

## La Tuberculose Rénale

Par le Dr Eug. Saint-Jacques

Prof.-adjoint de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu

Il y a quelque temps nous terminions une étude sur la Tuberculose rénale par cette proposition:

"La tuberculose rénale réclame la néphrectomie, à moins de contre indications."

Depuis lors les travaux ont continué de s'accumuler; de notre côté nous avons eu occasion de réexaminer d'anciens opérés, d'en voir un bon nombre de nouveaux et d'opérer ceux d'entre eux où les indications étaient positives: aurions-nous aujourd'hui raison de modifier ces propositions? Considérons donc à nouveau certains aspects de la question à la lumière des travaux plus récents.

Et tout d'abord "*l'étude des urines et du "fonctionnement comparatif des deux reins."*"

Il est de toute importance d'établir d'abord par la "*cystoscopie*" l'état de la vessie et des orifices urétéraux: l'un de ceux-ci est-il béant, rouge et ulcéré, que nous pouvons conclure à une infection plus haut située également, à une urétérite, qui indique le rein malade.

Complétons l'examen cystoscopique par la *séparation endo-vésicale* au séparateur de Luys, ou par le cathétérisme des urètres. On se rappellera les restrictions que nous faisons au sujet du cathétérisme des ureters par une vessie infectée: cette manière de se renseigner devra être un pis aller. Les observations cliniques suivantes indiquent bien la valeur de cette recherche du fonctionnement relatif des deux reins.

Melle D. (observ. person. 1490) est souffrante depuis quelques jours lorsque nous la voyons en consultation. La température est à 101-103, il y a douleur dans la moitié droite de l'abdomen, avec défense musculaire. Impossible de localiser un maximum de douleur en un point quelconque. S'agit-il d'appendicite, de cholécystite ou d'une affection rénale? L'examen des urines indique du pus. Le cystoscope nous montre une vessie et des orifices urétéraux normaux. La séparation endovésicale à laquelle nous demandons le dernier mot, montre du pus à droite tandis que l'urine est normale à gauche. La néphrectomie permet d'enlever un rein farci d'abcès milliaires. (Rapport du Pathologiste, Dr Latreille). La malade fit une convalescence sans incidents, mais plutôt longue.

Descoudres rappelait tout dernièrement à la Société Médicale de Neuchâtel, le cas d'une jeune fille chez qui on fait le diagnostic de tuberculose urinaire. On faisait remonter les premiers symptômes à une perityphlite aiguë. Durant 6 mois la malade n'avait eu que du coli bacillé dans ses urines, qui graduellement avaient montré du bacille de Koch. La palpation des loges rénales était négative; mais la malade accusait des douleurs à gauche, rien à droite.

La séparation au Luys indiqua un fonctionnement normal du rein gauche, tandis que le droit était en faute.

Je sais bien que si la séparation endovésicale est de valeur absolue en certains cas — comme ceux précités, — qu'elle n'est que relative en d'autres occasions, tel par exemple, si la vessie présente aussi des lésions ulcéreuses. Ici les urines respectives de chaque rein présenteront du pus, c'est évident; mais l'analyse nous dira tout de même si le fonctionnement azoturique est égal des deux côtés et si le côté présumé sain peut faire suppléance totale.

Quand même aurions-nous du rein évidemment malade, par la masse lombaire, une élimination d'urée normale, il ne faut pas oublier ce fait d'observation clinique et de pathologie expérimentale: que tout organe malade subit pour un tems une hypertrophie compensatrice qui maintient temporairement l'équivalence de fonction. Les travaux de Tuffier dans cette direction sont trop connus pour qu'il soit besoin de les rappeler. Kappasanner y insistait à nouveau dernièrement à la Société Impériale de Chirurgie de Vienne en présentant trois malades néphrectomisés pour tuberculose rénale.

L'important, disions-nous, est d'être renseigné sur le fonctionnement du rein opposé, présumé sain. Les observations cliniques personnelles que voici vont préciser nos dires.

Il est des cas de tuberculose rénale dite fermée, où la sécrétion urinaire ne trahit aucunement la lésion: voyez plutôt.

Mme P. (obs. per. 1318) âgée de 30 ans souffre de douleurs à la région lombaire depuis plusieurs années et particulièrement au côté gauche. La dernière grossesse avait de se terminer heureusement il y a deux mois et depuis lors ses douleurs se sont fort accentuées, au côté gauche toujours. La température à 104 degrés et le pouls à 110-120, joints à un facies pâle indiquent une malade assez profondément infectée. L'examen de l'hypocondre révèle à gauche une masse tendue et douloureuse, qui remonte jusqu'aux fausses côtes, s'étend en bas de la crête iliaque et se porte en dedans jusqu'à l'ombilic. Une zone de résonance supérieure trace le colon. Rien à l'examen vaginal du côté génital, mais le doigt suit un ureter gros et sensible à gauche. C'en était suffisant pour faire mettre le rein en cause et nous nous attendions de trouver la signature pathologique dans les urines. Erreur: les urines sont normales et coïncident d'ailleurs avec l'absence de tout symptôme vésical. La CYSTOSCOPIE, qui est pour nous une habitude dans ces cas, fait voir une vessie normale et un orifice urétéral normal à droite mais béant sur un monticule très-évident à gauche. La SÉPARATION ENDOVESICALE DES URINES était indiquée et nous la faisons après une injection hypodermique préliminaire de Bleu de Méthylène (Ampoules Lecocq-Nova, dosées à 0.05 cent.) Le résultat ne manqua pas d'intérêt au point de vue clinique. Le Rein gauche ne donnait absolument pas d'urine tandis que le droit faisant suppléance fonctionnait admirablement et fournissait 1200 à 1800 c.c. d'urines normales. Ajoutons que 15 minutes après l'injection de bleu de méthylène l'urine du rein droit en témoi-