

Enfin les opérations qui consistent à créer un anus périnéal deviennent bien plus problématiques lorsque l'abouchement s'est fait dans l'urètre, la prostate ou la vessie ; on pourrait encore, si l'on avait quelque raison de croire que le rectum descend suffisamment bas, tenter une intervention et abandonner la fistule supérieure dans l'espérance qu'elle s'oblitérera. Si l'ampoule rectale trop élevée ne peut être atteinte, il n'y a pas d'hésitation possible, il faut recourir à l'anus artificiel inguinal ou lombaire.

3° L'écoulement des matières étant libre (anus vulvaire, vaginal, périnéal), doit-on intervenir ? Puisqu'en pareil cas l'existence n'est assurée qu'au prix d'une infirmité fort pénible, il sera logique à une période ultérieure de la vie, si l'enfant est vigoureux, de chercher à remédier par une opération anaplastique à ces vices de conformation.

LIVRE XI

AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES DE L'HOMME

Bibliographie générale. — *Traité général sur les maladies des voies urinaires.* — CHOPART, *Traité des maladies des voies urinaires*, 1792, et *Nouvelle édition augmentée d'un mémoire sur les pierres et la lithotomie* par FÉLIX PASCAL, Paris, 1830. — DESAULT, *Maladies des voies urinaires*, in *Œuvres chir.*, 1799. — NAUCHE, *Des maladies de la vessie et du conduit urinaire chez les personnes avancées en âge*, Paris, 1819. — SCHEMMERING, *Traité des maladies de la vessie et de l'urètre considérées particulièrement chez les vieillards* (trad. Hollard), Paris, 1824. — LALLEMAND, *Observations sur les maladies des organes génito-urinaires*, Paris, 1825. — MOULINIÉ, *Traité des maladies des organes génito-urinaires*, Paris, 1839. — MERCIER, *Recherches anat., path. et thérap. sur les maladies des organes urinaires et génitaux considérées spécialement chez les hommes âgés*, Paris, 1841. — MERCIER, *Recherches sur les maladies, etc., suivies d'un essai sur la gravelle et la pierre, etc.*, 1856. — CIVIALE, *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, 2^e édit., Paris, 1842. — BRODIE, *Leçons sur les maladies des organes urinaires*, 1845. — GROSS S., A. *Practical Treatise on the Diseases of the Urinary Bladder, the Prostat Gland and the Urethra*, Philadelphia, 1851. — DUBOUCHET, *Maladies des voies urinaires*, Paris, 1851. — PHILIPS, *Traité des maladies des voies urinaires*, Paris, 1860. — VOILLEMIER, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. I^{er}, Paris, 1868, t. II, par LE DENTU, 1881. — RELIQUET, *Traité des opérations des voies urinaires*, Paris, 1869. — MALLEZ, *Thérapeutique des maladies des voies urinaires*, 1872. — GOULEY, *Diseases of the Urinary Organ.*, New-York, 1873. — THOMPSON, *Traité pratique des maladies des voies urinaires*, Paris, 1874. — PICARD, *Traité des maladies de l'urètre, de la prostate et de la vessie*, 1877-1879. — SIRUS-PIRONDI, *Traité théorique et pratique des maladies des voies urinaires*, 1878. — PAQUET, *Leçons sur la chir. clin. des maladies des voies urinaires*, 1878. — GUYON, *Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires*, Paris 1881.

CHAPITRE PREMIER

MALADIES DES REINS ET DES URETÈRES

Bibliographie générale. — RAYER, *Traité des maladies des reins.* — ROSENSTEIN, *Nieren Krankheiten*, Berlin, 1868, trad. française, Paris, 1874. — LECORCHÉ, *Traité*

des maladies des reins, 1875. SIMON (G.), *Chirurgie der Nieren*, 1^{er} theil., 1871, II theil., 1876. — LANCEREAUX, art. REINS du *Dict. encycl.*, t. III, 3^e série, 1876. — MARDUEL, *Path. chirurg. du rein*, in *Dict. de méd. et chir. prat.*, t. XXX, 1882.

§ 1^{er}. — Lésions traumatiques des reins

1^o CONTUSIONS ET DÉCHIRURES DES REINS SANS PLAIES EXTÉRIEURES

Bibliographie. — LIARD, *Recueil des mém. de méd. et chir. milit.*, 1867. — CURLING, *Brit. Med. Journ.*, 1869. — FABER, *Ruptur der Nieren, Würtemb. Correspondenzblatt.*, Bd. XLV, 1875. — MAUNOURY, BARTH, *Bull. de la Soc. anat.*, 1876. — DUMARET, *Lyon médic.*, 1880. — TILLMANN H., *Recherches expérim. sur, etc., Soc. méd. de Leipzig*, 1879. *Analysé*, in *Rev. des sciences méd.*, t. XVII, 1879. Thèses de Paris. — 1870, RAVEL. — 1873, BLOCH. — 1881, GARGAM. — 1882, POIRAULT.

Étiologie. — *Causes prédisposantes.* — La situation du rein semblerait de prime abord devoir le mettre à l'abri des traumatismes, néanmoins les contusions de cette glande se rencontrent de temps à autre dans la pratique; deux motifs, la consistance et la fixité de l'organe, nous expliquent la contradiction apparente qui existe entre les faits et le raisonnement. La fixité du rein l'empêche d'une part de fuir devant les traumatismes, et d'autre part sa résistance ne lui permettant pas de se laisser aplatir, la rupture devient inévitable.

Depuis RAYER, les auteurs divisent les causes qui déterminent la contusion du rein en directes et indirectes. Les causes directes comprennent toutes les variétés du traumatisme dans lesquelles l'agent contondant agit sur la région lombaire ou sur les parois de l'abdomen (coups de bâton, coups de pied, chutes, pressions diverses).

La contusion par cause indirecte se produirait lorsque la violence agit à distance (chutes d'un lieu élevé sur les pieds, chutes à califourchon, exercices d'équitation). Les faits de ce genre sont excessivement rares. Cependant BAZILE (*Mém. de l'Acad. royale de chir.*, t. IV) cite un exemple de contusion du rein chez un homme qui était tombé à califourchon d'environ deux pieds de haut sur une barre de fer.

Anatomie pathologique. — Les lésions consécutives à la contusion du rein diffèrent suivant la violence du traumatisme; tantôt il existe à la surface du viscère une simple fissure ayant à peine quelques millimètres de longueur et de profondeur, tantôt une déchirure plus profonde qui atteint parfois le bassin et peut même diviser le rein en deux. Les bords de ces solutions de continuité, en raison de la consistance spéciale de l'organe, présentent toujours une grande netteté. Ces ruptures siègent presque constamment vers la partie moyenne du rein dont les fragments sont sensiblement égaux en cas de division complète.

Le sang qui s'écoule à la suite de semblables lésions se répand dans l'atmosphère celluleuse où il forme une tumeur de volume variable; lorsque les bassinets sont intéressés, une partie de ce sang descend avec l'urine dans la vessie. Ces épanchements sanguins périnéphrétiques mettent un temps fort long à se résorber et déterminent assez fréquemment la suppuration.

Symptômes. — Les troubles consécutifs aux déchirures du rein se divisent en : Symptômes généraux, symptômes locaux et troubles fonctionnels.

Symptômes généraux. — Ils ne diffèrent en rien de ceux que l'on observe à la suite des contusions intéressant les divers organes; lorsque l'hémorragie a été considérable, on voit apparaître rapidement le cortège ordinaire des hémorragies internes.

Symptômes locaux. Douleur. — La douleur intense augmentée par la pression, les efforts, les mouvements d'inspiration a son siège dans la région lombaire. Comment établir si les souffrances accusées par le malade résultent de la lésion rénale ou de l'attrition des parties molles? Le problème nous semble insoluble. RAYER avait donné comme signe spécial de la contusion du rein des irradiations douloureuses vers le pubis, avec rétraction du testicule correspondant, ce symptôme ne se trouve noté dans aucune des observations relatées dans les thèses de BLOCH, GARGAM, POIRAULT, soit soixante (60) faits environ.

Ecchymose. — L'ecchymose consécutive aux déchirures du rein, étudiée par DUMESNIL (de Rouen), a été décrite par GARGAM; d'après ces auteurs il existe deux variétés distinctes d'ecchymose, l'une primitive, l'autre secondaire.

L'ecchymose primitive développée sur place se manifeste au bout de deux à trois jours, tantôt dans la région lombaire, tantôt dans l'hypocondre. Il est loin d'en être de même de l'ecchymose secondaire; celle-ci apparaît seulement au bout de quelques jours (six à huit en moyenne), le long du trajet du canal inguinal et à la partie supérieure du scrotum; peu intense, de courte durée, elle n'a aucun rapport de continuité avec l'ecchymose lombaire.

Tumeurs périnéales. — L'épanchement sanguin dont nous avons signalé la formation, traduit rapidement sa présence par une tumeur de volume variable, mate, rénitente, douloureuse; on ne peut le rechercher qu'après quelques jours, car la douleur rend l'exploration impossible pendant les premiers moments.

Troubles fonctionnels. Rétention d'urine. Oligurie. Hématurie. — Ces trois phénomènes sont loin d'avoir la même valeur sémiologique, la rétention d'urine, conséquence du traumatisme général et de l'ébranlement nerveux qui en résulte, n'acquiert d'importance qu'autant qu'elle se prolonge.

L'oligurie, sur laquelle les auteurs ont peu insisté jusqu'à ce jour, fournit dans certaines circonstances un caractère pathognomonique des contusions du rein (VERNEUIL).

Cette complication reconnaît des causes nombreuses: destruction partielle ou totale du rein, obstruction des uretères par un caillot sanguin, compression des mêmes organes par le sang épanché dans le tissu cellulaire périnéphrétique; on ne trouve l'oligurie signalée que dans un nombre fort restreint d'observations.

Hématurie. — L'hématurie constitue le principal symptôme de la contusion du rein. Dès la première miction le chirurgien constate d'ordinaire la présence de sang dans les urines; parfois l'hématurie se montre ultérieurement, elle est dite tardive. Ce signe suffit à lui seul pour affirmer une déchirure du rein à la suite de contusion sur la région lombaire. Toutefois il n'est pas constant

et les lésions superficielles de l'organe avec rupture de la capsule ne sauraient donner lieu à une hématurie, car le sang s'écoule alors dans le tissu cellulaire.

Marche. Terminaison. — Les conséquences des contusions du rein sont fort différentes; fréquemment les phénomènes locaux et généraux vont en diminuant et le malade peut se lever au bout de quelques jours; dans d'autres circonstances on voit se développer une série de complications (phlegmons périnéphrétiques, néphrites, hydronéphrose, suppuration du rein). La mort surviendrait dans la moitié des cas environ; car nous trouvons trente-sept (37) guérisons sur soixante et onze (71) faits réunis par MAAS, toutes ces observations se rapportent à des traumatismes sérieux.

TILLMANNS s'est livré à un certain nombre d'expériences pour élucider le mécanisme de la guérison dans les plaies et déchirures du rein; d'après cet auteur, la réparation se ferait non pas aux dépens des cellules du parenchyme de l'organe, mais grâce à des cellules migratrices.

Traitement. — Le repos au lit, les injections de morphine, l'application de cataplasmes sur la région douloureuse suffisent dans les traumatismes légers.

Lorsque les symptômes permettent de soupçonner une hémorragie interne, au lieu des émissions sanguines préconisées par RAYER, nous croyons qu'il serait préférable de recourir aux hémostatiques tels que le perchlorure de fer ou l'ergotine à l'intérieur; cette dernière pourrait être aussi employée en injections. Le chirurgien n'oubliera pas de surveiller la miction; s'il existait des caillots dans la vessie, il pratiquerait le lavage de cette cavité avec une solution d'acide borique à 4 p. 100.

S'il se développe dans la région une tumeur volumineuse par suite de la rapidité de l'épanchement sanguin, G. SIMON conseille de faire de suite la néphrotomie. Cette opération pratiquée cinq fois pour plaie du rein a donné cinq succès.

2° PLAIES DU REIN

Étiologie. — Les plaies du rein résultent de l'action des instruments piquants, tranchants ou contondants.

La situation profonde de cet organe, l'épaisseur considérable des plans musculaires qui l'entourent nous expliquent la rareté des observations de ce genre. Quelle que soit la cause qui lui ait donné naissance, la blessure du rein s'accompagne habituellement de lésions du côté des organes voisins, et fréquemment elle ne constitue qu'un phénomène accessoire, comparée aux plaies des organes intra-abdominaux ou des gros vaisseaux.

L'instrument vulnérant peut aborder le rein d'arrière en avant, d'avant en arrière, ou par les parties latérales.

Dans les deux premiers cas, le pronostic de la blessure varie notablement; en effet un instrument agissant d'avant en arrière ne saurait atteindre le rein sans intéresser en même temps le péritoine et les organes qu'il enveloppe; au contraire, dans une blessure d'arrière en avant, il est possible que le rein soit seul intéressé.

Symptômes. — Les blessés accusent une violente douleur dans la région

lombaire, la souffrance se propage du côté de l'aîne et parfois jusque dans le testicule; la glande soulevée par les contractions spasmodiques du scrotum vient s'appliquer contre l'anneau inguinal externe. Au bout de peu de temps le malade se plaint de ténésme vésical, et parvient avec peine à émettre de petites quantités d'urine teintée de sang; quelquefois la rétention d'urine est complète, en pareille occurrence le chirurgien doit songer à l'obstruction du col de la vessie par des caillots sanguins et pratiquer le cathétérisme avec lavage de cette cavité.

Du côté de la solution de continuité des téguments, les phénomènes varient suivant les cas. Si le coup a été porté dans la région lombaire, il s'échappe par la plaie une certaine quantité de sang mélangé à de l'urine. Si l'agent du traumatisme a traversé l'abdomen avant d'atteindre la glande, ces liquides fusent dans le péritoine.

Les symptômes généraux que nous avons signalés dans le paragraphe précédent, pâleur de la face, refroidissement des extrémités, faiblesse et fréquence du pouls, nausées, vomissements, se retrouvent ici; ils acquièrent une intensité remarquable lorsque le péritoine est ouvert.

Pendant les jours qui suivent l'accident, tous les signes d'un travail inflammatoire du côté du rein ou du péritoine se manifestent. L'urine, après avoir été sanguinolente, se charge de mucus et de pus; des douleurs violentes se font sentir sur le trajet de l'appareil génito-urinaire.

Marche. Terminaison. — La sentence de Celse : *Servari non potest cui renes vulnerati sunt*, est loin d'être toujours vraie; en parcourant les observations contenues dans le traité de RAYER et celles qui sont éparses dans la science, on voit que les plaies du rein sont susceptibles de guérir, même quand il s'agit de traumatismes produits par les armes à feu. Ainsi RAYER emprunte à HENNEN l'histoire d'un officier anglais qui reçut une balle dans l'hypocondre droit entre la neuvième et la dixième côte et présenta tous les symptômes d'une plaie du rein; plus tard deux abcès et une fistule urinaire se formèrent à la région lombaire, enfin le huitième mois le malade rendit par l'urèthre, après efforts désespérés, un morceau de drap encroûté d'une matière très dure; à partir de ce jour la guérison se fit avec rapidité.

CUMINGS rapporte un fait semblable; mais si l'on en croit cet auteur, malgré la netteté des symptômes, il pourrait se faire que le rein lui-même n'eût pas été atteint dans ces circonstances. En tout cas il est impossible d'adresser la même objection au fait raconté par LEGUEST. « Sur un soldat russe blessé à Inkermann de deux coups de feu, l'un au rein, l'autre au genou gauche, et qui succomba ultérieurement à cette dernière blessure, nous pûmes constater la guérison de la plaie du rein: traversé d'arrière en avant et vers le milieu de sa hauteur, l'organe avait beaucoup diminué de volume et présentait au centre sur ses deux faces une cicatrice déprimée, fibreuse et solide à laquelle venaient se joindre comme les rayons d'une étoile cinq cicatrices irrégulières. »

Nous trouvons dans les traités de LARREY, DUPUYTREN, BAUDENS, ainsi que dans l'ouvrage de SANSON quelques observations de plaies du rein par armes à feu, dans lesquelles le diagnostic semble indiscutable et qui se sont terminées par la guérison. La mort survient tantôt pendant les premiers instants

par suite d'hémorragie, de shock, de syncope, tantôt pendant les jours qui suivent, elle reconnaît alors pour cause la péritonite; enfin le blessé peut succomber à la néphrite consécutive ou à une hémorragie secondaire.

Diagnostic. — « Le pissement de sang et une douleur dans la région rénale survenant à la suite d'une blessure dans une des régions lombaires, ne sont pas des signes d'une certitude absolue d'une plaie du rein correspondant, à moins que l'hémorragie ne suive presque immédiatement la blessure. Par le seul effet d'une inflammation traumatique des muscles et du tissu cellulaire des lombes, le rein peut s'enflammer, devenir douloureux et l'urine se charger de sang; mais le diagnostic n'offre pas d'incertitude si l'urine ou un liquide urineux sort par la plaie » (RAYER). La direction de la blessure, l'examen comparatif de la plaie et de l'instrument tranchant ne devront pas être négligés en semblable occurrence, mais avec DUPLAY nous proscribons sévèrement les explorations qui seraient la plupart du temps inutiles et toujours dangereuses.

Pronostic. — Le pronostic des plaies du rein est sérieux; nous l'avons dit, les blessés sont exposés aux complications les plus graves, ils ne guérissent souvent qu'après de cruelles souffrances.

Traitement. — Le traitement des plaies du rein diffère peu de celui des contusions. Le malade étant couché, la région rénale lavée, nettoyée, pansée suivant toutes les règles de la méthode antiseptique, le chirurgien s'efforcera de calmer la douleur et de prévenir l'inflammation. La miction sera l'objet d'une surveillance particulière.

Les hémorragies doivent être combattues à l'aide du perchlorure de fer et de l'ergotine; si, par son abondance, l'écoulement sanguin menace la vie du malade, G. SIMON conseille de mettre le rein à nu par une incision lombaire, afin d'aller lier l'artère rénale; comme le rein est alors condamné à se gangréner, il ne reste qu'à l'enlever.

§ 2. — Tumeurs du rein

1° TUMEURS LIQUIDES. — KYSTES

Il existe trois variétés de kystes du rein : 1° les kystes séreux; 2° les kystes conglomérés, mieux connus sous le nom de dégénérescence kystique du rein, enfin les kystes hydatiques, qui seuls intéressent le chirurgien.

A. — KYSTES HYDATIQUES

Bibliographie. — JEANNIN, *Bibl. méd.*, 3^e année, t. X, 1805. — RAYER, *Traité des maladies du rein*, t. III. — DAVAINÉ, *Bull. de la Soc. anat.*, 1862. — SPENCER WELLS, *Diagn. différ. des kystes et tumeurs des reins*, in *Gaz. hebdom.*, 1867. — SOLLER, *Lyon méd.*, 1881.

Thèses de Paris. — 1861, BÉRAUD. — 1865, TOUREN. — 1881, ROMESTAN.

Fréquence. — Les kystes hydatiques du rein constituent une affection rare; sur cinq cent soixante-six (566) cas d'échinocoques réunis par DAVAINÉ, on trouve seulement trente (30) kystes du rein.

Plus communes chez la femme que chez l'homme, ces tumeurs atteignent leur maximum de fréquence vers trente-cinq ans. Dans une seule observation rapportée par RICHARDSON à la Société médicale de Londres, les échinocoques occupaient les deux reins; le rein gauche paraît bien plus souvent intéressé que le droit.

Anatomie pathologique. — Ces tumeurs restent longtemps isolées dans le tissu du rein, sans communication avec les conduits excréteurs de l'urine ou les organes voisins. Au bout d'un certain temps, des adhérences se forment et la collection se rompt spontanément soit par excès de distension, soit par inflammation. Dans la majorité des circonstances, les kystes hydatiques du rein s'ouvrent dans le bassinet ou les calices; on cite deux cas où les collections se sont vidées dans les bronches.

Le rein sur lequel siège la tumeur est habituellement atrophié, parfois même converti en entier en une coque fibreuse.

Symptômes. Diagnostic. — Les kystes hydatiques du rein passent inaperçus à leur début, ils ne révèlent leur présence qu'après avoir acquis un volume notable. La région lombaire se montre alors saillante, le flanc élargi; la palpation permet d'y constater la présence d'une tumeur arrondie, élastique, dépressible, mate et fluctuante. Le frémissement hydatique a été rarement signalé, fait compréhensible vu la profondeur à laquelle les reins se trouvent situés.

La tumeur, d'ordinaire indolente, détermine au moment de la rupture du kyste, des crises comparables aux coliques néphrétiques, accompagnées d'une sensation de craquement, de déchirures, et de la diminution du volume de la tumeur. Peu de temps après les urines contiennent des vésicules; si on les laisse reposer, elles se troublent puis deviennent brunâtres et fortement alcalines (TOMOWITZ).

Marche, Terminaison. — Tant qu'il reste dans le kyste une vésicule fertile, la collection se reproduit, les accidents que nous venons de décrire reparaissent de temps à autre, jusqu'à ce que la dernière vésicule ait été expulsée.

Nous avons signalé deux observations d'ouverture du kyste dans les bronches; les malades succombèrent par asphyxie. RAYER a rapporté quelques cas de kystes hydatiques des reins, ouverts dans l'intestin, le bassinet, ou à la région lombaire; semblables faits sont exceptionnels.

Enfin le kyste reste quelquefois stationnaire, puis subissant une sorte de retrait et d'atrophie, guérit sans se vider. D'après CRUVEILHIER, cette terminaison serait commune, mais elle surviendrait à une époque trop peu avancée pour que la présence du kyste ait pu être révélée.

Traitement. — Le traitement des kystes hydatiques du rein est absolument le même que celui des kystes hydatiques du foie. Parmi les divers procédés qui ont été préconisés pour évacuer le liquide, nous donnons la préférence à la ponction directe pratiquée avec un trocart volumineux, en s'entourant de toutes les précautions de la méthode antiseptique.

2° TUMEURS SOLIDES DU REIN

Parmi ces tumeurs, rares du reste, nous devons signaler le cancer encéphaloïde et le sarcome; ces néoplasmes se développent en général de cinquante à soixante ans et paraissent plus fréquents chez l'homme que chez la femme. Le cancer du rein trahit sa présence par des douleurs sourdes, des hématuries; après un certain temps, l'exploration permet de constater une masse de consistance variable, développée habituellement en dedans et en bas.

D'après KOCHER, les métastases paraîtraient moins communes dans le cancer du rein que dans celui des autres viscères; exceptionnellement les deux organes sont atteints simultanément.

Le traitement des tumeurs du rein se réduit à celui des principaux symptômes présentés par le malade; la thérapeutique est assez impuissante, aussi dans les dernières années les chirurgiens ont songé à faire l'ablation de ces tumeurs.

Nous verrons plus loin les résultats de ces tentatives.

3° NÉPHRECTOMIE

Bibliographie. — MARDUEL, *Lyon médical*, 1872. — NEPVEU, *Arch. gén. de méd.*, 1875. — SERVIER, *Dict. des sciences méd.*, 1878, art. NÉPHROTOMIE. — LANNOIS, *Revue mensuelle de chir.*, 1881. — HARRIS, *Americ. Journ.*, 1882. — QUENCE, *Arch. gén. de méd.*, déc. 1882. — BILLROTH, *Soc. de méd. de Vienne*, 1884, Voir *Semaine méd.*, 1884, p. 242. — LE DENTU, *Acad. de méd.*, 1885. Thèses de Paris. — 1877, CHAPUIS. — 1878, TORRÉS. — 1880, BOULAY.

La néphrectomie ou extirpation du rein est une opération toute récente; c'est en effet le 2 avril 1869 que SIMON (d'Heidelberg) pratiqua de parti pris l'extirpation du rein. Avant cette époque WOLCOT en 1861, SPIEGELBERG en 1867, PEASLEE en 1868, avaient enlevé des reins; mais ces opérations étaient dues au hasard, car aucun de ces auteurs n'avait diagnostiqué de lésion rénale.

Depuis cette époque la néphrectomie a été faite nombre de fois; en juillet 1882 HARRIS a réuni cent (100) observations d'extirpation du rein, depuis (juin 1884), SCHURTER, élève de BILLROTH, a ajouté à cette statistique trente-deux (32) cas nouveaux. Ces cent trente-deux (132) néphrectomies ont fourni soixante-dix (70) guérisons et soixante-deux (62) morts, soit une mortalité d'à peu près 47 p. 100.

D'après BILLROTH, si l'on néglige les néphrectomies fortuites, faites par erreur de diagnostic, quand après avoir ouvert l'abdomen on s'est aperçu qu'au lieu d'un kyste de l'ovaire on était en présence d'un rein dégénéré, on peut grouper les indications de la néphrectomie en deux classes: 1° les indications pour l'extirpation d'un rein sain; 2° celles pour l'extirpation d'un rein malade.

L'ablation d'un rein sain est indiquée :

1° Lorsqu'il y a procidence du rein, causée par traumatisme. Trois cas de ce genre, opérés jusqu'à présent, ont donné trois guérisons.

2° Lorsqu'il y a une fistule incurable de l'uretère. SIMON fut le premier à extirper le rein pour cette cause. Ici il faut distinguer trois sortes de fistules: a) les fistules entre l'uretère et les téguments de l'abdomen; b) les fistules urétéro-vaginales; c) les fistules urétéro-utéro-vaginales. Neuf (9) faits de cette catégorie ont été opérés, dont six guérisons et trois morts. BILLROTH est d'avis que la néphrectomie n'est alors qu'un procédé thérapeutique provisoire et qu'il faut chercher d'autres méthodes de traitement moins graves pour guérir ces fistules.

3° Enfin l'ablation d'un rein sain est indiquée dans le cas de rein mobile. Parfois, il est vrai, on parvient à retenir le rein à l'aide de bandages, mais lorsque ces tentatives échouent, le rein mobile tombe en avant et gêne beaucoup les viscères; alors surviennent des troubles gastro-intestinaux graves, la compression peut même entraîner le développement d'un carcinome de l'estomac. C'est en présence de rein mobile contre lequel ont échoué divers moyens thérapeutiques, que le chirurgien doit songer à la néphrectomie. Sur quatorze extirpations faites pour répondre à cette indication (dont sept par MARTIN à Berlin), il y a eu huit guérisons et six morts (dont un cas de BILLROTH). Ce dernier regarde cette indication comme provisoire et il espère qu'un jour on trouvera d'autres procédés pour guérir cette affection.

Pour l'ablation d'un rein malade, il y a trois indications :

1° *Suppuration du rein, pyonéphrose.* — L'opération est ici très grave. Dans vingt-deux (22) cas de cette catégorie, la néphrectomie a donné dix-huit (18) morts. Dans la plupart de ces opérations on a employé la taille lombaire.

2° *Hydronéphrose.* — D'après BILLROTH, cette indication n'est pas tout à fait incontestable, l'hydronéphrose n'étant pas une maladie léthifère, et pouvant guérir par d'autres procédés, comme par exemple les injections d'iode, etc.

Du reste, la plupart des néphrectomies de ce genre ont été faites fortuitement, car on a cru avoir affaire à des kystes des ovaires. Neuf (9) hydronéphroses opérées ont fourni six (6) succès et trois (3) morts.

3° *Néoplasmes.* — Sur les trente-trois (33) opérations de cette catégorie, on compte vingt (20) morts et treize (13) guérisons. Ce résultat n'est pas surprenant si l'on considère que dans ces observations rentrent des extirpations de tumeurs du volume d'une tête d'enfant, chez des individus vieux, atteints de marasme.

BILLROTH se rallie complètement à l'opinion de CZERNY, qui a fait la plupart des néphrectomies, à savoir que la taille lombaire est préférable à la laparotomie. Une incision le long du bord externe du carré des lombes conduit facilement sur le rein.