

d'une action substitutive, comme les eaux sulfureuses de la Preste, de Molitg, de Saint-Sauveur, de Bagnères-de-Luchon.

Mais il est deux circonstances dans lesquelles il faut renoncer, non seulement aux diurétiques, mais à toute cure hydro-minérale, c'est lorsque les hématuries sont répétées ou la vessie trop excitable ou trop paresseuse.

Traitement chirurgical. — Il est évident que le traitement médical est totalement impuissant contre les cas où l'infection est profonde et la suppuration abondante. Alors, suivant la nature des lésions, leur gravité, leur étendue, on peut avoir recours à différentes sortes d'interventions, que nous ne pouvons ici qu'énumérer.

Rappelons que, d'après M. Tuffier, la *néphrolithotomie* donne une mortalité de 6,1 pour 100, avec persistance de fistules urinaires dans 3,3 pour 100 des cas.

S'il y a pyélo-néphrite suppurée, la mortalité de la *néphrotomie* s'élève à 33,3 pour 100 et des fistules persistent 34,2 fois sur 100.

La *néphrectomie* supprime toute possibilité de fistule urinaire, mais elle ne laisse qu'un seul rein et il est indispensable qu'il soit en état de suffire à la fonction; on conçoit donc combien il est essentiel de s'assurer, avant toute opération, qu'il est, sinon absolument intact, du moins relativement sain. Quand lui-même devient calculeux, la situation est singulièrement compromise. La mortalité de la *néphrectomie* est représentée actuellement par le chiffre de 38,8 pour 100.

A. SALLARD.

HYDRONÉPHROSE

La distension du rein et du bassin par l'urine aseptique peut être produite de diverses manières, qu'il importe de bien connaître, car le traitement de chaque cas d'hydronéphrose varie avec la cause dont il relève.

L'hydronéphrose est *congénitale* ou *acquise*.

Congénitale, elle peut être due à des malformations incompatibles avec l'existence, comme l'oblitération complète de l'appareil urinaire inférieur; la chirurgie est, dans ces cas, absolument inefficace.

Si elle est due à un abouchement anomal ou à une coudure des

uretères, à une disposition irrégulière des vaisseaux, à une mobilité congénitale du rein, elle sera traitée comme l'hydronéphrose acquise.

Le plus grand nombre des hydronéphroses sont *acquises* et dues soit : 1° à la compression de l'uretère par une tumeur pelvienne ou une tumeur de la vessie; 2° à l'oblitération du calibre de l'uretère par un calcul; 3° à la coudure de l'uretère qui complique le rein mobile. Dans ce dernier cas, elle est généralement intermittente.

Lorsque la cause de l'hydronéphrose est connue et que sa suppression est possible, il n'est pas douteux que le meilleur traitement de cette affection soit le traitement pathogénique.

Traitement pathogénique. — Dans certains cas, l'extirpation d'une tumeur de la vessie ou du petit bassin, la fixation d'un rein mobile amèneront la guérison de l'hydronéphrose. Si celle-ci est due à la lithiase rénale, ce qui est rare, car l'oblitération calculeuse de l'uretère donne généralement lieu à une atrophie du rein, l'extraction du calcul par *néphrotomie* devra être tentée.

Malheureusement, dans un grand nombre de cas, la cause de l'hydronéphrose échappe au chirurgien, qui est alors obligé de s'attaquer à la poche fluctuante elle-même. Le traitement n'est plus pathogénique, il est symptomatique.

Traitement symptomatique. — Il faut distinguer, avec M. Tuffier, les cas où l'hydronéphrose est ouverte et ceux où elle est fermée.

A. HYDRONÉPHROSE OUVERTE. — Lorsque l'hydronéphrose est intermittente et variable, et que le liquide qui s'accumule dans la poche s'écoule de temps en temps par les voies naturelles, l'affection peut être guérie par des moyens assez simples. La malaxation de la tumeur permet déjà d'évacuer une partie du liquide et de diminuer la distension du bassin, ce qui favorise la réduction du rein et le redressement de la coudure urétérale. Le cathétérisme urétéral rétrograde permanent ou intermittent (Albarran) peut aussi produire les mêmes résultats.

La cure de l'hydronéphrose est complétée par la fixation artificielle du rein, lorsque la mobilité et le déplacement rénal sont en cause; certaines hydronéphroses intermittentes, accompagnées de crises rénales douloureuses, ont pu être guéries complètement par cette méthode.

B. HYDRONÉPHROSE FERMÉE. — Lorsque l'hydronéphrose est fermée et invariable, et que sa cause est inconnue ou ne peut être atteinte directement, il est nécessaire de recourir à la grande chirurgie.

En effet, le cathétérisme urétéral est impossible dans ces cas.

La ponction simple n'est qu'un moyen palliatif; elle n'a donné de résultats définitifs que dans certaines hydronéphroses dites traumatiques qui, suivant M. Tuffier, ne sont pas des hydronéphroses vraies, mais des épanchements urinaires en dehors du rein.

Suivant les indications qui se présentent, trois procédés opératoires peuvent être employés :

1° Dans la plupart des cas, le siège de l'obstacle se trouve au niveau de l'extrémité supérieure de l'uretère, près du rein. Cet obstacle pourra être facilement atteint et traité directement : s'il s'agit d'une valvule ou d'un rétrécissement à l'entrée de l'uretère, on le sectionne; s'il s'agit d'une coudure ou d'un obstacle d'autre nature, on sectionne l'uretère au-dessous de l'obstacle et on abouche l'extrémité supérieure de ce conduit à la partie inférieure du bassin : c'est l'*urétéro-pyélonéostomie*.

Lorsque l'obstacle siège à la partie inférieure de l'uretère, on pratique l'*urétérotomie* simple ou la greffe vésicale de l'uretère, sectionné au-dessus de l'obstacle.

Ces opérations ne sont pas toujours suffisantes, et l'on est parfois obligé d'avoir recours à l'incision ou à l'extirpation du rein.

2° Si l'étiologie ou les symptômes de l'affection font soupçonner la bilatéralité des lésions, si l'on craint que le rein du côté opposé ne manque ou qu'il ne fonctionne plus, la *néphrotomie lombaire* est indiquée.

La capsule du rein, quelquefois aussi l'uretère, est fixée à la peau. Au cours de l'opération, on explorera par le cathétérisme la perméabilité de l'uretère.

Cette opération ménage la vie du patient, au cas où les lésions seraient bilatérales. Dans les jours qui suivent l'intervention, l'écoulement d'urine par la plaie lombaire et par la vessie rend compte de l'état du rein du côté de l'hydronéphrose et du rein du côté opposé. Souvent la néphrotomie est suivie de l'écoulement d'une urine abondante et riche en principes excrémentitiels, indiquant que le rein fonctionne encore suffisamment.

L'inconvénient de la néphrotomie vient de ce qu'elle laisse une fistule persistante et que la poche rénale ouverte à la peau s'infecte avec la plus grande facilité, de sorte que l'on est obligé de recourir secondairement à la néphrectomie.

D'après la statistique de M. Tuffier, elle donne 18,8 pour 100 de morts et laisse 66,6 pour 100 de fistules.

3° Pour éviter la suppuration de la poche rénale après la néphrotomie, M. Tuffier recommande la *néphrectomie secondaire précoce*, pratiquée aussi peu de temps que possible après la néphrotomie, dès qu'on se sera rendu compte de l'intégrité fonctionnelle du rein

du côté opposé. Les statistiques montrent la bénignité relative de cette intervention.

Dans les cas où l'hydronéphrose atteint un volume considérable, où l'oblitération de l'uretère est définitive, ce dont on se rend compte par la fixité du volume de la tumeur, même après malaxation, et par le cathétérisme urétéral, si les urines excrétées indiquent par leur qualité et leur quantité l'intégrité du second rein, la *néphrectomie primitive* s'impose. La voie abdominale permet de se rendre compte, au moment même de l'opération, de l'état des reins, mais la voie lombaire est moins dangereuse. La statistique de M. Tuffier donne 25,8 pour 100 de mortalité dans la néphrectomie par voie abdominale et 6,4 pour 100 dans la néphrectomie lombaire.

Marcel LABBÉ.

PÉRINÉPHRITE

L'inflammation de l'enveloppe cellulo-graisseuse du rein est le plus souvent consécutive à une infection rénale et surtout à une pyélonéphrite. Les autres lésions rénales (plaies, contusions, kyste hydatique, tuberculose, etc.) peuvent lui donner lieu, lorsque le foyer a été secondairement infecté.

L'inflammation peut encore être consécutive à des suppurations d'origine biliaire ou intestinale. Elle peut enfin se montrer comme une détermination locale au cours des maladies infectieuses.

De l'étude de ces causes se déduit la **prophylaxie** de la périnéphrite.

Soigner de bonne heure les infections urinaires ascendantes, éviter toute cause d'infection, comme le cathétérisme malpropre, chez les sujets atteints de maladies rénales, tels sont les meilleurs moyens d'éviter la périnéphrite.

La périnéphrite peut être *scléreuse*, *fibro-lipomateuse* ou *suppurée*. Cette dernière variété seule est importante au point de vue du traitement.

Traitement curatif. — La thérapeutique de la périnéphrite est toute chirurgicale. A la première période seulement, lorsque le diagnostic est encore incertain, il est permis de temporiser; de grands