétique, en sorte qu'il s'agissait d'une véritable fistule stercoro-purulente. Et d'autre part, d'après la succession des phénomènes, il est bien probable qu'il n'y a pas eu, comme c'est la règle, ulcération de l'intestin de dehors en dedans, mais que le côlon aminci, chroniquement enflammé, peut-être présentant à ce niveau une petite ulcération, a été troué par l'ascaride dont l'issue a été notée au bout d'un an à peu près. Car jusque-là rien n'avait fait songer à une perforation intestinale.

Cette opinion est confirmée par l'aspect du tout petit pertuis que j'ai vu lors de ma première opération, par la facilité avec laquelle deux points de Lembert, à la soie fine, portant sur une paroi un peu grisâtre, mais nullement friable et ulcéreuse, ont suffi pour fermer cet orifice.

Tout cela est rare à tous les âges, et surtout chez l'enfant. Parmi les quelques observations de fistules réno-coliques que j'ai pu trouver au cours de rapides recherches bibliographiques, je n'en ai point trouvé qui ne fussent relatives à l'adulte; et d'ailleurs l'abcès froid périnéphrétique d'origine rénale est exceptionnel chez l'enfant, avec quelques réserves toutefois sur la possibilité d'erreurs de diagnostic, quelquefois signalées chez l'adulte, entre la périnéphrite tuberculeuse et l'abcès froid d'un mal de Pott sans gibbosité. On songe à la lésion de beaucoup la plus fréquente, c'est-à-dire au mal de Pott, et on ne tient pas assez compte de l'absence des pseudo-névralgies, de la conservation de la souplesse rachidienne; et au total l'erreur est très excusable quand, le rein étant entièrement rongé par la tuberculose, il n'y a pas d'urine mélangée au pus, ou il y en a si peu qu'elle est forcément méconnue.