

la mort en est toujours la conséquence, bien qu'elle ne survienne souvent qu'au bout de 10 ans et même davantage.

La maladie se termine par la guérison, dans les cas de gravelle et de petites concrétions qui peuvent passer par les uretères, pourvu toutefois que la formation des calculs s'arrête spontanément ou à la suite d'un traitement convenable. D'autre part, les calculs volumineux peuvent déterminer une destruction complète de la substance glandulaire du rein malade, suivie de la disparition de tous les symptômes.

§ 255. — Le **traitement** a pour but de prévenir la formation du sable et des graviers d'origine rénale, de faire sortir les dépôts déjà formés, et de mettre fin aux symptômes et aux états pathologiques résultant de la présence des calculs.

Nous avons déjà mentionné, à propos des calculs de la vessie, les mesures à prendre pour remplir la première indication. Pour combattre les symptômes douloureux, on a recours principalement aux substances narcotiques, surtout à l'opium et à la morphine, ainsi qu'au chloral. Dans les cas graves on peut se servir, avec précaution, des inhalations de chloroforme, et les bains tièdes seront utiles dans les accès de longue durée. SIMPSON a réussi dans deux cas à dégager des concrétions arrêtées dans les uretères, en faisant placer le malade la tête en bas, et en exerçant des frictions sur le côté affecté; les graviers retombaient ainsi dans le bassin dilaté. Dans les cas de danger imminent, dû à l'obstruction simultanée des deux uretères par des calculs, GIGON a conseillé d'arriver sur l'un des uretères (surtout le gauche) et de l'inciser, et il a même décrit une méthode opératoire (urétérotomie). Cette idée n'a pas encore été, que je sache, mise en pratique. Quant aux abcès périnéphrétiques, ils doivent être incisés le plus tôt possible. Nous ferons connaître plus loin le traitement de la pyélite.

Autrefois on ne se décidait à **extraire les calculs rénaux** que lorsqu'il s'était formé une tumeur saillante, fluctuante, à contenu purulent, et que l'on avait constaté en même temps les autres symptômes de la néphrolithiase. On pratiquait une incision profonde à travers la peau et les muscles, jusque dans le sac dilaté (hydronéphrose) contenant à peine encore des traces de substance rénale; puis on faisait l'extraction des calculs. TROJA connaît 5 cas opérés ainsi de son temps, et il n'y a pas longtemps qu'une opération semblable a été pratiquée par DAWSON.

C'est à G. SIMON que nous devons la délimitation exacte des indications, soit de l'incision du rein, ou **néphrotomie**, soit de la **néphrectomie** ou de l'extirpation de la glande rénale affectée de néphrolithiase.

L'incision du rein suivie de l'extraction du calcul doit être pratiquée dans les cas où, par suite de la rétention de l'urine, la substance rénale a disparu au point que la glande ne forme plus qu'une poche que l'on peut ouvrir, sans avoir à craindre d'hémorragie. La guérison s'opère

de la profondeur à la surface, et la plaie doit être maintenue longtemps ouverte. *Lorsque la substance rénale est conservée d'une façon plus ou moins complète, et que le calcul détermine des troubles très-notables, on a alors recours à l'extirpation du rein malade. Comme on ne parvient pas toujours à reconnaître la présence de calculs par la palpation du rein mis à nu (DURHAM et GUNN, SIMON, CZERNY), on aura soin, avant de pratiquer l'extirpation de la glande rénale, de vérifier le diagnostic par une ponction exploratrice à l'aide de fines et longues aiguilles.*

Pour pratiquer la **néphrectomie**, on fait une incision de la peau longue de 8 à 10 centimètres, dirigée verticalement le long du bord externe de la masse sacro-lombaire, et commençant sur la 11^e côte, pour se terminer au milieu de l'espace compris entre la crête iliaque et le bord inférieur de la 12^e côte. Après avoir divisé la couche adipeuse sous-cutanée et les fibres du grand dorsal, on sectionne le feuillet postérieur de l'aponévrose de la masse sacro-lombaire, dont on met à nu le bord externe; à l'aide d'un crochet mousse, on attire ce dernier en dedans, tandis qu'un second crochet écarte en dehors le bord externe de l'incision. On pénètre ensuite plus profondément dans toute l'étendue de la plaie et l'on incise le feuillet antérieur de l'aponévrose sacro-lombaire. Après avoir divisé la mince couche du muscle carré des lombes, on arrive sur l'aponévrose du transverse, que l'on incise avec précaution, et alors apparaît dans la profondeur de la plaie l'extrémité inférieure de l'enveloppe adipeuse du rein. Les artères que l'on a dû diviser jusqu'ici sont la 12^e intercostale, ainsi que la 1^{re} lombaire située en arrière du muscle carré des lombes. Le rein mis à nu doit être alors détaché avec de grandes précautions à l'aide des doigts ou d'instruments mousses et attiré hors de sa loge située au-dessous des trois dernières côtes. On applique une forte ligature en masse autour des vaisseaux rénaux et de l'uretère, et l'on fait l'excision de la glande en laissant toutefois une portion destinée à empêcher la ligature de glisser. La résection des côtes doit être évitée, car elle pourrait facilement déterminer une lésion de la plèvre. Pour le traitement consécutif de la plaie, on ne saurait trop recommander un bon drainage et l'application de la méthode LISTER.

Si, dans la néphrolithiase unilatérale, l'extirpation du rein malade est actuellement tout aussi justifiée que l'ovariotomie, nous le devons à G. SIMON, qui, avec un soin tout particulier, s'est efforcé de trancher les diverses questions qui se rattachent à cette partie de la chirurgie. A une certaine période, tous les autres moyens de traitement restent sans efficacité pour combattre une maladie qui conduit fatalement à la mort au bout d'un temps plus ou moins long, après avoir causé au malade les plus vives souffrances.

b. Pyélite et pyélonéphrite.

§ 256. — **L'inflammation suppurée du bassin et des reins**