

de l'urine, le pus est remplacé par un léger nuage muqueux, et les choses restent en cet état pendant des années.

L'éradication du foyer peut être obtenue par l'ablation des parties malades ou par l'exérèse de l'organe, c'est-à-dire par la résection du rein ou par la néphrectomie. Ces interventions sont-elles justifiées? C'est une question que j'ai cherché à résoudre depuis bien des années. Pendant longtemps on a demandé la réponse aux autopsies. Or nous savons tous qu'un malade qui succombe à une tuberculose quelconque présente des lésions viscérales multiples; le même fait a été constaté pour la bacillose rénale: les lésions bilatérales, les altérations de la vessie et des organes génitaux sont la règle dans ces cas. Or les faits cliniques prouvent que la plupart du temps la tuberculose urinaire est descendante. J'ai opéré une jeune fille qui n'a souffert de la vessie que plusieurs années après avoir présenté des signes de tuberculose rénale, et l'examen cystoscopique a montré que la seule lésion vésicale était une exulcération de l'embouchure de l'uretère correspondant au rein malade. J'ai opéré une autre femme dont les lésions bacillaires suppurées du rein s'accompagnaient d'un semis granuleux sur le bassin et l'origine de l'uretère. Bien des observations plaident dans le même sens (\*). Il est donc indiscutable que la tuberculose peut se propager et se propage le plus souvent du rein à l'arbre urinaire et que l'éradication du foyer peut mettre à l'abri de ces propagations. Mais cette intervention est-elle suivie de récidence ou de l'évolution d'une autre tuberculose? Tous les chirurgiens qui ont quelque expérience de la chirurgie rénale ont à leur actif des survies qui vraiment ont la valeur de guérisons. Pour ma part, j'ai des opérés de ce genre qui vivent parfaitement depuis six et sept ans.

Mais, en dehors de ce fait général, certains accidents provoqués par la présence de tubercules dans le rein peuvent nécessiter une intervention. L'hémorragie, par son abondance, peut devenir une indication opératoire, et j'insiste sur ce fait que c'est bien la perte de sang indépendante de toute nature de bacillose qui constitue le danger. Chez la malade qui m'a servi de thème à la description de cette forme hématurique, les hémorragies étaient si violentes que, survenues pendant un voyage, elles provoquèrent un état syncopal, nécessitèrent le repos immédiat près d'une gare où cette femme arriva au dernier degré de l'anémie et d'où elle ne put être transportée que plusieurs semaines après. La répétition de ces accidents m'obligea à intervenir. Tout ce que nous savons de la circulation rénale et de ses anastomoses avec les vaisseaux des parties molles des lombes commande ici la révulsion sous forme de ventouses et de pointes de feu, et cette médication s'impose d'autant plus que ces hémorragies paraissent d'ordre congestif puisqu'elles se produisent au début de la bacillose rénale. Les hémostatiques tels que l'ergotine ou le perchlorure ne semblent avoir donné aucun résultat. Le régime lacté met au minimum le travail de filtration du rein et son emploi s'impose. Mais si tous ces moyens échouent, force est de recourir à l'opération. L'exérèse des parties malades avec conservation de la glande serait l'idéal opératoire et je ne doute pas que des tentatives de ce genre ne soient plus tard suivies de succès. Malheureusement, les lésions sont peu marquées, difficilement appréciables; toutes les observations publiées montrent que, les pièces en mains, on doit minutieusement chercher les foyers malades pour les découvrir. Aussi deux procédés ont-ils seuls été appliqués: la néphro-

(\* Voy. encore à ce sujet GOLDBERG, *Berl. klin. Woch.*, 1893, n° 5, p. 98.

tomie, moyen palliatif, et la néphrectomie. J'ai pratiqué, il y a six ans, la néphrotomie dans un de ces cas obscurs, et ma malade, guérie pendant deux ans, a présenté de nouveau quelques hémorragies. Au contraire, les néphrectomies pratiquées en pareils cas ont toutes réussi, et pour ma part, ma malade opérée depuis cinq ans est en parfaite santé. Je proposerais volontiers la ligature de l'artère rénale sans néphrectomie dans ces cas, si les progrès de la lésion infectieuse ne compromettaient la vie du malade.

La douleur, qui revêt la forme de pseudo-coliques néphrétiques, ne peut qu'exceptionnellement conduire à l'intervention; elle est justiciable des moyens médicaux: révulsion lombaire, boissons délayantes, régime lacté. Si cependant elle prend la gravité de coliques néphrétiques subintrantes, si elle devient assez vive pour maintenir, comme je l'ai vu, les malades au lit ou pour nécessiter l'emploi continu des narcotiques, force nous est bien d'y mettre un terme. J'ai été ainsi conduit à pratiquer la néphrectomie et, chez tous les malades, la gravité des lésions rénales trouvées après l'opération justifiait amplement cette façon de faire. Dans un cas, le rein était détruit par une série d'abcès ou de noyaux tuberculeux; dans l'autre, l'uretère était rétréci par des noyaux tuberculeux et provoquait des accidents d'hydronéphrose intermittente: le rein était donc, dans les deux cas, voué à une destruction complète, et j'ajouterai qu'après cinq ans et trois ans mes malades sont en parfaite santé. L'incision lombaire, l'exploration du rein et la néphrectomie, si les lésions sont étendues à toute la hauteur du rein ou si leur situation au niveau du bassin ou de l'uretère ne permettait pas la résection partielle, constituent le meilleur mode opératoire.

Les accidents infectieux sont fréquents, ils nous forcent souvent à intervenir. L'entrée en scène de la pyélo-néphrite combinée à la simple tuberculose crée des indications spéciales. Tant que les produits infectieux se drainent à travers un uretère suffisant, la mise en œuvre du traitement médical dirigé contre la tuberculose, joint à une thérapeutique antiseptique du rein compatible avec le bon fonctionnement de l'estomac, borate de soude à la dose de 8 à 15 grammes, salol, balsamiques légers, est suffisante. La médecine opératoire trouve ses indications dans un seul accident, la rétention des produits septiques. Cette rétention peut être complète ou incomplète. La rétention complète des produits tuberculeux constitue la pyonéphrose tuberculeuse; son incision s'impose dans les cas où l'état général du malade ne permet pas d'espérer mieux, mais la néphrectomie primitive est la méthode de choix, si cette pyonéphrose est fermée depuis longtemps, ce qui nous a permis de nous rendre un compte exact de la valeur physiologique du rein du côté opposé fonctionnant seul. La rétention incomplète avec distension rénale considérable conduit à la destruction de la glande; tant qu'elle ne détermine pas d'accidents septicémiques on peut prolonger les efforts médicaux, mais quand la température s'élève, quand l'état général faiblit, l'intervention s'impose. L'incision et le drainage des poches purulentes constituent alors la méthode de choix. Cette néphrotomie donne d'excellents résultats. Elle suffit tant que la santé générale ne s'altère pas. Mais si les fistules persistent, si la sécrétion purulente est abondante, si les foyers se vident mal, et provoquent des accidents de septicémie chronique, la néphrectomie secondaire précoce est le meilleur moyen de lutter contre ces infections.

Les indications opératoires dans toutes ces formes de tuberculose sont soumises à l'intégrité du reste de l'appareil génito-urinaire; mais là encore il faut savoir démêler, au milieu de ces localisations multiples, quelle est l'origine des



troubles de la santé générale. Les lésions tuberculeuses ou non tuberculeuses de l'autre rein (voy. plus haut) constituent la plus grande partie des contre-indications opératoires. Un simple noyau bacillaire dans la prostate n'est pas une contre-indication opératoire si le malade est atteint d'une pyonéphrose avec accidents généraux. Si, au contraire, ce même noyau se rencontre chez un malade atteint d'une tuberculose rénale torpide, sans accidents fébriles, il nous fera hésiter et peut-être rejeter une opération. La difficulté est surtout grande quand il s'agit de lésions concomitantes du rein et de la vessie, et malheureusement cette coïncidence n'est pas rare. Il est très fréquent de trouver la vessie uniquement atteinte au voisinage de l'orifice urétéral du côté malade; aussi Trendelenburg n'a-t-il pas hésité, dans un cas de ce genre, à enlever le rein, l'uretère et la zone vésicale atteinte. Cette opération hardie, mais que le succès a justifiée, n'est autorisée que si les lésions vésico-rénales sont uniques et uniquement menaçantes. En général, c'est par l'étude clinique minutieuse des accidents imputables à la tuberculose vésicale et de ceux qui relèvent de la bacillose rénale que nous sommes conduits à agir sur le rein ou sur la vessie. En tout cas, le traitement vésical ne pouvant aggraver les lésions, doit être poursuivi avant toute intervention sur le rein.

Après avoir essayé de préciser quelques indications opératoires dans la tuberculose du rein, il nous reste à envisager la *néphrotomie* et la *néphrectomie* dans la tuberculose du rein au point de vue de leur indication, de leur manuel opératoire, de leurs résultats immédiats et éloignés.

D'une façon générale, la *néphrotomie* s'impose dans tous les cas de rétention septique accompagnée de septicémie. La *néphrectomie primitive* est plus restreinte dans ses applications, elle nécessite une notion exacte du fonctionnement intégral du rein du côté opposé. Le cathétérisme de l'uretère peut rendre les plus grands services dans ces cas, mais au cours de l'opération une constatation d'assez grande importance est tirée de l'imperméabilité de l'uretère : l'hydronéphrose tuberculeuse, la tuberculose massive du rein sont justiciables de l'ablation. C'est encore pendant l'opération que j'ai pu constater la présence d'abcès froids multiples de l'organe, séparés eux-mêmes par des noyaux caséux; là encore l'ablation est indiquée. Les résultats thérapeutiques obtenus dans la bacillose à forme hématurique plaident également dans ce sens. En dehors de ces cas, je donnerai la préférence à l'*incision* dans les pyélonéphrites tuberculeuses et même dans les faits rares de grosse collection purulente enkystée du rein, alors que l'uretère est perméable. Mais il faut bien savoir que cette *néphrotomie* n'est qu'un palliatif; elle laisse une fistule purulente. Dans les pyélonéphrites simples cette fistule peut longtemps persister sans grand inconvénient; chez les tuberculeux, au contraire, les suppurations prolongées sont toujours défavorables et si elles ont une influence fâcheuse sur l'état général du sujet, il ne faut pas hésiter à pratiquer la *néphrectomie* secondaire que j'ai appelée *précoce*. A mesure que mon expérience s'accroît, je deviens plus partisan de l'ablation du rein tuberculeux.

Le *manuel opératoire* de la *néphrotomie* ne mérite pas de nous arrêter : le rein est découvert et les abcès sont incisés. La seule recommandation à faire est la *recherche minutieuse des abcès indépendants* les uns des autres; abcès latents situés dans les cloisons principales (Tuffier, Congrès de chirurgie, 1898), trop souvent on se contente d'ouvrir une large collection, et on laisse une série de foyers secondaires, ainsi que le démontre une nouvelle opération bientôt

devenue nécessaire. Après l'ouverture et la *régularisation des foyers*, l'exploration de l'uretère est utile, et, s'il est *oblitéré*, la *néphrotomie* peut être transformée séance tenante en *néphrectomie*. Il en est de même si les foyers sont trop nombreux et trop disséminés. J'ai exécuté plusieurs fois ce changement de plan opératoire, et je n'oserais plus affirmer qu'aujourd'hui, en face de ces cas douteux, je m'en tiendrais certainement à une *néphrotomie*. Une bonne précaution, après l'évacuation des foyers, consiste à suturer le rein et sa *capsule propre* à la paroi lombaire; on garde ainsi à proximité la caverne tuberculeuse et on peut en suivre l'évolution, on évite l'inoculation des produits tuberculeux à la graisse périnéale et on pratique plus facilement l'ablation secondaire du rein, si elle devient nécessaire.

Le manuel opératoire de la *néphrectomie*, dans ces cas, ne diffère pas de celui de l'ablation du rein en général. La voie lombaire est la voie d'élection et l'incision doit être d'autant plus transversale que le rein est plus haut situé. Condamin et Poncet (\*) ont proposé, pour ces cas, la suture préalable des deux feuillets péritonéaux, mais dans l'opération de Poncet le péritoine fut déchiré et, en outre, je crains bien que la voie ainsi créée soit insuffisante : les adhérences de la capsule adipeuse, son hypertrophie, sa transformation fibro-lipomateuse rendent parfois difficiles l'abord et l'isolement de la glande. En tout cas il ne faut point chercher l'énucléation de ces masses, il faut toujours isoler un des points de la glande pour trouver un plan de clivage qui facilite la *décortication*. Si cet isolement est difficile, mieux vaut inciser la capsule propre du rein et faire la *néphrectomie* sous-capsulaire d'Ollier. J'avais craint, théoriquement, d'ouvrir ainsi les abcès intra-rénaux ou de laisser quelques noyaux tuberculeux dans la capsule; mais je n'ai constaté aucun de ces deux accidents dans les opérations que j'ai pratiquées, et mes malades n'ont pas eu de récurrence locale. La seule précaution importante dans cette opération consiste à *réséquer l'uretère le plus bas possible*. Nous savons que ce conduit est fréquemment envahi par la tuberculose, il y a donc tout intérêt à s'éloigner du foyer morbide. Par une simple incision lombaire, il est très facile d'isoler ce conduit jusqu'au-dessous du détroit supérieur du bassin. La section sera suivie d'une cautérisation au fer rouge de sa muqueuse et d'une fermeture à la Lembert. Dans les cas où ce conduit est dilaté, tortueux, témoignage anatomique d'une oblitération périvésicale de l'uretère, son ablation totale peut être nécessaire; il suffit pour cela d'allonger en bas et en dedans l'incision lombaire qui devient bombillaire. C'est en allongeant encore vers le pubis cette même incision que Trendelenburg a pu enlever en même temps un segment de la vessie.

Les *néphrectomies partielles* dans la tuberculose rénale sont de véritables curettages de foyers caséux. Après mise à nu du rein, on évide les foyers rénaux à la curette mousse et on cautérise les parois au chlorure de zinc : le parenchyme rénal est à cet égard très tolérant.

La *néphrectomie secondaire* nécessitée par la persistance des trajets fistuleux est souvent rendue difficile par les adhérences nombreuses à la paroi, adhérences créées par la première opération; souvent aussi les dégénérescences fibro-graisseuses intra-rénales, la fusion du rein avec son enveloppe grasseuse périphérique nécessitent une pratique spéciale. La *néphrectomie par morcellement*, telle que j'ai cherché à la régler, permet d'atteindre les parties profondes

(\*) Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1898, n° 41, p. 121.



et dangereuses de la région au voisinage du hile du rein, près de l'aorte et de la veine cave, en enlevant successivement toutes les régions abordables de la glande, et diminue de beaucoup les dangers d'hémorragie ou de ruptures vasculaires (1).

Voyons maintenant quels ont été les résultats opératoires et éloignés de l'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale.

En 1891, Vignerou (thèse de Paris) donne une statistique portant sur 55 *néphrotomies* qu'il a observées ou recueillies dans la littérature :

NÉPHROTOMIES (55 cas).	{	Mortalité = 21 cas	{	Mortalité post-opératoire = 7 cas (12,72 pour 100).
		(58,18 pour 100).		Mort après quelques semaines à 5 ans = 14
		Amélioration = 51 cas (56,56 pour 100).		(25,46 pour 100).
		Guérison = 5 cas (5,45 pour 100).		

En 1895, Palet (thèse de Lyon) publie les résultats de 156 *néphrectomies* pour tuberculose du rein.

NÉPHRECTOMIES (156 cas).	{	primitives (110 cas).	{	Néphrectomie lombaire (24 cas)
				Mortalité opératoire (27,2 pour 100).
		secondaires (26 cas).	{	Néphrectomie abdominale (8 cas)
				Mortalité générale (58,4 pour 100).
Néphrectomie lombaire (23 cas)	{	Néphrectomie abdominale (9 cas)		
		Mortalité générale (57,5 pour 100).		
		Mortalité opératoire (6 cas) (25 pour 100).		
		Mortalité générale (9 cas) (34,6 pour 100).		

En 1896, Israël (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1896, p. 858) déclare que, dans l'espace de trois ans, il a eu l'occasion d'intervenir dans 12 cas de tuberculose rénale (*néphrectomies*).

NÉPHRECTOMIES.	{	totales . . .	{	Mortalité opératoire (2 cas) (18,18 pour 100).
				Améliorations (5 cas) (54,54 pour 100).
				Guérisons (5 cas) (27,27 pour 100).
		partielles (1 cas). Guérison.		

En 1898, Tilden Brown (2) nous donne les résultats de 28 *néphrectomies* dont 15 personnelles et 15 appartenant à Mac-Burney. Ces 28 *néphrectomies* n'ont donné que 2 morts, soit une mortalité de 7,1 pour 100 seulement.

Enfin notre *statistique personnelle* (1898) est actuellement la suivante :

NÉPHROTOMIES (7 cas).	{	Mortalité opératoire (2 cas).
		Amélioration avec fistules (5 cas).
		Guérison (2 cas).
NÉPHRECTOMIES (9 cas).	{	primitives { Néphrectomies totales, 6 guérisons.
		(7 cas). { Néphrectomie partielle, 1 guérison.
		secondaires (2 cas). Guérisons.

Ces guérisons se sont maintenues depuis chez plusieurs de mes opérés, trois d'entre eux notamment sont encore en bonne santé depuis six ans et demi (*néphrectomie*), cinq ans et demi (*néphrectomie*), cinq ans (*néphrotomie*). Les autres ont été perdus de vue; tout ce que je puis dire, c'est que l'un d'eux (*néphrotomie*) était encore bien portant deux ans après son opération; un autre

(1) *Presse méd.*, 1897. — RATINSKY, Thèse de Paris, 1897.

(2) TILDEN BROWN, *Ann. de mal. des org. gén.-urin.*, 1898, p. 610.

(*néphrectomie*) quinze mois; un (*néphrectomie*) neuf mois, et un (*néphrectomie*) six mois après. Enfin, les deux derniers opérés (deux *néphrectomies*) le sont depuis trop peu de temps (mars et avril 1898) pour qu'on puisse juger définitivement des résultats de l'opération; ce qu'il faut noter, en tout cas, c'est que, comme tous nos opérés anciens, ni l'un ni l'autre n'a de fistule. Ces résultats thérapeutiques, exposés au Congrès de Moscou de 1897, concordent avec ceux de mes collègues étrangers qui ont pris part à la discussion qui a suivi ma communication sur les résultats de la chirurgie du rein (Küster, Israël, Jonnesco, d'Antona). Ces chirurgiens ont d'ailleurs adopté les conclusions générales thérapeutiques que j'ai résumées plus haut.

### SYPHILIS RÉNALE

Au point de vue chirurgical, les altérations syphilitiques du rein sont rares, et la néphrite syphilitique est plutôt une maladie *d'ordre médical*. Depuis Rayer, jusqu'aux travaux récents de la Société de dermatologie de Paris et de Vienne, 1895-94-96 (1), on l'a considérée comme telle (Thèse de Regnier, Paris, 1896) (2). Cependant quelques cas de gommes rénales accompagnées d'une augmentation notable du volume du rein ont pu donner le change. C'est en effet la *gomme* du rein qui prête le plus souvent à l'erreur, elle peut s'accompagner d'une *néphromégalie* notable accompagnée d'hématurie, et je ne vois pas bien comment elle peut se distinguer d'une tumeur du rein en dehors de la notion de syphilis antérieure, de lésions concomitantes et d'efficacité du traitement. Ces gommes sont *rare* : dans la syphilis rénale Wagner, sur 65 autopsies, n'en a trouvé que trois; elles sont unilatérales (3), mais il faut bien savoir que l'*hémoglobinurie paroxystique* est fréquente dans la néphrite syphilitique, et Greene cite un cas où le diagnostic de calcul ou de tumeur pouvait être porté. Israël a signalé quelques faits semblables.

### CHAPITRE VIII

#### HYDRONÉPHROSE (URONÉPHROSE)

L'*hydronephrose* ou mieux l'*uronéphrose* est la distension du rein ou du bassin par l'urine *aseptique*. Certains auteurs ont rapproché cette dilatation aseptique des collections purulentes intra-rénales qui ont la même disposition et ont décrit le tout sous le nom de *rein sacciforme* (4); il n'y a cependant entre ces états pathologiques que des analogies de forme et leur réunion ne peut amener qu'une confusion; aussi, tout en sachant parfaitement que certaines

(1) NEUMANN, Soc. viennoise de dermatologie, 1895. — ELSENBERG, *Arch. für Dermat. und Syphilis*, 1894. — NELANDER, *Arch. für Dermat. und Syphilis*, 1894.

(2) PLICQUE, *Presse méd.*, 25 septembre 1897.

(3) ROBERT HOLMES GREENE, *Journal of cut. and genit.-urin. diseases*, janvier 1898, p. 12.

(4) KÜSTER, *Centralblatt für Chir.*, 1889, p. 527.