

maintenus par des éponges ou des compresses aseptiques. Le feuillet péritonéal qui recouvre la tumeur est incisé en dehors du côlon dans une hauteur suffisante, variable d'ailleurs avec le volume du rein; les vaisseaux qui rampent à sa surface sont liés au fur et à mesure. A l'aide des doigts d'abord, et de la main ensuite, la face antérieure de la tumeur est dégagée, puis le bord externe, les extrémités, et enfin la face postérieure jusqu'au hile. Cette décortication ne se fait pas toujours sans difficultés; elle nécessite le pincement de nombreux vaisseaux, elle est pénible, lente et laborieuse quand il y a peu ou beaucoup de périnéphrite. Avec de la patience et de la prudence on en vient à bout.

3° *Traitement du pédicule.* — Une fois opérée la décortication, il reste à placer un fil ou deux sur le pédicule et à le serrer. La ligature du pédicule se fait comme pour la néphrectomie lombaire; la ligature en masse est réservée aux cas pour lesquels on ne peut pas faire autrement, mais en général il est préférable de lier les vaisseaux et l'uretère séparément.

La conduite à tenir par rapport à l'uretère et à la plaie du péritoine postérieur varie suivant qu'il s'agit d'une lésion septique ou non.

Si la lésion est septique, il y aurait danger à laisser au plus profond de la cavité péritonéale un uretère infecté et susceptible d'inoculer la

séreuse. Il y aurait danger de même à ne pas drainer; aussi Morris a-t-il proposé de fixer l'uretère sectionné à une boutonnière lombaire, par laquelle on établit en même temps un drainage. Thornton, au contraire, et cela semble préférable, conseille de fixer l'uretère à la lèvre inférieure de la plaie abdominale antérieure. Le mode de drainage, inauguré par M. Terrier en 1887, est encore bien supérieur: c'est à partir de ce moment que la néphrectomie a pris et mérité le nom de *transpéritonéale*. Terrier<sup>1</sup> suture les lèvres de l'incision péritonéale postérieure aux bords de l'incision antérieure; la cavité résultant de l'ablation du rein se trouve ainsi en communication directe avec l'extérieur; elle est isolée de la cavité péritonéale, et peut être drainée à la Mickulics, sans qu'il y ait danger d'infection de la séreuse. Cette méthode de drainage pour la plaie rétropéritonéale a été généralement adoptée par tous les chirurgiens et on lui reconnaît beaucoup d'avantages; elle est infiniment supérieure à la boutonnière lombaire, adoptée et recommandée cependant par Barwell, par Ruhston, Parker, Weelhouse, Palmer, mais en France à peu près abandonnée.

Le drainage par les tubes ou la gaze sera maintenu tant qu'il persiste un reste de cavité; la gaze

1. TERRIER, *Sur un nouveau procédé de néphrectomie.* Bull. de la Soc. de chir., juillet 1887, p. 175.

est enlevée dès le deuxième ou troisième jour, les tubes restent quelque temps encore, mais, en général, la cavité ne met pas un long temps à se fermer complètement.

Si la lésion est aseptique, l'uretère peut être abandonné sans danger après la ligature, et la plaie péritonéale postérieure fermée sans inconvénients. Dans ces conditions, le drainage n'est plus nécessaire; la fermeture de la plaie péritonéale profonde n'est même plus indispensable. C'est au moins ce qui résulte d'une discussion récente à la Société de chirurgie de Paris<sup>1</sup>, au cours de laquelle MM. Monod, Tuffier, Lucas-Championnière, Reclus, Bouilly ont cité des observations de néphrectomies transpéritonéales suivies de guérison sans drainage, avec ou sans fermeture du péritoine profond. L'opération, dans ces cas, est terminée par la suture de la plaie antérieure comme dans la laparotomie ordinaire.

## II

### DES SUITES OPÉRATOIRES

A la suite de l'opération, on note en général un état de dépression assez marqué, mais qui ne dure

1. *Semaine médicale*, 1893, p. 251.

pas; on a encore observé des troubles nerveux réflexes, tels que la paralysie temporaire du plexus brachial du côté lésé (Ollier), la fréquence exagérée du pouls (Le Dentu). Parmi les conséquences immédiates de la néphrectomie, il en est deux qui ont une importance et un intérêt tout particuliers: ce sont les troubles de la sécrétion urinaire et l'hypertrophie compensatrice.

1° *Modifications de la sécrétion urinaire.* — Les deux premiers jours après l'opération, il se produit une diminution très notable dans la quantité des urines (100 à 200 grammes en 24 heures); puis la reprise se fait, mais la quantité à peu près normale (1000 à 1200 grammes) n'est atteinte que du sixième au dixième jour. Le taux de l'urée et des matières extractives qu'elles contiennent varie avec la quantité de ces urines. Sous ce rapport d'ailleurs, tout dépend de l'état antérieur de l'autre rein et de la faculté plus ou moins grande qu'il a de suppléer le rein enlevé. Si la suppléance ne se fait pas, les urines se suppriment et la mort survient rapidement par anurie.

2° *Hypertrophie compensatrice.* — Après Rayer, après Simon, Tuffier<sup>1</sup> a étudié expérimentalement

1. TUFFIER, *Études expérimentales sur la chirurgie du rein*, Paris, Steinheil, 1888.

le processus de la régénération rénale et est arrivé aux conclusions suivantes : « L'hypertrophie compensatrice n'a lieu que dans les cas où le rein, en partie ou en totalité, est normal. S'il est atteint de néphrite parenchymateuse, ce processus manque, et c'est peut-être la cause de la mort après la néphrectomie, quand le rein du côté opposé est altéré. La quantité de parenchyme rénal nécessaire à la vie est égale environ au quart du poids du rein que nous possédons. Un moignon du rein sain égal à ce poids suffit à refaire une quantité de parenchyme égale au poids total du rein. Cette hypertrophie est due en partie à l'augmentation de volume des anciens éléments du rein, comme Perl l'avait vu le premier, et en partie à une régénération par bourgeonnement vasculaire, comme Lorenz l'a aussi constaté, venant des vaisseaux anciens et formant de nouveaux glomérules. »

5° *Des fistules après la néphrectomie.* — Il est rare qu'il persiste une fistule après la néphrectomie; la proportion de cette complication est tout au plus de 2 1/2 pour 100 (Tuffier). En général, dans les quelques mois qui suivent une néphrectomie pour affection suppurative du rein, il persiste une fistule pendant un certain temps, mais celle-ci n'est que temporaire et se ferme d'elle-même en quelques mois. Ces fistules tiennent à deux causes :

à l'état de la loge périrénale et à l'infection de l'uretère.

Lorsqu'il y a périnéphrite, la poche est dure, scléreuse; elle ne peut facilement se combler, les parois ne s'affaissent plus et la suppuration persiste un certain temps. D'autres fois c'est l'uretère qui, déjà infecté, continue à suppurer en même temps qu'il reste dilaté; la persistance de ces lésions de l'uretère a conduit à l'uretérectomie.

### III

#### RÉSULTATS OPÉRATOIRES.

La néphrectomie est une opération grave; les lésions fréquentes de l'autre rein sont les facteurs principaux de cette gravité. Les premières statistiques, celles de Gross, de Brodeur entre autres, étaient chargées de tous les insuccès des premiers débuts; et la mortalité dans les statistiques plus récentes, basées sur des observations plus précises, se compte par des chiffres beaucoup plus faibles. Sur 371 néphrectomies primitives faites pour altérations diverses, Tuffier<sup>1</sup> trouve une mortalité de 36,8 pour 100 (28,4 pour la néphrectomie lombaire, 44,1 pour la néphrectomie abdominale). La

1. TUFFIER, *Traité de chirurgie*, t. VII.

néphrectomie secondaire ne donne que 9,2 pour 100 de morts.

La néphrectomie est donc toujours beaucoup plus grave que la néphrotomie, et cette gravité doit être toujours présente à l'esprit quand se discutent les indications relatives de l'une et de l'autre opération. L'avenir, sans doute, donnera de plus sûrs moyens de connaître l'état du rein opposé; c'est dans cette notion que réside le succès de la néphrectomie.

Quand un néphrectomisé a guéri, la survie peut être longue, et le malade peut vivre avec un seul rein, d'une santé parfaite et sans aucun incident. Une malade de Brun est un bel exemple de cette tolérance remarquable de l'organisme pour la suppression d'un rein, quand l'état du congénère le permet : à la suite de la néphrectomie, elle a pu fournir sans complication les frais d'une grossesse et d'un accouchement normal.

## CHAPITRE II

### DES OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR L'URETÈRE

L'uretère, conduit excréteur du rein, s'étend du hile rénal où il commence jusqu'à la vessie. Dans son trajet il traverse la région lombaire, croise le détroit supérieur au niveau de l'articulation sacro-iliaque, et chemine ensuite sous le péritoine pelvien jusqu'à la vessie. La *palpation* ne donne de renseignements utilisables que si l'uretère est sensible ou augmenté de volume. Son origine correspond à peu près à une ligne parallèle à l'axe du corps passant à la jonction du tiers interne de l'arcade crurale avec les deux tiers externes. Au niveau du détroit supérieur, on le trouve à l'intersection de deux lignes, l'une bi-iliaque transversale passant par les deux épines iliaques antérieure et supérieure, l'autre verticale passant par l'épine pubienne.

La portion terminale, on l'explore à l'aide du toucher rectal chez l'homme, à l'aide du toucher vaginal chez la femme. Par le vagin on sent l'ure-