ORGANES GÉNITO-URINAIRES

REIN

CONTUSION DU REIN

La contusion du rein s'observe dans les grands traumatismes par cause indirecte ou directe. Elle s'accompagne des phénomènes du choc traumatique qui peut entraîner la mort; la *douleur*, l'*hématurie*, les *troubles de la sécrétion et de l'émission de l'urine*, les *ecchymoses lombaires à distance* et la *tuméfaction rénale*, sont les principaux signes.

On distingue les *cas légers*, caractérisés par la douleur et l'hématurée transitoire, les *cas moyens*, avec douleur et hématurie persistante, les *cas graves*, avec collapsus, nausées et tuméfaction considérables.

On traitera les *cas légers* et les *cas moyens* par l'expectation, c'est-à-dire en réchauffant le malade (injections d'éther, boules d'eau chaude, frictions, etc.), en calmant la douleur (piqûre de morphine), et en cherchant à modérer l'hématurie (glace sur la région, ergot de seigle à l'intérieur).

Dans les cas graves, quand la situation est très menaçante, il y a lieu d'intervenir chirurgicalement.

L'intervention trouve son indication, à cause du *péril hémorrhagique* ou du *péril infectieux*.

Le *péril hémorrhagique* est manifeste quand l'hématurie est très abondante et surtout quand il existe une grosse tuméfaction lombaire, qui ne fait qu'augmenter et s'accompagne de signes d'hémorrhagie.

Ce péril peut devenir manifeste vingt-quatre heures après le traumatisme.

Plus tard, on peut avoir à intervenir, quand la fièvre indique la transformation purulente de la collection sanguine.

Dans les deux cas, l'intervention consistera en une incision lombaire, qui abordera la collection sanguine ou purulente par les lombes.

Il faut ajouter que l'opération faite en vue d'arrêter l'hémorrhagie se termine souvent par une néphrectomie, opération grave et émouvante dans ces circonstances.

En un mot, dans les contusions du rein, il n'y a pas lieu de se presser à intervenir, et l'expectation doit être la règle, sauf indications précises.

PLAIES DU REIN

Il en est des plaies comme des contusions. Souvent il faut savoir attendre avec le traitement conservateur, combattre les phénomènes du choc, apaiser la douleur et surtout faire l'antisepsie de la plaie.

L'*hémorrhagie par la plaie* est ici l'indication capitale. Si elle est peu abondante, il n'y a rien à faire. Si, au contraire, avec une plaie large, l'hémorrhagie est abondante, il ne faut pas hésiter à aller voir exactement les vaisseaux qui donnent.

En attendant, on peut se contenter de pratiquer un tamponnement serré de la plaie, pratique qui peut réussir et qui est conseillée.

TUMEURS DU REIN. — NÉPHROTOMIE. — NÉPHRECTOMIE

Les tumeurs du rein sont liquides ou solides. Parmi les premières, je classerai l'hydronéphrose, les kystes du rein, la pyonéphrose inflammatoire ou tuberculeuse; parmi les secondes, les tumeurs bénignes ou malignes. Cette distinction entre les tumeurs liquides ou solides est, en général, impossible dans la pratique.

On est consulté dans tous ces cas, parce que le malade pisse du sang (hématurie), parce qu'il pisse du pus, parce qu'il souffre ou parce qu'il a découvert une tumeur.

Dans d'autres circonstances, c'est au médecin de dépister l'origine des phénomènes généraux et de découvrir une *tumeur* du rein ou des *altérations de l'urine*.

Toujours est-il que le diagnostic doit être établi, ce qui est possible dans la grande majorité des cas, impossible dans certains autres. Devant une tumeur siégeant à la région rénale, on aura donc à discuter les points suivants : S'agit-il d'une tumeur du rein ? Est-ce une hydronéphrose une pyonéphrose, ou une tumeur solide ? Je n'ai pas à insister sur ce diagnostic.

Devant une tumeur d'origine rénale, accompagnée ou non de phénomènes fonctionnels ou généraux, l'*indication opératoire* se pose.

Deux opérations sont à discuter : la *néphrotomie*, c'est-à-dire l'ouverture large du rein qui reste en place, ou la *néphrectomie*, l'ablation totale du rein.

D'une manière générale, on admet que la *néphrotomie* est moins grave que la *néphrectomie*. Reste à savoir dans quels cas chacune de ces opérations trouve ses indications.

Néphrotomie. — La *pyonéphrose*, d'origine inflammatoire ou calculeuse, est justiciable de la *néphrotomie*. L'opération, dans ces cas, est vitale, et quelquefois elle se présente avec des caractères d'une extrême urgence.

Une femme de quarante ans nous fut adressée avec des phénomènes généraux très graves, le pouls fréquent, petit, de la fièvre, un amaigrissement considérable, un jaunissement caractéristique, des douleurs telles qu'il était impossible d'examiner la malade ; enfin, les mictions étaient fréquentes, et l'urine contenait du pus. Il existait une tumeur à la région rénale, tumeur qui bombait même du côté des lombes. J'ai pratiqué la néphrotomie, et cette malade a guéri en conservant une fistule purulente pendant cinq ans.

Voilà un cas où la néphrotomie a sauvé la malade.

Sans doute la fistule a été un tourment pendant cinq ans ; mais l'embonpoint est revenu, les fonctions digestives se sont rétablies, la malade a pu vaquer à ses occupations. Si 'avais extirpé le rein, il est probable que la malade serait

morte. La néphrotomie a, en effet, ce précieux avantage d'être rapide, et de pouvoir être faite dans des cas très graves et sur des malades épuisés. La fistule est l'inconvénient de l'opération, car elle est à peu près fatale. Mais cette fistule n'est pas toujours une infirmité.

Je connais une dame qui a été opérée par moi, il y a six ans, d'une pyonéphrose, et qui conserve une petite fistule. Cela ne l'empêche pas de vaquer à ses occupations et d'aller dans le monde. Elle est si bien faite à sa fistule qu'elle ne voudrait même pas se soumettre à une nouvelle intervention pour l'oblitérer.

La fistule n'est cependant pas toujours aussi tolérable, et souvent on est forcé d'intervenir et de pratiquer la néphrectomie secondaire pour la guérir. Heureusement cette néphrectomie tardive est beaucoup moins grave que l'opération primitive.

La fistule consécutive à la néphrotomie est donc un inconvénient qui peut devenir une véritable infirmité ; mais, quelque soient ses inconvénients, ils ne sauraient être comparés avec les dangers de la néphrectomie primitive dans les pyonéphroses.

La néphrotomie est une ouverture d'abcès profond que tout le monde doit pouvoir faire dans certaines circonstances.

Technique de la néphrotomie. — L'incision se fait à la région lombaire. Le sujet repose sur le flanc opposé, le corps soutenu par un coussin. Un aide repousse avec la main la tumeur du côté des lombes. Le chirurgien reconnaît la douzième côte, la masse sacro-lombaire, la crête iliaque. L'incision ira du milieu de la douzième côte au milieu de la crête iliaque. Elle sera donc oblique et assez grande pour découvrir les deux repères osseux : la côte et la crête iliaque. Il n'y a aucun organe important à ménager ; on peut donc hardiment couper la peau, le tissu cellulaire, les fibres musculaires en se rappelant qu'il faut découvrir le bord externe du carré lombaire, couper une mince lamelle aponévrotique et arriver sur la graisse jaune péritonéale, sans avoir placé plus de deux ou trois pinces hémostatiques. Vous êtes sur la graisse, déchirez-la

avec la pince et les doigts, mettez le rein à découvert sur son bord externe et inspectez sa surface. Si vous avez encore des doutes de l'existence du pus, faites, dans le tissu rénal,

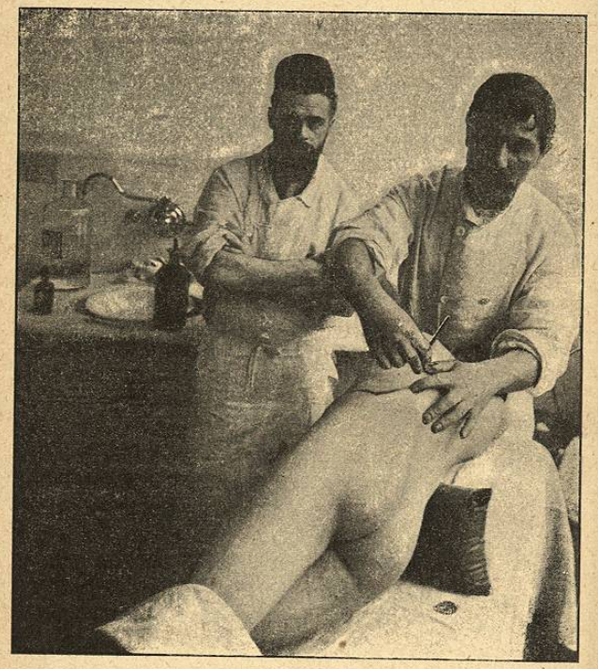

Fig. 96. — Incision de la néphrotomie.

une ponction exploratrice avec une fine aiguille de l'aspirateur.

Le pus viendra en petite quantité. Ouvrez le rein avec le thermo-cautère dans l'étendue de plusieurs centimètres. Introduisez le doigt dans la poche, égalisez les diverticules (Guyon), faites que la poche devienne unique, lavez-la à

l'eau boriquée chaude, touchez les parois à l'eau phéniquée forte et drainez en saturant une partie de l'incision.

Dans certains cas, on aura avantage de suturer aux parois les lèvres du rein ouvert, de manière à établir une bouche rénale, une *néphrostomie*.

La même opération est souvent applicable dans l'*hydronéphrose*, c'est-à-dire dans la distension aseptique du rein.

Dans la pyonéphrose, comme dans l'hydronéphrose, la néphrotomie peut devenir l'opération préliminaire de l'extraction d'un calcul.

Quand on fait la néphrotomie sur un rein non suppuré, en vue d'enlever les calculs, on appelle l'opération *néphrolithotomie*.

La *néphrolithotomie* est actuellement bien réglée. Il faut découvrir le rein et l'attirer dans la plaie, l'*explorer* d'abord par le palper digital, qui peut indiquer l'existence du calcul.

Quand cette exploration est insuffisante, on peut avoir recours à l'*acupuncture* (Le Dentu) et, en dernier lieu, à l'*incision exploratrice* du rein sur son bord convexe (Tuffier et Lejars). On enlève les calculs à l'aide de pinces, après les avoir fragmentés, s'ils sont ramifiés.

L'opération est pratiquée sur le rein non suppuré. La réunion immédiate peut se faire, et la gravité opératoire n'est pas grande.

La **néphrectomie** est une opération plus grave, à laquelle il ne faut se résoudre qu'après un examen approfondi et spécial du malade. En effet, *on n'a pas le droit d'enlever un rein, si on n'a pas acquis la conviction que le rein opposé est en état de suppléer aux fonctions.* Cette constatation est déjà difficile et nécessite des manœuvres compliquées (cathétérisme des uretères, etc.). On a, d'ailleurs, la tendance de substituer, de plus en plus, les opérations conservatrices aux opérations mutilantes. La néphrectomie ne trouvera bientôt son indication que dans certains cas de *tumeur rénale*, car il n'est pas encore parfaitement démontré que la tuberculose se trouve mieux de l'ablation de l'organe que de son incision.

En tout cas, la néphrectomie doit toujours, selon moi, être précédée d'une néphrotomie exploratrice, qui décidera la question en dernier lieu.

La néphrectomie se fait par la région lombaire ou par la région abdominale. Dans ce dernier cas, elle est transpéritonéale.

Quand la tumeur est volumineuse, on ne risque pas davantage en l'attaquant par la région abdominale, et on a l'avantage de mieux voir et de faire facilement l'hémostase. Les grosses tumeurs des enfants (cancer du rein), en particulier, ne sauraient être attaquées que par la voie abdominale.

Nous avons eu un beau succès avec le Dr Carpentier, en prenant cette voie pour enlever un cancer du rein, chez un homme de soixante ans.

Technique de la néphrectomie. — *Lombaire.* — Incision comme pour la néphrotomie. On libère le rein en commençant par sa face antérieure (néphrectomie sous-capsulaire) avec les doigts. Quand la dénudation est impossible, on peut inciser la capsule propre, la répérer avec des pinces et insinuer le doigt entre la capsule et la substance rénale (*néphrectomie sous-capsulaire d'Ollier*).

Le rein est bientôt luxé, et le pédicule peut être saisi dans une pince et coupé. La ligature sera faite avec un fil de soie résistant et disposée en chaîne. L'uretère sera traité à part, excisé, lié et cautérisé.

Dans un cas, j'ai laissé la pince à demeure pendant quarante-huit heures sur le pédicule.

Si le rein ne peut être luxé, l'opérateur saisit le hile entre le pouce et l'index gauches et, se guidant sur ses doigts, il applique une pince-clamp sur le pédicule, qu'il sectionne devant la pince, après avoir placé une ligature en masse en avant et en arrière du clamp. Il saisit ensuite chacun des gros vaisseaux sur leur section transversale et les lie isolément.

La réunion doit se faire par étages.

On laissera un drain.

La *nephrectomie abdominale* se fait par le procédé *transpéritonéal* de Terrier.

REIN MOBILE

S'il est parfois difficile de diagnostiquer le rein mobile et de le découvrir en le saisissant entre deux doigts (procédé de Glénard, de Guyon, d'Israël), il sera beaucoup plus difficile de donner un conseil et de préciser avec succès l'*indication opératoire.*

On est consulté pour la *douleur*, pour les *troubles nerveux* ou pour les *troubles digestifs.* On est rarement consulté pour la mobilité du rein. Il faut le découvrir ; il faut ensuite, faire une enquête minutieuse. pour savoir si les troubles digestifs ne tiennent surtout à l'entéroptose, qui peut coïncider avec le rein mobile, si la neurasthénie est bien sous la dépendance de la mobilité rénale. Il faut bien avouer que l'enquête laissera toujours à désirer, et que souvent une opération, conseillée contre le rein mobile, n'aura aucun succès et, par contre, des femmes ayant des reins mobiles continueront à les porter tout en guérissant de leurs troubles.

Méfiez-vous donc de deux catégories de femmes (car ce sont des femmes qui présentent le plus souvent cette affection), des névropathes, des dyspeptiques avec ptose de tous les organes.

Pour ces dernières, il n'y a pas de doute, le rein est en ptose, avec tous les autres organes. Vous ne gagnerez rien à le fixer.

Quant aux névropathes, la question est de savoir si la mobilité rénale est la cause de leur état, ou si cet état n'est pas concomitant de l'ectopie rénale

Les sujets qui *souffrent*, et qui souffrent par crises, à cause du déplacement du rein. sont ceux qui sont les plus susceptibles de guérison.

Trois moyens sont à notre disposition :

1° Le *massage;*

2° Les *moyens orthopédiques;*

3° La *néphropexie.*

Il n'est pas douteux que les appareils orthopédiques sont indiqués très souvent. Il existe un grand nombre d'appareils qu'on appelle *ceintures* ou *bandages.*

Les *ceintures* sont formées en tissu élastique (coton ou soie). Celle de Glénard se compose d'une bande droite de 14 centimètres de large et de 68 à 76 centimètres de long. La portion pleine est appliquée sur l'hypogastre (à partir du pubis). Elle

est bouclée en arrière par deux bandelettes élastiques arrêtées à l'aide de deux boucles. La boucle inférieure est arrêtée la première jusqu'à la limite de l'élasticité du tissu. Il existe donc une indépendance de constriction des bords supérieur et inférieur. Des sous-cuisses maintiennent la ceinture à la zone où on l'a placée.

C'est la ceinture qu'il faut essayer dans le cas d'entéroptose. Quand il n'y a pas d'entéroptose, et que le malade ne peut supporter la pression des ressorts, on peut donner une ceinture analogue à la précédente, mais moins large, de façon à ce qu'elle arrive jusqu'au-dessus de la crête iliaque. Trois baleines empêchent la bande de se rouler. A l'endroit de la ceinture correspondant au rein est fixée une pelote qui exerce une certaine compression sur cet organe. Les sous-cuisses sont en caoutchouc. On peut les remplacer par des jarretelles qui viennent se fixer aux bas.

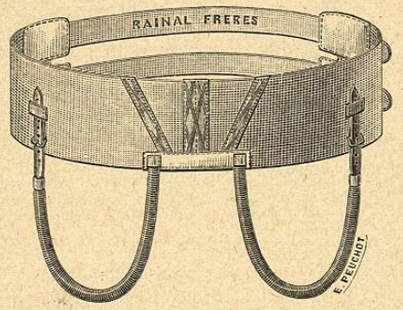

Fig. 97.

On a construit aussi des *bandages* à ressort, pour maintenir le rein réduit. Le ressort agit alors comme une pince prenant point d'appui au-dessus du sacrum et sur le rein, au-dessus des côtes.

Quand on constate un rein mobile, on peut toujours prescrire le port d'un appareil orthopédique, ceinture ou bandage. On préférera, en règle générale, la ceinture, s'il y a de

l'entéroptose; on essaiera d'un bandage, s'il existe seulement une mobilité réductible du rein.

L'appareil doit être mis et surveillé par le médecin. Il doit soulager le malade, et il faudrait l'enlever, s'il déterminait des douleurs.

Souvent on est forcé d'essayer plusieurs genres d'appareils avant de trouver celui qui convient au cas particulier.

Quand plusieurs appareils ont été essayés sans succès, il faut y renoncer.

Il est donc de toute nécessité de commencer le traitement par le port du bandage.

De deux choses l'une :

1° L'appareil orthopédique soulage le malade et calme les douleurs et les troubles digestifs;

2° L'appareil orthopédique a échoué.

Si l'appareil a échoué, la plupart des chirurgiens disent qu'il faut opérer. Mais je crois qu'il faut encore déterminer la cause de l'insuccès. Si le bandage a échoué, parce qu'il était insupportable, mais, s'il a momentanément soulagé le malade, je crois que l'indication opératoire est précise. A mon avis, c'est même la *seule indication opératoire incontestable.*

Le port du bandage a soulagé momentanément; mais le malade ne peut pas le supporter. En fixant le rein, vous aurez toutes les chances de réussir.

Si, au contraire, l'appareil orthopédique a échoué d'une façon absolue et n'a jamais pu soulager le malade, que fera donc, de plus, l'opération?

Bien qu'il soit possible d'admettre que la disposition des parois soit, dans quelques cas, la cause de l'insuccès du bandage, je pense que, dans ces cas, l'insuccès du bandage n'indique pas d'une façon formelle l'opération.

Si l'appareil orthopédique a réussi, faut-il continuer à le porter? faut-il conseiller l'opération? On comprend que, dans ces cas, l'indication est facultative et dépend de la volonté du malade.

On peut exposer au malade que la néphropéxie bien faite est à peu près sans gravité (1 0/0 de mortalité sur

BIBLIOTECA
FAC. DE MED. U.A.N.L.

374 opérations; Albarran) et qu'elle réussira à peu près sûrement, puisque le bandage réussit bien.

Une autre considération qui dicte l'opération est celle tirée des *complications* du rein mobile.

Si le rein mobile est atteint d'hydronéphrose ou de pyonéphrose, l'indication opératoire est très claire. Même si l'hydronéphrose est *intermittente*, l'opération est indiquée.

Enfin, par l'opération, on peut promettre de calmer les douleurs et certains troubles digestifs tenant au déplacement du rein. Mais il faut bien se garder de promettre la guérison de la neurasthénie.

Aussi est-il bon d'ajouter qu'à la suite de l'opération (quand elle est indiquée) ou concurremment avec le port du bandage, il faut suivre un traitement d'*hydrothérapie* et de *massage* et même d'*électricité*.

Le *massage* abdominal est capable de modifier la tonicité musculaire des parois et de soulager considérablement le malade.

En somme, je ne vois que deux indications opératoires formelles : 1° le rein mobile à phénomènes douloureux calmés momentanément par l'appareil orthopédique; 2° le rein mobile compliqué d'hydro ou de pyo-néphrose.

L'indication opératoire est facultative quand les phénomènes douloureux sont soulagés d'une manière absolue par le bandage.

Faut-il aller plus loin? Faut-il opérer les reins mobiles qui ne provoquent aucun accident, comme on a la tendance d'opérer les hernies tout à fait silencieuses?

Je pense que cette manière de faire est discutable, et d'ailleurs, on aura, je crois, rarement l'occasion de discuter pareille question; en effet, les sujets ayant un rein mobile, absolument silencieux, ne se présentent pas souvent au médecin et, quand ils se présentent, ils ne consentent pas facilement à subir une opération, dont le moindre désagrément est d'imposer un repos de six semaines.

La *néphropéxie* se pratique suivant le procédé de *Guyon* (fils doubles passés dans la substance rénale et noués ensemble au sortir du rein); ainsi le rein se trouve à cheval

sur un échelon. Plusieurs fils sont passés transversalement, et un ou deux fixent le rein à la douzième côte.

PHLEGMON PÉRINÉPHRÉTIQUE

Le phlegmon périnéphrétique reconnaît pour causes le traumatisme ou le froid, les inflammations des organes voisins et surtout celles du rein, et enfin les maladies infectieuses.

Le phlegmon périnéphrétique siège dans l'atmosphère de la cellule-adipeuse du rein. Il se termine, en général, par la suppuration. Il se traduit par la triade symptomatique suivante : 1° douleur; 2° tuméfaction; 3° phénomènes généraux.

Dès qu'on a reconnu la présence du pus, il faut lui donner issue. Voici une statistique bonne à connaître : sur 28 cas de phlegmons périnéphrétiques suppurés, 8 cas non opérés ont donné 6 morts, 5 cas ponctionnés, 1 mort, et 15 cas largement incisés, 1 mort (Polland).

Au début, on peut donc employer les antiphlogistes et les révulsifs (sangsues, ventouses scarifiées, onguent napolitain belladoné); on donnera des injections de morphine pour calmer les douleurs.

Dès que les signes de la suppuration ont pu être soupçonnés, il faut arriver à l'incision; il faut surtout inciser si on constate une tuméfaction rénitente, si la fièvre du début s'est calmée pendant quelques jours, pour reprendre ensuite sous la forme continue avec exaspérations vespérales.

On peut, dans les cas douteux, faire une ponction exploratrice au niveau de la saillie lombaire; mais il faut user avec précaution des ponctions, et mieux vaut l'incision franche, qui, bien faite, ne peut avoir aucun inconvénient.

Pour faire cette incision, il est bon de se conformer à la technique de la néphrotomie. Faire une incision oblique du milieu de la douzième côte au milieu de la crête iliaque, couper la peau et le tissu cellulaire, couper ou dissocier les

fibres musculaires du petit oblique, découvrir le carré lombaire.

En ce moment on se trouvera sur la collection et, avec la sonde cannelée ou le doigt, on ouvrira l'abcès.

Après avoir ouvert l'abcès, il faut le laver et le drainer, en réunissant le reste de l'incision cutanée.

L'exploration digitale du foyer renseignera sur la cause initiale de l'abcès et de la connaissance de la cause résulteront parfois des indications opératoires nouvelles (néphrotomie, néphrolithotomie, néphrectomie).

VESSIE

EXTROPHIE DE LA VESSIE

Caractérisée par un vice de conformation, qui se présente sous la forme d'une tumeur sus-pubienne, tumeur rouge, portant deux orifices qui laissent échapper continuellement l'urine (uretères). La verge est fendue sur le dos (épispadias), atrophiée, rudimentaire. Compatible avec l'existence, l'extrophie de la vessie ne constitue pas moins une infirmité repoussante.

Trois grandes méthodes opératoires ont été proposées :

1° La méthode de dérivation du cours de l'urine ;

2° La méthode de suture de deux marges de la vessie ;

3° La méthode autoplastique.

1° *Méthode de dérivation du cours de l'urine.* — *Dans l'intestin* (procédé de Simon, Lloyd, etc.), abouchement des uretères à la paroi abdominale (Sonnerburg), c'est-à-dire à la face supérieure de la verge rudimentaire ;

2° *Suture de deux marges de la vessie.* — On peut affronter simplement les bords de la vessie (Gerdy). — On peut suturer les bords après avoir disséqué et renversé la partie supérieure de la vessie (procédé de Segond). — Enfin, dans un autre procédé, on suture les bords de la vessie après rapprochement des pubis (Trendelenburg) par le procédé lent ou rapide (arthrotomie sacro-iliaque) ;

3° *Méthode autoplastique.* — Dans cette méthode, nous trouvons des procédés qui s'adressent principalement à l'extrophie (Roux, Thiersch, Wood) et des procédés qui s'adressent à l'extrophie et à l'épispodias (Le Fort). Le Fort a utilisé surtout le prépuce et, dans la figure que j'ai donnée