

Anurie. — Nous ne reviendrons pas sur le tableau de l'urémie par anurie si nettement tracé par Merklen (Voir chapitre VII). Du côté du rein, récemment oblitéré, la sécrétion urinaire s'arrête, et l'on ne trouve jamais, à l'autopsie, de lésions hydronéphrotiques. Ces faits ne confirment pas les observations d'*hydronéphrose rapide* obtenues expérimentalement par Albarran et Arnould. Chez l'homme, en effet, la rétro-dilatation n'apparaît qu'à une époque assez éloignée de l'obstruction urétérale.

L'oblitération du rein, jusqu'alors normal, peut se produire bien longtemps après le début des premiers accidents lithiasiques observés du côté opposé. Rayet signale l'observation de Kœnig dans laquelle l'affection du premier rein durait depuis 25 ans et l'une des siennes où les premières manifestations s'étaient déclarées 50 ans avant la mort.

Le mécanisme de l'anurie tel que nous le présentons et qu'il résulte des observations de Rayet et de Merklen ne correspond pas à celui qui a été adopté par beaucoup d'auteurs.

Les observations que nous avons recueillies nous paraissent cependant assez probantes. Il s'agissait dans presque tous les faits de calculeux morts d'anurie dans les délais ordinaires de 9 à 12 jours, à l'autopsie desquels on trouvait l'un des reins anciennement oblitéré par calcul urétéral. Le rein lui-même était ou hydronéphrosé ou atrophié et flétri. Du côté récemment atteint, on trouvait un calcul urétéral formant bouchon. Lorsque les malades ont eu antérieurement des coliques néphrétiques, cette disposition peut être diagnostiquée pendant la vie.

Dans ces conditions, les uretères sont presque toujours anciennement malades. On trouve à l'autopsie des lésions d'urétérite chronique avec incrustation sableuse des parois en même temps que le fragment qui a complété l'oblitération.

La pathogénie des accidents correspond alors à une obstruction urétérale double dont l'une est ancienne et l'autre récente. En résumé, au moment où l'urétére est oblitéré alors que les accidents urémiques deviennent imminents, l'autre rein n'est plus en communication avec la vessie.

Mais actuellement, on tend à admettre que l'anurie trouve son explication dans une inhibition sécrétoire étendue aux deux reins, c'est-à-dire que l'on compare l'anurie calculeuse à l'anurie réflexe qui succède à la crise de colique néphrétique, aux opérations sur les voies urinaires et sur l'abdomen, ainsi qu'aux traumatismes. Or la situation est toute différente. En effet, lorsque les phénomènes urémiques consécutifs à l'anurie calculeuse disparaissent, que se produit-il? L'urétére récemment oblitéré redevient libre à la suite de l'expulsion du calcul et l'urine passe en abondance. Mais, l'autre rein reste toujours fermé.

Si l'anurie calculeuse était une simple anurie réflexe par inhibition sécrétoire, trouverait-on, comme mortalité, le chiffre énorme de 67 à 82 pour 100 relevé par Desmons et Pousson dans les cas où l'intervention chirurgicale n'a pas eu lieu? Est-ce qu'il est possible d'accepter que si les deux reins avaient été perméables avant l'accident, l'un des deux ne pourrait pas fonctionner au moins par périodes de façon à prévenir toute imminence d'urémie?

Si les accidents sont aussi nombreux c'est évidemment que l'un des reins était déjà supprimé, l'urémie se développant alors avec la même régularité qu'après la ligature expérimentale des deux artères, des deux uretères ou l'ablation des reins.

La statistique de Legueu ne nous paraît pas infirmer cette opinion. Sur 50 cas d'anurie calculeuse, il trouva que l'oblitération avait été déterminée 25 fois par calcul urétéral et 7 fois par gros calculs du bassin.

Les lésions du rein opposé étaient les suivantes : absence congénitale 5 fois ; oblitération de l'urétére 6 fois ; atrophie rénale et lésions scléreuses 6 fois ; altérations calculeuses 14 fois ; rein sain 1 fois.

Si l'on excepte la dernière observation sur laquelle il conviendrait d'avoir des renseignements circonstanciés, les autres ne déposent-elles pas en faveur de l'anurie par suppression totale et immédiate des reins?

Sans nier donc l'influence possible de l'inhibition sécrétoire, on doit compter surtout avec l'obstruction complète des deux reins. Et, dans les cas où l'obstruction n'est pas totale, il faut reconnaître que l'inhibition sécrétoire s'exerce sur des reins offrant des lésions tellement accentuées que l'urémie peut en être la conséquence plus ou moins rapide (1).

Le diagnostic doit porter sur plusieurs points. Existe-t-il une hydronéphrose? L'hydronéphrose est-elle unilatérale ou double, reconnaît-elle comme origine la lithiasé rénale, une tumeur du petit bassin ou toute autre origine?

L'existence de l'hydronéphrose ne peut être reconnue qu'au moment où une tumeur fluctuante dépressible, facile à délimiter, apparaît dans un des flancs. Les commémoratifs sont bien souvent d'un faible secours, car s'il est vrai que la lithiasé est une des causes fréquentes de l'affection, on sait que des calculs peuvent rester enclavés dans un des points de l'urétére, sans que leur présence soit dénoncée par aucun signe.

Dans ces conditions, l'hydronéphrose par calcul ne se distingue pas de celle qui est consécutive à un rétrécissement par bride ou par compression. La tumeur rénale est presque toujours indolente. « Le volume en peut varier entre celui du poing et celui de l'utérus, tel qu'il est dans les derniers mois de la grossesse. On peut généralement limiter assez exactement l'étendue et les dimensions de la tumeur à l'aide de la percussion. La région lombaire reste toujours plus ou moins bombée, lorsque les malades sont assis ou placés horizontalement à quatre pattes. Au toucher, cette tumeur paraît bosselée comme un gros intestin distendu (Rayer). »

Une pareille tumeur ne pourrait être confondue qu'avec une *pyonéphrose*, ce diagnostic ne présente en général aucune difficulté.

Si l'hydronéphrose est ouverte, l'urine sort claire et limpide ; dans le cas de pyonéphrose le dépôt purulent est caractéristique. Si par exception la pyonéphrose est fermée, les accidents de rétention septique suivis de fièvre ne tardent pas à éclater, la fluctuation est d'ailleurs beaucoup plus difficile à obtenir.

On pourrait avoir quelque peine à distinguer l'hydronéphrose d'un *kyste ovarique*, lorsqu'elle présente des bosselures multiples et qu'elle se vide mal. C'est une erreur contre laquelle il est difficile de se prémunir (Le Dentu, Rosenberg, Weeks (voy. fig. 64).

La ponction exploratrice peut rendre des services, en montrant dans le liquide du kyste de l'ovaire les diverses variétés des épithéliums de revê-

(1) Consulter DONNADIEU. Thèse de Bordeaux, 1895. — Diagnostic et traitement de l'anurie calculeuse. *Gaz. des hôp.*, 1896. — LEGUEU. *Gaz. des hôp.*, 1891.

tement ou en permettant de retrouver dans le liquide un médicament donné par la voie gastrique.

Comme il y a un intérêt majeur à savoir si l'hydronéphrose est ouverte ou fermée, on peut, à l'exemple de Chauffard, injecter dans la tumeur une petite quantité de matière colorante (fuchsine), qui doit immédiatement passer dans les urines lorsque la communication avec la vessie n'est pas interrompue.

Cette expérience n'est pas toujours décisive, puisque l'hydronéphrose par

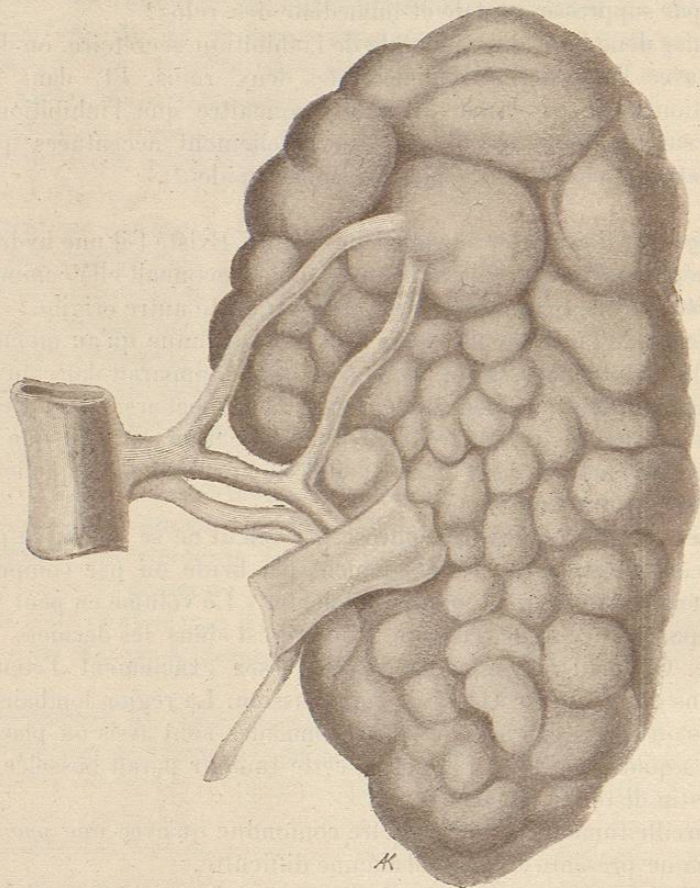


FIG. 64. — Rein gauche mamelonné et distendu dans le bassin duquel existait un calcul, ce rein était unique : un seul uretère s'ouvrait dans la vessie.

Un grand nombre de mamelons n'étaient réellement que des hypertrophies partielles et circonscrites de la substance corticale qui, incisée suivant son épaisseur, présentait sa couleur et la consistance naturelles; d'autres mamelons étaient indurés.
D'après Rayet. Pl. IV, fig. 6.

calcul peut se vider d'une façon intermittente, soit que le calcul forme soupape, soit que la tumeur, par son poids, détermine une coudure au niveau de la partie supérieure de l'uretère.

Mais, l'hydronéphrose intermittente appartient surtout à l'histoire du rein mobile. Le volume de la tumeur n'est jamais considérable, les périodes de distension sont annoncées par la rareté des urines et des coliques très douloureuses. Les malades gardent le lit, ayant fait à plusieurs reprises la remarque que les signes disparaissent parfois dans le décubitus horizontal ou à la suite

d'un massage qui a pour but de faire rentrer le rein dans sa loge et de donner accès à l'urine.

Le diagnostic se complète par la mobilité anormale de la tumeur, par les caractères du liquide obtenu par la ponction. Il est toujours acide, contient de l'urée et rappelle l'urine normale. La composition du liquide est beaucoup plus modifiée dans l'hydronéphrose simple. Malgré ces données, l'erreur a été

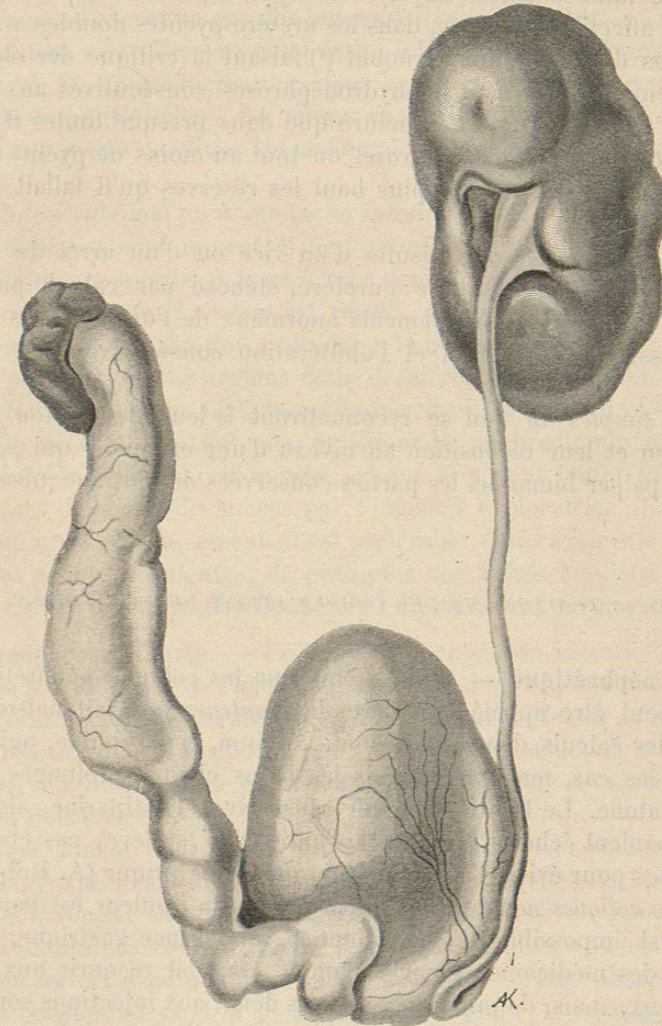


Fig. 65. — La vessie est vue par la partie postérieure (planche XXXV de l'atlas de Rayet, fig. 1).

Atrophie du rein gauche d'un jeune enfant déterminée par un rétrécissement de l'embouchure de l'uretère dans la vessie; par suite de la rétention de l'urine, l'uretère avait éprouvé une dilatation considérable. Le rein lobulé comme chez le fœtus n'était pas plus gros qu'un haricot. L'autre rein était un peu plus volumineux que le rein d'un enfant du même âge.

maintes fois commise, le rein distendu pouvant être confondu avec un kyste ovarique, même après l'ouverture de l'abdomen (Schramm).

Les hydronéphroses traumatiques reconnaissent toujours comme origine une violence portée sur la région lombaire. Elles ont été précédées par l'hémato-néphrose ou par la mobilisation du rein avec déplacement intermittent, quel-

quefois par une inflammation de l'uretère avec rétrécissement plus ou moins serré.

Lorsque l'*hydronéphrose est double*, la maladie ne peut être reconnue qu'autant que les tumeurs résultant de la dilatation des bassinets et des calices ont acquis des dimensions assez considérables pour être appréciées à la percussion des hypocondres et des lombes; ou bien au toucher lorsqu'elles débordent le bord libre des fausses côtes (Rayer). Les hydronéphroses doubles se rencontrent dans les affections utérines, dans les urétéro-pyérites doubles, mais encore sont-elles rares dans ces faits. Arnould (1) faisant la critique des observations les plus anciennes concernant les hydronéphroses consécutives aux calculs et aux tumeurs utérines, arrive à conclure que dans presque toutes il s'agit non d'hydronéphrose mais de pyonéphrose, ou tout au moins de pyélite catarrhale avec distension; nous avons dit plus haut les réserves qu'il fallait apporter à cette manière de voir.

L'*hydronéphrose congénitale* résulte d'un vice ou d'un arrêt de développement (absence, imperforation de l'uretère, sténose par calcul, par valvule, par insertion oblique, ou abouchements anormaux de l'uretère dans la vessie); on a cité aussi l'imperforation et l'oblitération consécutives aux lésions de l'uretère.

Les *kystes simples* du rein se reconnaîtront à leur fluctuation nette, leur volume moyen et leur disposition au niveau d'une extrémité qui permet d'explorer par le palper bimanuel les parties conservées de l'organe (observation de Le Dentu).

D. — TRAITEMENT DES COMPLICATIONS DE LA LITHIASE

1° **Colique néphrétique.** — Avant même que les coliques néphrétiques aient apparu, on peut être appelé à modérer les *douleurs* que fait naître sur place la présence des calculs dans le bassinets. L'opium, la morphine, agissent dans presque tous les cas, mais quelquefois les bains chauds prolongés suffisent à obtenir l'accalmie. Le Dentu dit avoir réussi avec l'antipyrine, alors que les narcotiques avaient échoué. L'usage de l'antipyrine ne devra pas être continué après les crises pour éviter l'augmentation de l'acide urique (A. Robin).

Lorsque les *coliques néphrétiques* apparaissent, la douleur est parfois si violente qu'il est impossible de la calmer. L'intolérance gastrique, s'opposant à l'ingestion des médicaments par l'estomac, on doit recourir aux lavements médicamenteux, mais, de préférence et sans délai, aux injections sous-cutanées de morphine, seule ou associée à l'atropine. Grisolle donnait l'extrait d'opium à doses très élevées variant de 20 à 40 centigrammes dans les vingt-quatre heures, suivant la susceptibilité du malade. Lorsque les crises se prolongent, on peut faciliter l'expulsion du calcul et diminuer la douleur en faisant inhaler du chloroforme à petites doses.

Si la lithiase rénale donne lieu à de trop fréquentes attaques de coliques néphrétiques, et que des complications inflammatoires soient à craindre, l'opération s'impose. Les erreurs de diagnostic étant possibles, puisqu'on a pratiqué des opérations sur des reins absolument normaux, il est indiqué de faire une

(1) E. ARNOULD. *Contribution à l'étude de l'hydronéphrose*. Thèse de Paris, 1881.

néphrotomie exploratrice. On ne doit pas trop attendre, car les opérations différées donnent des résultats moins satisfaisants. L'incision doit être faite sur le bord convexe du rein; cette pratique est bien supérieure à celle qui consiste à ouvrir le bassinets, la cicatrisation se fait mieux, la perte de sang est moins considérable, les calculs sont plus faciles à dégager.

2° **Pyélite, pyélonéphrite.** — Lorsque la pyélite est catarrhale ou muco-purulente et que le liquide s'écoule sans difficulté, on doit pratiquer le lavage du rein et des voies d'excrétion par des boissons très abondantes.

On complétera ce traitement par l'usage à l'intérieur du biborate de soude à la dose de 10, 12, 15 à 17 grammes dans les vingt-quatre heures (Terrier), ou de l'acide borique (Gaucher), ou mieux encore du benzoate de soude de 4 à 6 grammes par jour à condition de ne l'employer que pendant dix à douze jours consécutifs.

Si la poche se vide mal ou d'une façon intermittente, si le liquide est toujours trouble et dépose abondamment, il faut procéder à l'exploration du rein, pratiquer la néphrotomie, *aller à la recherche des calculs*. Quand au cours de l'opération, on reconnaît que l'uretère est rétréci, ou que le rein est profondément altéré et rempli d'abcès, on doit procéder à la néphrectomie.

Pour la plupart des chirurgiens cette dernière opération doit être réservée aux seuls faits où le rein malade est notoirement insuffisant et sans guérison possible. On ne doit, en tout cas, pratiquer la néphrectomie que lorsqu'on est renseigné sur l'état du rein opposé, ce que l'on peut tenter immédiatement avec quelques chances de succès par l'incision exploratrice (Guyon), ou le catéthérisme urétéral. Autrement, il est préférable, après avoir extrait les calculs et drainé les poches purulentes, de pratiquer une fistule lombaire en attendant qu'on soit renseigné sur le fonctionnement du rein supposé normal.

5° **Hydronéphrose, anurie.** — Ce sont les mêmes considérations qui doivent guider dans le traitement de l'hydronéphrose; on doit toujours redouter en effet que l'affection ne soit bilatérale aussi; donc, avant de tenter la néphrectomie, on devra s'assurer que la poche ne peut pas être évacuée par le cathétérisme urétéral. On se rendra compte en même temps si l'uretère est ou non perméable et si le rein doit être conservé.

L'opération idéale consisterait en effet à évacuer la poche de temps à autre, mais l'expérience démontre que les vastes cavités de l'hydronéphrose s'infectent à la longue soit de bas en haut, soit par la voie sanguine (P. Bazy) et créent de redoutables complications. Il est regrettable qu'on ne puisse maintenir le rein ouvert avec quelques chances de succès, car l'observation prouve qu'aussitôt l'obstacle levé et la décompression obtenue, le liquide sécrété par le rein se rapproche de plus en plus par sa composition de l'urine normale. Le fonctionnement du rein était donc simplement suspendu.

À l'hydronéphrose et à l'*atrophie du rein* sans distension, succède quelquefois, nous l'avons vu, l'*anurie* par oblitération de l'uretère du côté opposé. En présence d'une anurie calculeuse, il ne faut pas attendre que le gravier se déplace ou soit expulsé. Le moment où l'opération est dite *de choix* correspond au cinquième jour de l'anurie; on créera sans retard une fistule lombaire et l'on procédera à l'ablation du calcul avec ou sans urétérotomie (Legueu) (1). Les

(1) F. LEGUEU. *Des calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical*. Thèse de Paris, 1891.