

réaction facilement reconnaissable devra sortir par l'orifice fistuleux si son origine est vésicale. Un stylet introduit dans le trajet et un cathéter dans l'urèthre se rencontreront dans ce même cas de fistule. Récemment encore nous avons tous insisté, à la Société de Chirurgie⁽¹⁾, sur les difficultés du diagnostic différentiel entre les fistules vésico-vaginales et les fistules urétéro-vaginales. L'oblitération temporaire de la fistule qui diminue la quantité d'urine évacuée et l'examen des quantités excrétées par le trajet et par l'urèthre, examen qui montrera cette quantité sensiblement égale, sont encore des moyens d'assurer le diagnostic. Ils peuvent cependant être tous mis en défaut dans ces cas complexes où une fistule vésico-vaginale coïncide et communique avec une fistule urétérale (Duplay), ou même quand l'embouchure de l'uretère siège sur le bord de la fistule vésico-vaginale, créant là des difficultés opératoires sur lesquelles insistait Trélat. Dans ces cas il ne reste plus qu'à recourir au cathétérisme des uretères, moyen de diagnostic précieux et tellement facile et inoffensif qu'il doit être pratiqué aujourd'hui dans tous les cas où il y a un doute : autant pour s'assurer qu'il existe une fistule que pour constater sa perméabilité. Il est important de savoir si la fistule est complète ou partielle puisque ces dernières guérissent spontanément.

Traitement. — « Les fistules de l'uretère sont toujours difficiles à guérir, comme toutes les fistules siégeant sur le trajet d'un canal excréteur. Les appareils prothétiques sont variables avec chaque cas et sont d'une application très souvent défectueuse ou insuffisante; l'appareil de M. Le Dentu n'a pas encore, que je sache, été employé. Peut-être le cathétérisme permanent de l'uretère rendra-t-il des services de ce côté; en tous cas, le traitement opératoire est encore la meilleure méthode à opposer à ces accidents. Il faut, à cet égard, distinguer les fistules qui siègent sur le trajet du canal et les fistules du petit bassin qui sont plutôt des destructions de la partie inférieure du conduit. Les premières ont été traitées par un procédé radical, la néphrectomie, qui supprime la glande. Les résultats obtenus sont satisfaisants. Mais peut-être pourrait-on faire aussi bien à moins de frais. Les expériences que j'ai pratiquées sur les résections de l'uretère et leur mode de réunion montrent bien toute la difficulté de cette suture; cependant les perfectionnements de la technique me permettent de proposer comme traitement de ces trajets fistuleux le large débridement cutané, la recherche et l'anastomose par suture des deux bouts du canal. La pathologie générale du rein nous a bien montré que la persistance des fistules urinaires était en général due à la perméabilité nulle ou insuffisante des conduits excréteurs. Je n'hésiterais donc pas à rechercher cette perméabilité, à la rendre plus complète, et au besoin à faire un cathétérisme rétrograde par l'orifice vésical de l'uretère, dans tous les cas où les antécédents du malade permettraient de croire à l'intégrité ou au défaut d'infection de ce conduit (Guyon). L'ablation de la glande doit être l'*ultima ratio* de cette thérapeutique.

« Pour les fistules gynécologiques, c'est l'anastomose du bout inférieur de l'uretère avec la vessie qu'il faut rechercher, soit qu'on fasse une greffe directe, soit qu'on agisse par autoplastie. Là encore les difficultés opératoires sont variables suivant chaque cas. D'une façon générale, si cette anastomose n'est pas possible, les tentatives d'occlusion par avivement à quelques centimètres au-dessous

⁽¹⁾ Soc. de Chir., 1898.

de la fistule et la suture transversale peuvent réussir. Enfin, le colpocleisis ou occlusion vaginale (Hahn), ou la néphrectomie, seront les deux dernières ressources auxquelles on aura recours. Il est impossible, avec les faits publiés, de poser les indications de l'une ou l'autre de ces deux opérations. L'âge de la malade, la cause de la fistule et par conséquent la survie à attendre de l'opération principale, sont des éléments importants. »

Depuis 1890, époque où j'ai écrit ces lignes ici même, la chirurgie de l'uretère a fait des progrès considérables. La résection de l'uretère suivie de suture, le cathétérisme rétrograde par l'orifice vésical et la greffe directe de l'uretère dans la vessie, ont été consacrés par l'expérience; actuellement, la *cure radicale* des fistules urétérales est possible; bien plus, un nombre déjà considérable de faits montre qu'elle peut et doit être tentée dans la grande majorité des cas, laissant au second plan les *méthodes palliatives*, qui ne devront plus être qu'un pisaller.

Le procédé opératoire à employer différera suivant la *variété* de fistule à laquelle on aura à faire et surtout suivant les difficultés plus ou moins grandes qu'on rencontrera pour l'atteindre.

Mais d'abord je ne saurais trop rappeler qu'avant toute opération, il faut s'assurer de l'état du rein correspondant à l'uretère fistuleux par tous les moyens indiqués dans ces cas, sans oublier l'examen quantitatif et qualitatif de l'urine qui s'écoule par la fistule. Si cette investigation préliminaire montre d'une façon absolument évidente que la glande rénale, complètement atrophiée (hydronephrose) ou détruite par une infection ascendante (pyélo-néphrite, pyonéphrose) n'est plus utile au malade ou, au contraire, constitue par sa présence un danger permanent pour lui, il faudra recourir d'emblée à la *néphrectomie*. Cette opération, quoique grave, ne donne pas une grande mortalité, puisque Fenger, sur 14 cas, ne rapporte qu'une mort. Il est bien entendu que la néphrectomie ne doit être pratiquée que si l'autre rein est sain et si l'état général du malade le permet. Dans le cas contraire, il vaudrait mieux faire d'abord une *néphrotomie* pour parer aux accidents immédiats et remettre à plus tard une *néphrectomie secondaire* si on le jugeait encore nécessaire. Il ne faudrait pas, d'ailleurs, croire qu'un rein infecté, même sérieusement, par lésions ascendantes est à jamais perdu et doit, par conséquent, être enlevé. Il nous arrive souvent de pratiquer des néphrotomies pour des pyonéphroses qui souvent ont détruit en grande partie le parenchyme du rein; pourtant, ces malades guérissent, leur rein recommence à sécréter et les fistules finissent par se fermer. A plus forte raison devons-nous nous montrer conservateurs dans les fistules urétérales, où les lésions vésicales sont loin d'avoir la même importance que celles dont je viens de parler. Dans ces cas, le danger réside dans la rétention rénale plus ou moins complète déterminée par la difficulté que rencontre l'écoulement de l'urine. En ouvrant largement une voie à cet écoulement, nous avons le droit d'espérer une guérison des accidents rénaux, et, de fait, la pratique démontre la justesse de cette vue théorique. Étant donné que la *néphrectomie* n'est qu'une *ultima ratio* à laquelle il ne faudra recourir que si le rein est trop malade pour être conservé et si tous les autres traitements ont échoué, — ce qui me semble devoir être exceptionnel avec les méthodes actuelles, — voyons maintenant quelles sont ces méthodes et à quelle variété de fistules on peut les appliquer.

I. **Fistules urétéro-cutanées.** — Deux cas peuvent se présenter : ou la fistule

est récente, les deux bouts de l'uretère sont suffisamment perméables et faciles à trouver, ou la fistule est ancienne, le calibre de l'uretère est notablement rétréci, les deux bouts sont éloignés, le bout inférieur est la plupart du temps introuvable.

Dans le premier cas, il faudra d'abord tenter la suture immédiate des deux extrémités de l'uretère; si elle est impossible ou si elle ne réussit pas, on pourra imiter la conduite de Seiffart⁽¹⁾. Cet auteur, au cours de l'extirpation d'une tumeur volumineuse du ligament large du côté droit, ayant réséqué par mégarde l'uretère sur une largeur de 4 centimètres et ayant ensuite, après s'être aperçu de sa méprise, suturé aussi près que possible l'un de l'autre les deux bouts de l'uretère dans la plaie abdominale, obtint ainsi une fistule urétéro-cutanée qu'il avait l'intention de ménager jusqu'à ce que la malade fût assez forte pour subir une néphrectomie. Dans ce but et pour empêcher tout rétrécissement du bout supérieur de l'uretère, on le cathétérisa plusieurs fois par jour; on fit de même pour le bout inférieur qui servait à pratiquer des lavages vésicaux; or, au bout de quelque temps, on remarqua qu'au fur et à mesure que la plaie abdominale se cicatrisait, les deux orifices urétéraux se rapprochaient; si bien qu'au bout de deux mois, la fistule se ferma spontanément et la totalité de l'urine reprit le chemin de la vessie. Le cathétérisme des deux bouts de l'uretère avait été naturellement continué tous les jours. La malade, revue six mois après l'opération, était en excellent état de santé.

Si cette manière de faire échoue — je crois que ce sera le cas le plus fréquent surtout si on se trouve en présence d'une fistule ancienne, qui fera soupçonner un rétrécissement des bouts urétéraux, — je conseille de recourir de suite au cathétérisme permanent de l'uretère par l'orifice vésical.

Ce procédé exige que le bout vésical de l'uretère soit resté perméable. Lorsque ce bout est complètement obturé, atrophié et rétracté, il ne reste plus qu'à chercher à obtenir la dérivation du cours de l'urine dans une cavité naturelle capable de la tolérer et de la retenir.

1° L'abouchement de l'uretère dans la vessie en un point autre que son point d'implantation normale constitue ce que l'on a appelé l'urétéro-cysto-néostomie; nous indiquons plus loin (p. 462) son manuel opératoire. Elle doit être tentée toutes les fois que le bout supérieur est assez long et peut être amené au contact de son déversoir naturel; malheureusement, ce cas se rencontrera rarement dans les fistules urétéro-cutanées, qui sont toujours situées assez haut.

2° L'abouchement de l'uretère dans le gros intestin sera plus souvent possible, soit qu'on le pratique au niveau du rectum, de l'S iliaque ou même dans la partie terminale du colon descendant. Le gros intestin est, en effet, très tolérant pour le liquide urinaire; il a, en outre, cet avantage de présenter à sa surface terminale un sphincter capable de parer, dans une certaine mesure, à l'incontinence d'urine. Par contre, le gros inconvénient de cette méthode, en dehors même des difficultés opératoires c'est, comme nous le verrons plus loin (urétéro-colostomie, p. 464), d'amener tôt ou tard l'infection ascendante de l'uretère.

3° L'abouchement de l'uretère dans l'uretère opposé pratiqué pour la première fois par Wissinger⁽²⁾ en 1896, est une opération idéale qui semble bien indiquée lorsque, le bout supérieur de l'uretère étant trop court ou la vessie trop petite, il est impossible de songer à une urétéro-cystostomie. Malheureuse-

(1) SEIFFART, *Centralbl. f. Gynäk.*, 1897, n° 21, p. 615.

(2) WISSINGER, *Berl. klin. Woch.*, 16 novembre 1896, p. 1033.

ment cette opération n'a pas encore, que je sache, été employée en dehors du seul cas publié par son auteur.

Lorsque tous ces procédés échouent ou sont impraticables, il ne reste plus qu'à pratiquer la néphrectomie; nous avons vu plus haut ce qu'il fallait en penser. Quant à la ligature de l'uretère, dont on a beaucoup parlé jadis et qui doit avoir pour résultat d'amener l'atrophie du rein correspondant, je ne crois pas qu'elle ait été employée souvent, et, si j'en juge par mon expérience personnelle dans un cas de fistule urétéro-vaginale⁽¹⁾, elle ne me semble pas être appelée à donner des résultats positifs.

II. Fistules urétéro-vaginales. — Voyons maintenant les différents procédés à employer en présence d'une fistule urétéro-vaginale bien constituée et qui ne semble pas devoir se fermer spontanément avec le temps : je les ai longuement étudiés à propos de plusieurs opérations personnelles.

Ces procédés peuvent être divisés, comme le fait Pozzi, en :

A. Procédés directs.

B. Procédés indirects.

Parmi les premiers nous devons étudier :

1° Les diverses opérations plastiques faites en vue de déplacer le cours de l'urine du vagin dans la vessie; 2° les différentes variétés d'abouchement :

a. Vésical : extra-péritonéal et intra-péritonéal⁽¹⁾ ;

b. Intestinal;

c. Cutanés;

d. Vésico-cutanés.

Les procédés indirects comprennent :

1° Le colpocleisis; 2° la néphrectomie; 3° la ligature de l'uretère.

A. PROCÉDÉS DIRECTS. — 1° Les opérations plastiques. — Nous signalerons d'abord les cautérisations (Alquié, Panas) auxquelles nous devons un succès. — Mais les véritables opérations plastiques se font par l'un des procédés suivants :

Simon⁽²⁾ faisait d'abord une fistule vésico-vaginale, puis, par là, passait une sonde dans l'uretère qu'il débridait de manière à transformer en gouttière sa portion vésicale. Chaque jour il écartait les bords de l'incision avec une sonde cannelée pour empêcher leur agglutination. Puis il fermait la fistule vésico-vaginale. Landau⁽³⁾, pour éviter la compression de l'uretère et permettre l'écoulement continu de l'urine, a conseillé le procédé suivant. Il fait le cathétérisme du bout inférieur de l'uretère, va chercher la sonde dans la vessie pour la faire passer par l'urèthre, pratique ensuite le cathétérisme du bout supérieur, avive latéralement les bords de la fistule et les réunit perpendiculairement à son grand axe. Si on ne peut pas cathétériser le bout inférieur, on l'incise dans toute son étendue et on transforme ainsi la fistule urétéro-vaginale en fistule vésico-vaginale, à l'extrémité supérieure de laquelle s'ouvre l'uretère. Puis l'avivement et la suture se font plus haut. Lannelongue (de Bordeaux) a fait une opération analogue (Thèse de Biar). Bandl⁽⁴⁾ employait une combinaison des méthodes de Simon et de Landau. Schede⁽⁵⁾ cachait l'ouverture urétérale dans la

(1) TUFFIER, *Ann. de gynéc. et d'obst.*, juin 1895, p. 24.

(2) SIMON, *Wiener med. Woch.*, n° 28, 1876.

(3) LANDEAU, *Arch. f. Gyn.*, Bd. IX, p. 226.

(4) BANDL, *Wiener med. Woch.*, 1877, n° 50 et 52.

(5) SCHEDE, *Centralbl. f. Gynäk.*, 1877, et n° 25, 1881.

vessie, au milieu d'une zone de tissu muqueux voisin, pour prévenir la sténose cicatricielle. Trélat s'est servi d'un procédé semblable. Pozzi⁽¹⁾ a employé avec succès le procédé de dédoublement analogue à celui de Gerdy pour les fistules vésico-vaginales. Il fait au niveau de la fistule une incision en H renversé; puis il suture les deux lambeaux transversaux en avant de l'orifice fistulaire. C'est aussi ce qu'a fait Herrgott⁽²⁾, de Nancy.

Ces opérations plastiques sont, comme le dit Fenger, d'ordinaire difficiles en pratique; on est souvent obligé de faire des essais répétés de fermeture de la fistule et, dans quelques cas, l'inflammation des uretères et des reins en a été la conséquence. Cependant, en général, ces opérations sont les moins dangereuses et doivent être mises à l'épreuve avant les autres méthodes d'oblitération.

2° *Les procédés d'abouchement.* — On y recourra lorsque les tentatives de fermeture de la fistule par l'une des opérations plastiques énumérées plus haut n'auront pas réussi.

a. Autant que possible, on essaiera de pratiquer l'abouchement de l'uretère dans la vessie, soit par voie extra-péritonéale, soit par voie intra-péritonéale.

α. *Abouchement extra-péritonéal.* Ce procédé, que je conseillais déjà dans la première édition de ce Traité et que j'ai pratiqué depuis chez nombre d'animaux pour m'assurer de la perméabilité à longue échéance de ces sortes d'abouchement est peu dangereux. Il peut donner de très bons résultats; c'est ainsi que Baumm a employé ce moyen et n'a eu qu'à s'en féliciter. Je citerai encore le cas de Bozeman⁽³⁾ et un autre cas que j'opérai en 1894⁽⁴⁾. Dans tous ces cas on fit une « colpo-urétéro-cystostomie » ou abouchement de l'uretère dans la vessie par le vagin. La voie vaginale sera la voie d'élection si l'uretère et son orifice peuvent être mobilisés et abaissés de ce côté; au cas contraire, il faudra recourir à l'abouchement par voie extra ou intra-péritonéale, c'est-à-dire à l'urétéro-cystostomie, dont je décrirai plus loin la technique opératoire.

β. *L'implantation intra-péritonéale* de l'uretère dans la vessie (urétéro-cystostomie avait déjà, en 1888, été pratiquée sur des chiens par Paoli et Buscui⁽⁵⁾). Novaro⁽⁶⁾ a opéré une malade par leur méthode. Sa malade avait une fistule consécutive à une hystérectomie vaginale faite pour cancer propagé aux ligaments larges. Deux mois après, on fit la laparotomie dans la position de Trendelenburg. L'uretère fut séparé du vagin, incisé sur l'étendue de 1 centimètre et uni par des sutures à une incision vésicale de 1 centimètre 1/2 de long, située à 2 travers de doigt au-dessous du point normal d'insertion. Pendant quelques jours, la gaze fut imprégnée d'urine. Mais dix jours après l'opération, tout rentra dans l'ordre et la guérison se maintint. Bazy⁽⁷⁾ a présenté une malade opérée par ce procédé. Le 18 décembre de la même année, je pratiquai à mon tour la même opération⁽⁸⁾ avec un succès parfait pour une fistule urétéro-vaginale consécutive à une hystérectomie vaginale pour cancer utérin, d'après la méthode de Van Hook; fermeture de l'abdomen sans drainage; guérison. Peu après, Rouffart⁽⁹⁾, de Bruxelles, en publiait un nouveau succès.

(1) POZZI, *Ann. de Gyn.*, p. 954.

(2) HERRGOTT (de Nancy), *Ann. de Gyn.*, juin 1888, f. XXIX, p. 408.

(3) BOZEMAN, Congrès Washington, t. II, p. 545.

(4) TUFFIER, *Ann. de gynéc. et d'obst.*, juin 1895, p. 11.

(5) PAOLI et BUSCUI, *Annales génito-urinaires*, 1888.

(6) NOVARO, *Centralbl. f. Chir.*, février 1895, n° 27.

(7) BAZY, *Acad. med.* 14 novembre 1895.

(8) TUFFIER, *Ann. de gyn. et d'obst.*, juin 1895, p. 5.

(9) ROUFFART, *Acad. de Belg.*, 1894.

Depuis cette époque, de nombreux faits ont été publiés, qu'il nous serait trop long d'énumérer.

b. *Abouchement intestinal.* — L'abouchement de l'uretère dans l'intestin (intestin grêle, colon, rectum) étudié d'abord expérimentalement sur les animaux, essayé depuis chez l'homme par un certain nombre d'auteurs, a donné plus d'échecs que de succès (voy. plus loin p. 464). Si, en effet, la présence de l'urine est bien tolérée par le gros intestin, par contre le contact permanent des matières contenues dans ce dernier avec l'orifice urétéral peut amener, par suite de l'absence de tout sphincter à ce niveau, l'infection de l'uretère et du rein correspondant et, par suite, quelquefois la mort du malade (cas de Simon et de Smith). C'est donc un procédé dangereux et qui n'est point à recommander. Il peut cependant être nécessité par les circonstances, et, dans un cas de ce genre, j'ai été bien heureux, tout récemment, de pouvoir pratiquer l'urétéro-colostomie lombaire gauche chez une femme chez laquelle l'urétéro-cystostomie était impossible, à cause de la grande distance qui séparait la vessie du bout supérieur de l'uretère. Cette femme se porte actuellement très bien et ne présente encore aucun signe d'infection rénale. (Pour le manuel opératoire de l'urétéro-colostomie, voyez plus loin p. 464).

c. L'abouchement dans l'uretère opposé (voy. p. 465).

d. *Abouchement urétéro-cutané.* — L'abouchement cutané, tenté par Glücke, Zeller, Trekaki, chez les animaux, par Le Dentu pour une anurie due à un cancer pelvien, pourrait être indiqué dans des cas de pertes de substances étendues, lorsque l'abouchement vésical est impossible. On le ferait à la région lombaire ou à la paroi abdominale. Mais ce procédé ne serait guère recommandable dans les fistules urétéro-vaginales.

e. *Abouchement vésico-cutané.* — Rydygier⁽¹⁾ a proposé de fixer les deux bouts de l'uretère à la paroi abdominale, et, par une opération plastique, de faire entre eux un canal cutané pour remédier à la perte de substance. Van Hook propose également, par une opération plastique sur la vessie, de créer un diverticulum assez long pour rejoindre le bout supérieur de l'uretère. Dans ces deux méthodes on place les canaux de néoformation dans la paroi abdominale. Ces opérations n'ont pas encore été faites, que je sache, chez l'animal ni chez l'homme.

B. PROCÉDÉS INDIRECTS. — Les procédés indirects sont au nombre de trois : le colpocleisis, la néphrectomie et la ligature de l'uretère.

1° *Le colpocleisis.* — Cette opération, proposée par Vidal de Cassis et Simon, a été pratiquée pour la première fois par Hahn⁽²⁾ dans une fistule urétéro-utérine. Elle consiste dans la fermeture du vagin. Chez sa malade, Hahn créa d'abord une fistule vésico-vaginale par laquelle l'urine, tombée dans le vagin, devait rentrer dans la vessie. Sur les instances du mari, il dut désunir les parois vaginales. Cette femme accoucha plus tard normalement et la fistule parut, pour un temps du moins, guérie. Kehrer⁽³⁾ en a publié une observation. Il faut remarquer que, pour assurer la communication entre la vessie et le vagin, il faut exciser un disque d'environ 2 centimètres de diamètre dans la cloison vésico-vaginale et en ourler soigneusement les bords. Drucker⁽⁴⁾ a également publié un cas, où on fit d'abord une fistule vésico-vaginale, puis le colpocleisis.

(1) RYDYGIER, *Uretero-plasty Est. Ungarischer Centralbl. f. med. Wissen.*, 1892.

(2) HAHN, *Berl. klin. Woch.*, n° 27, 1879.

(3) KEHRER, *Centr. f. Gyn.*, 1889, n° 52.

(4) DRUCKER, *Arch. f. Gyn.* 1895, Bd., 45, p. 265.

Gusserow⁽¹⁾ a fait connaître un cas où le colpocleisis fut suivi de guérison qui se maintint pendant un an ; mais survinrent une cystite purulente et la formation de calculs qui nécessitèrent la néphrectomie. A côté du colpocleisis *total*, on a fait quelquefois un colpocleisis *partiel*⁽²⁾, permettant le coït, et remédiant ainsi à un des inconvénients reprochés à ce procédé.

2° *La néphrectomie.* — La néphrectomie est, je l'ai déjà dit, l'opération en dernier ressort, *ultima ratio* souvent nécessitée par des phénomènes infectieux, à la suite des abouchements intestinaux ou cutanés, ou des colpocleisis. Elle est toujours grave lorsqu'on ignore l'état anatomique et fonctionnel de l'autre côté. Elle traduit l'impuissance des moyens d'action directs sur la lésion que le chirurgien cherche alors à attaquer par une voie détournée. On ne saurait trop rappeler qu'il faut s'assurer avant l'opération de l'état du rein par tous les moyens indiqués dans ces cas, en cathétérissant l'uretère de ce côté et recueillant ainsi de l'urine pure de ce rein.

3° Quant à la *ligature de l'uretère* pour amener l'atrophie du rein correspondant, elle ne semble pas avoir donné le résultat désiré. Pour ma part, je ne l'ai pratiquée qu'une fois en 1895, sans succès, mais aussi sans accidents. C'est une opération qui n'est pas à recommander; mieux vaut la néphrectomie.

III. Les *fistules urétéro-intestinales* sont, la plupart du temps, des *fistules chirurgicales* créées dans un but thérapeutique. J'ai dit plus haut quel danger elles constituaient pour le rein correspondant et que leur seul remède était souvent la néphrectomie. Il en est de même des *fistules acquises*, heureusement très rares; la plupart du temps elles sont suivies, à échéance plus ou moins longue, de pyélo-néphrite et nécessitent l'extirpation du rein malade. Néanmoins, avant de recourir à cette opération désespérée, il faudra toujours chercher à se renseigner sur la situation exacte de la fistule et la longueur préalable de la portion d'uretère sus-jacente; le mieux sera de pratiquer une laparotomie exploratrice, qui pourra devenir curative si la longueur et l'état de l'uretère permettent d'en pratiquer l'abouchement dans la vessie ou dans l'uretère opposé.

IV. Quant aux *variétés rares* de fistules urétérales, fistules le plus souvent congénitales, par *anomalies d'abouchement de l'uretère*, les unes sont incompatibles avec l'existence, les autres peuvent ne s'accompagner, au moins pendant longtemps, d'aucun trouble, ni local, ni général (fistules urétéro-urétrales) et ne nécessitent par conséquent aucun traitement. Seules les fistules urétéro-utérines peuvent commander l'intervention : presque toujours elles permettent l'urétéro-cystostomie.

VI

TUBERCULOSE DE L'URETÈRE

FISCHER, Thèse de Paris, 1894.

On ne connaît pas d'exemple de *tuberculose primitive de l'uretère*. Dans toutes les observations publiées jusqu'à ce jour, il s'agit de *tuberculose secondaire* con-

(1) GUSSEROW, *Charité Annalen*, 15. Jahrg., et *Centralbl. f. Gyn.*, 1891, n° 7, p. 159.

(2) KALTENBACH, in Iversen, *Nordich Medicinisk. Arch.*, n° 22, 1892.

sécutive à une *tuberculose de la vessie*, du *rein* ou de l'*atmosphère péri-rénale*. Le premier mode d'envahissement est commun : à l'autopsie de la plupart des malades ayant succombé à une cystite tuberculeuse, on trouve les uretères envahis plus ou moins profondément par les tubercules. Quant au second mode d'envahissement, j'ai vu et signalé plusieurs faits où il était indiscutable. Enfin, j'ai publié⁽¹⁾ un exemple d'envahissement de l'uretère par une tuberculose périurétérale (abcès par congestion) consécutive à une bacillose vertébrale; il en existe d'autres cas. Il serait intéressant de savoir dans quelle étendue et dans quelles proportions l'uretère est envahi par la tuberculose, suivant le mode de propagation ascendant ou descendant. Malheureusement, des faits manquent à cet égard; il n'existe que des constatations assez vagues et en tous cas insuffisantes pour tracer l'histoire de ces lésions, qui demandent de nouvelles études.

Tout ce qu'on sait de l'anatomie pathologique de ces lésions permet de les diviser en deux groupes : *urétérite tuberculeuse avec dilatation* et *urétérite oblitérante*. La première est caractérisée par : 1° une *dilatation* générale de l'uretère avec ulcérations de la muqueuse, 2° çà et là, aux points où s'est formé du tissu cicatriciel, des *rétrécissements* plus ou moins serrés, mais limités, du conduit. La seconde forme, au contraire, qui comporte un *épaississement* des parois et une oblitération partielle ou totale de la lumière du canal, me paraît la plus fréquente. L'uretère est induré et augmenté de volume par suite de la sclérose périphérique dont il est le siège et qui, peu à peu, l'a enserré et s'y est substituée, tandis que le processus bacillaire détruisait la muqueuse et la musculaire, de sorte que son calibre, au lieu d'être dilaté, est, au contraire, resserré; à ce degré, l'uretère n'est plus qu'un cordon volumineux, tendu du rein à la vessie, le plus souvent sans flexuosités et adhérent en arrière à l'aponévrose du psoas, en avant au péritoine et à l'intestin et, dans le petit bassin, avec les gros vaisseaux de la région. Cette périurétérite scléro-adipeuse est l'analogue de la péri-néphrite de même nature que nous avons signalée plus haut (voy. p. 255). Dans le cas que j'ai rappelé tout à l'heure et où une tuberculose périurétérale, d'origine vertébrale, avait envahi le canal urétéral, il s'était fait une urétérite ascendante qui avait oblitéré complètement ce canal et s'était communiqué au rein; l'uretère était remplacé par un cordon induré, infiltré dans toute son épaisseur par une tuberculose massive obstruant complètement sa lumière. D'autre part, chez une même malade, j'ai vu⁽²⁾, d'un côté une urétérite oblitérante complète dans toute la hauteur du canal — le rein de ce côté était atteint d'hydro-néphrose —; de l'autre côté existait une urétérite avec dilatation, rétrécissements et ulcérations tuberculeuses au-dessus des points rétrécis; le rein correspondant présentait une pyélo-néphrite tuberculeuse.

Il est probable que les deux variétés d'urétérite impriment aux lésions rénales une évolution différente et qu'elles jouent un rôle important dans la forme qu'affecte le processus tuberculeux dans la glande; mais ce ne sont là que des suppositions qu'aucun fait précis n'est encore venu démontrer. En tout cas, l'existence et surtout la constatation de l'une ou l'autre de ces formes d'urétérite a une influence capitale sur la thérapeutique à proposer en cas de tuberculose rénale : la néphrectomie ne suffit plus, en effet, puisqu'elle laisse subsister un foyer de tuberculose; il faut enlever une partie ou la totalité de l'uretère, à l'exemple de Trendelenbourg, qui réséqua même son orifice vésical.

(1) TUFFIER, in Thomas, Thèse de Paris, 1891, p. 61.

(2) TUFFIER, *Arch. gén. de méd.*, 1892.