

**Zeitschrift:** Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche

**Herausgeber:** Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

**Band:** 1 (1944-1945)

**Heft:** 6

**Artikel:** La tuberculose uro-génitale à la lumière de l'uretéro-pyélographie rétrograde

**Autor:** Chevassu, Maurice

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-306749>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 30.03.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

## La tuberculose uro-génitale à la lumière de l'uretéro-pyélographie rétrograde

Par Maurice Chevassu

*Ancien président de l'Académie de Chirurgie et membre de l'Académie de Médecine de Paris*

Si la néphrectomie constitue jusqu'à présent le seul moyen à peu près certain d'interrompre le cours de la tuberculose urinaire, le sacrifice d'un rein souvent peu lésé encore ne constitue sans doute qu'une solution momentanée destinée à céder le pas, un jour que nous espérons proche, à une cure purement médicale.

A l'heure actuelle, s'il nous est donné de constater, sur certains des reins que nous enlevons, des processus cicatriciels, ils sont malheureusement accompagnés de lésions évolutives, et nous ne connaissons encore aucun moyen efficace de donner à ces tendances cicatricielles une puissance suffisante pour qu'elles soient capables d'arrêter le processus tuberculeux.

Dans l'espoir d'une cure purement médicale future, je lutte depuis maintes années pour le perfectionnement de nos moyens de diagnostic dans la tuberculose rénale. Il paraît en effet logique d'admettre que le traitement médical guérira d'autant plus facilement les lésions que celles-ci seront plus discrètes, et il n'est pas discutable que l'interruption du processus tuberculeux destructif sera d'autant plus utile qu'elle s'adressera à un rein n'ayant subi encore qu'un minimum de dégâts.

Des trois procédés bactériologiques utilisés pour le diagnostic de la tuberculose rénale et basés sur la présence du bacille de Koch dans l'urine, la recherche directe, la culture, l'inoculation, aucun ne donne des résultats constants. Les statistiques les meilleures, celles que fit le regretté *Wildbolz* jadis, celles que *M. Canoz* et *Mlle. Weingarten* firent en 1938 dans mon laboratoire de la Clinique urologique de l'hôpital Cochin, admettent que 10 pour 100 des tuberculoses rénales échappent à ces moyens de diagnostic. La faute n'en est pas aux procédés bactériologiques, mais à ce fait que certaines lésions tuberculeuses du rein ne communiquent avec la voie excrétrice que par un très étroit pertuis. Elles ne crachent ainsi que de temps en temps leurs bacilles de Koch dans cette voie excrétrice. Si l'examen ne porte pas sur les urines à ce moment là, il restera négatif.

L'urographie intra-veineuse fournit des renseignements intéressants sur les lésions rénales importantes. Mais, de l'avis même de ses plus chauds partisans, et malgré l'adjonction de la compression uretérale, les tuberculoses rénales dont la déficience fonctionnelle est inférieure à 25 pour 100 échappent à ce mode d'investigation.

Ces lésions minimales, en fait les plus intéressantes, sont au contraire mises en relief par l'uretéro-pyélographie rétrograde.

Cette méthode, que j'ai décrite en 1927, permet, par voie cystoscopique, de remplir à bloc de liquide opaque aux rayons X à la fois l'uretère en totalité et les cavités rénales. Sous l'influence de la pression intrarénales ainsi réalisée, le liquide opaque parvient à s'infiltrer dans des pertuis peu perméables. Il dessine ainsi des cavernes et des lésions qu'aucune autre méthode ne peut mettre en évidence.

J'ai pu, grâce à cette technique, rattacher à des tuberculoses rénales méconnues bien des troubles pathologiques: hématuries, néphrites, pyuries légères, colibacilluries, dans l'urine desquelles on avait en vain cherché le bacille de Koch, et dont la tuberculose fut vérifiée opératoirement. Je vous fais projeter quelques-unes de ces uretéro-pyélographies rétrogrades.

Me servant de cette technique particulièrement démonstrative, j'ai cherché il y a quelques années à préciser quel était le rôle de la tuberculose rénale dans la tuberculose génitale de l'homme. La coexistence de la localisation rénale et génitale est d'une fréquence extrême. Cliniquement elle représente en moyenne les deux tiers des cas; c'est en tout cas le chiffre auquel j'ai abouti dans une statistique publiée en 1940. Mais s'il est logique d'incriminer une origine rénale pour toute tuberculose épидидymaire dans laquelle les urines des trois verres sont troubles ou louches, même légèrement, il ne vient pas en principe à l'esprit l'idée d'incriminer le rein lorsque les urines sont limpides.

Or, ayant systématiquement exploré par l'uretéro-pyélographie rétrograde 16 tuberculeux épидидymaires dont les urines étaient limpides, j'ai eu la surprise de constater que 5 seulement d'entre eux ne présentaient pas d'image caractéristique de tuberculose rénale. Les lésions constatées, qui furent pour la plupart vérifiées par l'opération, allaient de l'exclusion totale d'un rein mastig à de petites cavernes ne communiquant que par de fins pertuis avec la voie excrétrice.

Pour mettre en évidence ces lésions minimales, j'insiste sur la nécessité de la mise sous pression du liquide injecté, ce qui est réalisé grâce au bouchon qui obture l'orifice uretéro-vésical. Le Dr *Palmer*, qui a étudié cette pression, a constaté qu'elle oscille entre un et demi et deux centimètres de mercure pendant la plus grande partie de l'injection, pour

s'élever brusquement à 3, 4 et même 5 centimètres au moment où est obtenue la réplétion rénale complète. Celle-ci se traduit par la brusque apparition d'une sensation rénale perçue par le patient, alors que l'injection n'avait jusqu'à la plénitude provoqué aucune sensation spéciale.

Je fais projeter deux clichés montrant, l'un qu'une injection sous pression insuffisante n'a pas injecté une caverne révélée par une pression plus forte; l'autre, que sur ce même rein après néphrectomie, une pression plus forte encore a révélé une deuxième caverne qui avait échappé à l'exploration faite avant la néphrectomie. Ceci pour bien montrer que toute méthode radiographique qui ne réalise pas une certaine pression dans l'intérieur des cavités rénales est forcément destinée à ne mettre en relief que les cavernes largement béantes dans le système excréteur.



Deux petites cavernes rénales décelées par l'uretéro-pyélographie rétrograde

Il peut y avoir intérêt à ajouter au premier cliché fait pendant la réplétion rénale un deuxième cliché fait pendant sa déplétion. Les cavernes injectées sous pression restent injectées pendant que l'ensemble de la voie excrétrice se vide. Ainsi sont mises particulièrement en relief de toutes petites cavernes qui avaient pu rester dissimulées dans l'ensemble de l'injection opaque. J'en fais projeter deux exemples.

Je termine en insistant sur le rôle que l'uretéro-pyélographie rétrograde joue non seulement comme méthode révélatrice de lésions, mais comme moyen d'étude de l'évolution de ces lésions. On constate ainsi

qu'à côté des lésions croissantes, il en est d'autres qui restent à peu près stationnaires sur des clichés successifs pris de 6 mois en 6 mois. En voici un exemple.

Sur un des reins de cette espèce que j'ai fini par néphrectomiser en raison de l'apparition d'une brusque déficience fonctionnelle du rein tuberculeux, j'ai trouvé une caverne d'aspect presque cicatriciel, dont je vous fais projeter la photographie.

C'est en se basant sur des processus de cet ordre qu'on peut mettre les plus grands espoirs dans la cure médicale future de la tuberculose rénale, à condition qu'on ne lui demande pas de guérir des lésions trop avancées. Je crois que l'uretéro-pyélographie rétrograde sera destinée plus que jamais alors à rendre de grands services.

### Résumé

Le traitement médical de la tuberculose rénale est jusqu'à présent incapable d'en assurer la guérison, mais on a tout lieu d'espérer que le moment approche où sa puissance accrue supplantera la néphrectomie.

Il est logique d'admettre que le traitement médical guérira d'autant plus facilement les lésions tuberculeuses que celles-ci seront plus discrètes, comme il est indiscutable que l'interruption du processus tuberculeux destructif sera d'autant plus utile qu'elle s'adressera à un rein n'ayant subi encore qu'un minimum de dégâts.

Il est donc capital d'apprendre dès maintenant à faire de la tuberculose rénale un diagnostic aussi précoce que possible.

Des trois moyens bactériologiques classiques: recherche directe du bacille de Koch dans l'urine, culture, inoculation au cobaye, aucun ne donne la certitude lorsque leur résultat est négatif. Un cas sur 10 environ échappe à leur contrôle; cela parce que toutes les lésions tuberculeuses du rein ne sont pas largement ouvertes dans la voie excrétrice. Celles qui ne communiquent avec elle que par un étroit pertuis ne crachent leurs bacilles de Koch que de temps en temps. Si l'examen ne porte pas sur les urines à ce moment-là, il restera négatif.

L'uretéro-pyélographie rétrograde, méthode que *Chevassu* a fait connaître en 1927, permet justement de préciser ces diagnostics incertains. Le liquide opaque aux rayons X injecté *sous pression* par l'orifice urétéral, parvient à s'insinuer dans les moindres pertuis et à dessiner des images de cavernes qui échappent à tout autre mode d'exploration, à l'urographie descendante en particulier.

En étudiant systématiquement par l'uretéro-pyélographie rétrograde les sujets porteurs de tuberculoses épидидymo-testiculaires, *Chevassu* a



pu s'assurer que, même chez les sujets dont les urines limpides ne permettent pas dès l'abord de soupçonner l'existence d'une tuberculose rénale, la découverte de lésions tuberculeuses du rein est d'une fréquence extrême.

Les images si précises de l'urétéro-pyélographie rétrograde, que l'on peut prendre successivement en réplétion et en déplétion, permettent de mettre en relief l'évolution très lente de certaines lésions tuberculeuses à allure torpide.

C'est en se basant sur des processus de cet ordre qu'on peut mettre les plus grands espoirs dans la cure médicale future de la tuberculose rénale.

La communication du prof. *Chevassu* a été illustrée par la projection d'une vingtaine de clichés d'urétéro-pyélographie rétrograde particulièrement démonstratifs.

### *Zusammenfassung*

Mittels interner Behandlungsmethoden läßt sich heute noch keine sichere Heilung der Nieren-Tbc. herbeiführen. Es besteht jedoch Veranlassung zu hoffen, daß ihre Wirksamkeit so gesteigert werden kann, daß sie in naher Zukunft imstande sein werden, die Nephrektomie zu ersetzen.

Es ist klar, daß durch interne Behandlung die tuberkulösen Schäden um so leichter ausgeheilt werden können, je weniger stark diese schon in Erscheinung getreten sind. Ebenso kann nicht bestritten werden, daß die Unterbrechung des destruierenden tuberkulösen Prozesses von um so größerem Nutzen sein wird, wenn die Nierenschäden erst leichterer Natur sind.

Es ist daher unbedingt notwendig, die Diagnose der Nieren-Tbc. so früh als möglich zu stellen.

Keine der drei klassischen bakteriologischen Untersuchungsmethoden, nämlich direkter Nachweis des Kochschen Bazillus im Harn, Anlegung von Nährböden und Impfung von Meerschweinchen, geben zuverlässige Anhaltspunkte, sobald das Untersuchungsergebnis negativ ist. Von 10 Fällen wird sicher einer nicht entdeckt. Der Grund hierfür liegt darin, daß nicht alle tuberkulösen Nierenprozesse sich breit in die exkretorischen Nierenabschnitte eröffnen. Diejenigen Herde, welche nur durch eine schmale Öffnung nach außen kommunizieren, geben nur von Zeit zu Zeit ihre Kochschen Bazillen ab. Erfolgt die Urinuntersuchung nicht gerade in diesem Moment, so wird sie negativ ausfallen.

Mittels der von *Chevassu* im Jahre 1927 angegebenen retrograden Ureteren-Pyelographie gelingt es, in solchen unsicheren Fällen eine präzise Diagnose zu stellen. Die für Röntgenstrahlen undurchsichtige Flüs-

sigkeit wird *unter Druck* durch das uretere Orifizium eingespritzt, dringt selbst in die kleinsten Öffnungen hinein und gibt so Bilder von Kavernen wieder, welche bisher mit Hilfe jeder anderen Untersuchungsmethode, auch nicht mit derjenigen der absteigenden Urographie, erfaßt werden konnten.

Bei systematischer Anwendung der retrograden Ureteren-Pyelographie bei Patienten mit Hoden-, Nebenhoden-Tuberkulose gelang es *Chevassu*, selbst bei Kranken, deren klarer Urin zunächst nicht den Verdacht auf Nieren-Tbc. aufkommen ließ, den Nachweis von tuberkulöser Affektion der Nieren in den meisten Fällen zu führen.

Mit der retrograden Ureteren-Pyelographie erhält man klare Bilder, und zwar sukzessiv sowohl bei gefüllter als auch bei entleerter Niere, welche gestatten, die sehr langsame Entwicklung von gewissen tuberkulösen Prozessen mit torpidem Verhalten zu verfolgen.

Für die zukünftige interne Behandlung der Nieren-Tbc. ergeben sich aus den besprochenen Untersuchungsverfahren große Entwicklungsmöglichkeiten.

Der Vortrag von Prof. *Chevassu* wurde durch die Projektion von ca. 20 besonders demonstrativen Diapositiven von retrograden Ureteren-Pyelogrammen unterstützt.

#### *Riassunto*

Il trattamento medico della tubercolosi renale è, fino a oggi, incapace di assicurarne la guarigione, ma si hanno tutte le ragioni di sperare che si avvicina il momento in cui, grazie alle sue aumentate possibilità, esso soppianderà la nefrectomia.

È logico di ammettere che il trattamento medico guarirà le lesioni tubercolari tanto più facilmente quanto più esse saranno lievi, come pure è indiscutibile che l'interruzione del processo tubercolare distruttivo sarà tanto più utile quanto più essa si riferirà ad un rene che non era stato attaccato che minimamente dalla malattia.

È perciò di capitale importanza di imparare a fare della tubercolosi renale una diagnosi quando ancora la malattia si trova allo stato iniziale.

Dei tre mezzi batteriologici classici: ricerca diretta del bacillo di Koch nell'urina, cultura, inoculazione nella cavia, nessuno dà la sicurezza assoluta se il loro risultato è negativo. Circa un caso su 10 sfugge al loro controllo; questo perchè tutte le lesioni tubercolari del rene non sono largamente aperte nella via escrettrice. Quelle che comunicano con essa solo a mezzo di uno stretto pertugio non emettono i loro bacilli di Koch che di tanto in tanto. Se l'esame delle urine non viene eseguito in quel determinato momento, resterà negativo.

L'utero-pielografia retrograda, metodo fatto conoscere da Chevassu nel 1927, permette di precisare con esattezza queste diagnosi incerte. Il liquido opaco ai raggi X iniettato sotto pressione attraverso l'orifizio uretrale, riesce ad insinuarsi nei più piccoli buchi e a disegnare le immagini delle caverne che sfuggono ad ogni altro modo di esplorazione, alla urografia discendente in particolare.

Studiando sistematicamente con l'uretero-pielografia retrograda i soggetti portatori della tubercolosi epidimo-testicolare, Chevassu ha potuto dare la certezza che, perfino in pazienti le cui urine limpide non permetterebbero in un primo tempo di sospettare l'esistenza di una tubercolosi renale, la scoperta di lesioni tubercolari del rene è di una frequenza estrema.

I risultati così precisi della uretero-pielografia retrograda, che si possono prendere successivamente in replezione e bipienezza permettono di mettere in rilievo l'evoluzione molto lenta di certe lesioni tubercolari ad andatura lenta.

Basandosi su dei processi di questo genere si può riporre grandi speranze sulla futura terapia della tubercolosi renale.

La comunicazione del prof. Chevassu è stata illustrata con la proiezione, particolarmente dimostrativa, di una ventina di clichés di ureteropiologia retrograda.

### *Summary*

The internal treatment of renal tuberculosis has so far not been capable of insuring its cure, but there is every reason to believe that the time will come when its increased efficacy will replace nephrectomy.

It is logical to admit that the slighter the tuberculous lesion is the easier it will be to cure it by means of internal therapy. It is also indisputable that the interruption of the destructive tuberculous process will be all the more useful if the primary renal affection is only slight.

It is therefore of the greatest importance that as early a diagnosis as possible should be made.

None of the three classical bacteriological methods, direct testing for the B. of Koch in the urine, cultures, inoculation of guinea-pigs, is decisive when negative. One case in ten is not discovered, because all tuberculous lesions of the kidney do not open into the excretory tract. Those which communicate with the excretory tract by a narrow opening only excrete their bacilli of Koch from time to time. If the examination of the urine is not carried out just at the right moment, it will be negative.

Retrograde ureteropyelography, a method made known by Chevassu in 1927, permits such uncertain diagnoses to be exactly defined. The



liquid, opaque to x-rays, injected *under pressure* through the urethral orifice, penetrates the smallest openings and reveals cavities which escape all other methods of exploration, urography in particular.

By studying systematically, by means of retrograde ureteropyelography, cases of epididymo-orchitic tuberculoses, *Chevassu* was able to ascertain that the discovery of tuberculous lesions of the kidney is extremely frequent, even in cases where the limpid urine did not primarily permit the existence of renal tuberculosis to be suspected.

The very exact pictures of retrograde ureteropyelography, which can be made successively of the filled and empty kidney, reveal the very slow evolution of certain tuberculous lesions of torpid nature.

It is by processes of this kind that the greatest hope can be entertained as to the success in the future of the treatment of renal tuberculosis by internal therapy.

Professor *Chevassu's* communication was illustrated by about twenty, particularly demonstrative, lantern slides of retrograde ureteropyelographical pictures.