

compte, je n'en opère qu'une proportion relativement peu élevée : on vit parfaitement pendant des années avec un rein malade, à la condition de se soumettre aux règles d'une hygiène sévère.

Dans les formes tuberculeuses, ce qui commande l'intervention, c'est la marche de l'affection, son relâchissement sur l'état général du malade, et aussi, je vous le répète, l'état du rein opposé. Chez notre malade, tout ayant été bien considéré à ces différents points de vue, je vais intervenir. Comment ? Autrefois, c'eût été la *néphrotomie*, l'ouverture du rein comme un banal abcès, avec un drainage consécutif. Opération de nécessité, pis aller, qui, nécessaire et indispensable dans certains états aigus ou dans certaines hésitations sur la valeur du rein du côté opposé, laisse toujours après elle une fistule interminable et une suppuration intarissable. Ici, les recherches de laboratoire complémentaires de l'examen clinique nous permettent de faire mieux.

L'opération de choix, c'est la néphrectomie ; c'est celle que je vais pratiquer chez notre sujet. Il n'y a qu'un cas où la néphrotomie, dans de pareilles circonstances, doit être employée préalablement à une néphrectomie ultérieure, c'est quand il s'agit d'une pyélonéphrite avec énorme distension, et telle que les délabrements de l'extirpation du rein seraient trop étendus pour pouvoir être supportés par le sujet ; la néphrectomie n'est alors possible que quand, l'abcès ayant été évacué, le volume de l'organe s'est lui-même réduit dans des proportions qui le rendent facilement abordable et extirpable.

(L'opération, faite après cette leçon, a montré une pyélonéphrite tuberculeuse avec de gros noyaux casseux et, fait curieux, des calculs rameux du bassinet, calculs uniques *primitifs* à robe blanche de lithiasèse secondaire. La malade est actuellement guérie.)