

La mortalité opératoire est de 13,3 pour 100. Malheureusement, il reste souvent une fistule qui nécessite, pour être comblée, une nouvelle intervention, et il peut se faire une collection purulente périnéphrétique par inoculation de la capsule adipeuse au cours de l'opération. Cette complication sera évitée par la suture de la substance même du rein aux lèvres de la plaie cutanée.

La *néphrectomie* est plus radicale, mais aussi plus dangereuse. La mortalité est de 37,5 pour 100 dans les pyélites non calculeuses. Cependant cette opération devient nécessaire lorsque la néphrotomie n'a pas amené la guérison : c'est alors la néphrectomie secondaire, plus bénigne que la néphrectomie primitive (mortalité, 5,9 pour 100).

La néphrectomie primitive ne doit être pratiquée que si l'on est sûr de l'intégrité du rein du côté opposé.

Cette intégrité peut être recherchée : 1° par le cathétérisme urétéral simple; 2° par l'épreuve du bleu de méthylène, associée au cathétérisme urétéral, qui permet de recueillir séparément l'urine de chaque rein, suivant le procédé de MM. Albarran et Bernard; 3° par le cathétérisme urétéral associé à la recherche, par la méthode cryoscopique, de la concentration moléculaire de l'urine de chaque rein; 4° par le cathétérisme urétéral associé à l'épreuve de la phlorizine, qui permet d'évaluer la valeur fonctionnelle des reins, d'après la quantité de sucre qu'ils éliminent¹.

La voie lombaire est préférable à la voie abdominale.

D'autres opérations ont encore été tentées dans quelques cas : la *néphrectomie partielle* a été employée avec succès pour supprimer une lésion limitée, ou diminuer une poche rénale trop considérable.

Les *opérations plastiques* destinées à rétablir le cours des urines ont été pratiquées ici, comme dans les hydronéphroses.

Marcel LABBÉ.

TUMEURS DU REIN

Le rein peut être le siège de tumeurs bénignes ou malignes.

LES TUMEURS BÉNIGNES (adénome, fibrome, lipome, myxome, etc.)

¹ L. CASPER et P.-F. RICHTER, Ueber funktionelle Nierendiagnostik (*Berliner klinische Wochenschr.*, 16 juillet 1900, p. 643).

ne se révèlent souvent par aucun symptôme et restent pendant fort longtemps absolument latentes, exception faite pour les tumeurs vilieuses, qui peuvent donner lieu à des hématuries profuses; on ne les reconnaît en général que lorsqu'elles ont par leur développement amené une hypertrophie considérable du rein.

Leur traitement est essentiellement chirurgical. L'ablation de la tumeur avec résection partielle du rein serait la méthode de choix, si elle était toujours possible. Elle n'a été jusqu'ici pratiquée que deux fois et avec succès. Dans les cas où elle est impraticable, la néphrectomie est indiquée; elle donne 50 pour 100 de mortalité.

LES TUMEURS MALIGNES du rein (épithéliome, carcinome, sarcome) nécessitent également une opération; malheureusement celle-ci est le plus souvent inefficace et n'empêche pas la tumeur de récidiver et d'amener la mort.

Malgré ces mauvais résultats, la néphrectomie est indiquée : 1° lorsque les douleurs sont intolérables; 2° quand le traitement médical reste inefficace contre des hémorragies répétées et abondantes.

Elle est contre-indiquée : 1° chez les enfants atteints de sarcome, à cause de la gravité que présente chez eux l'intervention opératoire, et de la nullité des résultats obtenus; 2° chez les adultes, dans le cas où il existe des indices de généralisation cancéreuse.

Dans les tumeurs de petit et de moyen volume, la néphrectomie par voie lombaire est préférable à la néphrectomie transpéritonéale, beaucoup plus grave.

Dans les tumeurs très volumineuses, la néphrectomie abdominale est la seule possible.

L'opération peut être curative, si elle est faite à une période assez précoce du cancer rénal, lorsque la tumeur est encore petite et bien localisée. Dans quelques cas, cités par Terrillon, Israël, Kuster, le cancer n'a point récidivé. Le plus souvent, elle n'a qu'une valeur palliative, diminuant les douleurs et arrêtant les hématuries.

Dans les cas où l'intervention chirurgicale est impossible, le médecin doit se borner à soigner les symptômes, et particulièrement les hématuries et la douleur. Le traitement de l'hématurie n'a rien de spécial dans le cancer du rein; nous renvoyons donc à ce qui sera dit du traitement de ce symptôme (voir p. 109).

La douleur sera calmée par des applications calmantes *loco dolenti* et surtout par des injections de morphine.

On a conseillé aussi l'usage du phosphore de zinc en granules, à la dose de 12 à 15 milligrammes par jour; l'arsenic peut être administré sous forme de liqueur de Fowler, à la dose de dix à seize gouttes par jour; l'acide arsénieux ou le cacodylate de sodium sont

très utiles pour soutenir les forces épuisées du malade; dans le cas de tumeur lymphadénique, les préparations arsenicales pourraient même amener la guérison complète.

Marcel LABBÉ.

PARASITES DES REINS

Un certain nombre de parasites, appartenant pour la plupart à la classe des entozoaires, peuvent se localiser dans le rein et y déterminer, par leur présence, des accidents de nature et de gravité variables.

I. L'ÉCHINOQUE est, en nos contrées, le plus fréquent de ces parasites; il donne lieu à la formation de *kystes hydatiques* du rein, dont le principal danger vient de la possibilité d'une rupture.

Pour éviter cet accident, un traitement doit être mis en œuvre. Le traitement médical par l'iodure de potassium, l'essence de térébenthine, les mercuriaux, est absolument sans action, car ces divers médicaments, ne pouvant passer en quantité suffisante à travers la membrane hydatique, n'amènent pas la mort de l'échinocoque.

Le traitement médico-chirurgical consistant en une ponction simple aseptique de la poche avec évacuation complète, ou en une ponction suivie d'injections de liqueur de Van Swieten ou de solution iodo-iodurée, n'a donné que peu de résultats.

Le traitement de choix est chirurgical; il consiste dans l'incision et l'extirpation du kyste par la voie lombaire, s'il est possible de l'atteindre ainsi, ou sinon par la voie transpéritonéale. L'incision du kyste suivie du capitonnage de la poche, suivant le procédé de Delbet, permettrait d'éviter le drainage et les suppurations interminables.

II. Le STRONGLE GÉANT, parasite qui peut atteindre 1 mètre de longueur, se localise au niveau du bassin; il est rare, et l'on n'en connaît que neuf exemples authentiques. Les accidents qu'il provoque (coliques néphrétiques, hématuries, pyélo-néphrite) nécessitent le traitement chirurgical et l'incision du bassin.

III. Le PENTASTOMA DENTICULATUM, un parasite de la classe des arachnides, n'a été que fort rarement rencontré dans le rein de l'homme.

IV. Le BILHARZIA HÆMATOBIA, apporté généralement par l'eau de boisson malpropre, pénètre par l'intestin dans les branches de la veine, puis dans les vaisseaux du rein. Ce parasite est la cause de l'affection désignée sous le nom d'hématurie d'Égypte, très fréquente en ce pays.

Il est plus facile d'éviter cette affection que de la guérir, et, pour cette raison, les habitants des pays où se rencontre ce parasite ne doivent boire que de l'eau bouillie ou filtrée avec soin.

Lorsque la maladie sera déclarée, on essayera les divers médicaments parasitocides, comme l'essence de térébenthine, l'assa fœtida, l'iodure de potassium, mais le plus souvent sans succès.

Marcel LABBÉ.

LITHIASE RÉNALE.

De même que l'histoire de la lithiase vésicale, celle de la lithiase rénale comprend deux grands chapitres : les gravelles *acides* et les gravelles *alcalines*. Les lithiases acides sont primitives, ce sont les plus fréquentes. En général secondaires, à moins qu'elles ne soient d'origine médicamenteuse ou névropathique, ce qui est plus rare, les lithiases alcalines sont le plus souvent une conséquence possible de la suppuration des voies urinaires. La gravelle acide est donc presque exclusivement médicale, tandis que l'autre ressortit plus habituellement à la chirurgie.

On sait que, par le terme de gravelle acide, on entend deux sous-variétés : la gravelle *urique* et la gravelle *oxalique*, dont l'étiologie et le traitement comportent d'assez notables différences. La première, de beaucoup la plus commune, proche parente de la goutte, semble se développer sous l'influence d'une alimentation carnée excessive. La seconde a plutôt tendance à résulter du régime végétarien. Cette distinction doit guider le médecin dès l'orientation première de la thérapeutique. Mais il est des indications générales qui restent indépendantes de la composition chimique des concrétions rénales, et qu'il convient de mettre au premier plan.

La première est prophylactique, elle se propose d'atténuer ou de supprimer, par une hygiène bien entendue, les conditions qui semblent favoriser la genèse des calculs rénaux. Elle trouve son application