

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

bains chauds seront utiles pour calmer les douleurs. Mais il ne faut pas espérer la résolution de la périnéphrite par ce traitement.

Lorsqu'il existe une tuméfaction lombaire, avec empâtement, douleur et fièvre, il est nécessaire d'intervenir rapidement; le diagnostic peut être vérifié d'abord au moyen d'une ponction exploratrice; mais on ne doit point attacher une trop grande importance à celle-ci, car elle peut être négative, alors qu'il existe un phlegmon périnéphrétique.

L'intervention chirurgicale doit être aussi large et aussi précoce que possible. M. Tuffier la décrit ainsi : Le malade est placé dans le décubitus latéral, sur le côté sain; l'incision doit être faite au bistouri; elle doit être verticale et passer en dehors de la masse sacro-lombaire. Le foyer évacué et détergé, il est nécessaire de sectionner les cloisons, qui peuvent faire une série de loges dans le foyer, puis d'explorer les organes incisés, et surtout le rein. Pour cela, un ou deux doigts sont introduits dans la plaie, pendant que l'autre main, appliquée sur la paroi abdominale, refoule la région antérieure de l'abcès au-devant du doigt introduit dans la plaie. Le rein bien exploré, un drainage ou tamponnement antiseptique est établi.

Un certain nombre de complications peuvent se présenter :

1° L'abcès périnéphrétique s'est mis en communication avec un organe voisin. S'il est ouvert dans les bronches, il est permis de temporiser, car la guérison spontanée est possible.

S'il est ouvert dans un autre organe, les indications opératoires sont fondées sur l'état général du malade; quand l'évacuation se fait bien et qu'il n'y a pas de fièvre hectique indiquant une rétention de pus, l'expectation est indiquée. Mais, quand l'évacuation imparfaite amène de la fièvre et de l'amaigrissement, il faut assurer l'écoulement facile du pus par une incision qui permettra souvent à la fistule viscérale de se fermer.

2° L'abcès périnéphrétique est ouvert à la peau, mais il s'est formé une fistule persistante. Généralement l'abcès rénal et l'abcès périrénal sont en communication l'un avec l'autre, de sorte que l'urine s'écoule par la fistule. Une intervention chirurgicale s'impose, mais ses indications sont fondées sur l'examen fonctionnel du rein et de l'uretère.

Si la fistule laisse écouler de l'urine seule, et si l'uretère est perméable, l'opération de choix est l'extirpation du trajet fistuleux et la réunion immédiate du parenchyme rénal, après avivement des lèvres de la plaie.

Si l'uretère est oblitéré, et si le rein du côté opposé est sain, la néphrectomie sous-capsulaire s'impose; dans ces conditions, elle ne donne que 5,9 pour 100 de mortalité. Mais, si l'on soupçonne une affec-

tion du rein du côté opposé, on ne peut que laisser persister la fistule.

Si la fistule laisse écouler à la fois de l'urine et du pus, la fermeture des trajets n'est plus possible; il faut donc, si le rein du côté opposé est sain, recourir à la néphrectomie; s'il est altéré, se contenter d'ouvrir les foyers purulents périrénaux qui entretiennent la fistule, et de les tamponner avec des bandelettes de gaze iodoformée.

Marcel LABBÉ.

REIN MOBILE

Le *rein mobile* est une infirmité extrêmement fréquente chez la femme; d'après les recherches de F. Glénard, on rencontrerait un rein mobile au moins sur cinq femmes, tandis qu'on ne rencontre qu'un rein mobile sur trente-sept hommes.

La néphroptose s'observe beaucoup plus souvent à droite qu'à gauche, à cause de la pression du foie, et lorsqu'elle est bilatérale, le rein droit est presque toujours plus fortement déplacé que le rein gauche.

On peut admettre avec M. Tuffier qu'il existe deux principaux types de rein mobile : 1° l'un, le *rein mobile simple*, est une véritable *hernie de force*, préparée peut-être par une insuffisance des ligaments du rein, et due à un effort brusque ou à un traumatisme;

2° L'autre, le *rein mobile compliqué*, est une vraie *hernie de faiblesse*, qui relève entièrement de l'insuffisance des ligaments abdominaux, et qui n'est qu'un épisode de l'entéroptose.

Cette division pathogénique constitue la base de la thérapeutique du rein mobile; les indications du traitement sont absolument distinctes dans les deux cas.

Prophylaxie. — Il est nécessaire de connaître les principales causes qui produisent le rein mobile pour pouvoir instituer une hygiène prophylactique rationnelle de cette affection.

La néphroptose peut être produite par une hypertrophie congestive ou néoplasique de la glande hépatique qui vient presser de haut en bas sur le rein droit et le chasser de sa loge celluloso-adipeuse, mais c'est là une cause exceptionnelle.