

Gusserow<sup>(1)</sup> 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*<sup>(2)</sup>, 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 cathétérisant 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-

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

<sup>(2)</sup> 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<sup>(1)</sup> 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<sup>(2)</sup>, 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.

<sup>(1)</sup> TUFFIER, in Thomas, Thèse de Paris, 1891, p. 61.

<sup>(2)</sup> TUFFIER, *Arch. gén. de méd.*, 1892.