

On fera une longue incision oblique, ou recto-curviligne, de manière à se donner un grand jour. Arrivé sur le rein, on le dépouillera bien de son atmosphère adipeuse, et on redoublera de soins en approchant du hile. Lorsqu'on opère pour une tumeur maligne, il est prudent de suivre le conseil d'Israël et d'extirper la graisse péri-rénale. Avant de s'occuper des vaisseaux du pédicule, on cherchera l'uretère, qu'on sectionnera entre deux ligatures au catgut (on fixera à la fin de l'opération le bout vésical de l'uretère à l'extrémité inférieure de la plaie, lorsqu'il s'agit d'une lésion septique).

Lorsque l'uretère est sectionné, on peut, avec les doigts, beaucoup réduire le volume du pédicule en le dépouillant bien de la graisse. Dans certains cas il est facile, avant d'enlever le rein, de lier le pédicule en deux moitiés supérieure et inférieure; d'autres fois il est plus commode de placer une forte pince à pression courbe sur le pédicule, et d'enlever le rein avant de lier les vaisseaux. En exceptant les cas de pédicule très épais, que je lie avec de la soie ronde, je me sers de gros fil de catgut n° 4 ou 5. Pour faire la ligature du pédicule je passe avec une aiguille mousse, entre deux vaisseaux, un fil double et je lie, sans entrecroiser les fils, les deux moitiés supérieure et inférieure du paquet vasculaire; lorsque le clamp a été enlevé, ou si je n'ai pas mis de clamp lorsque le rein est extirpé, je cherche sur la tranche du pédicule la section des différentes branches vasculaires, et je place sur chacune une ligature avec du catgut n° 2.

Après l'extirpation du rein il reste une très large cavité; on la rétrécit par des points musculaires et par des sutures cutanées, et on fait le drainage avec de la gaze aseptique seule, ou en y ajoutant des tubes de caoutchouc.

Néphrectomie sous-capsulaire (Ollier). — Cette opération est d'une exécution facile; elle se trouve indiquée lorsque des adhérences inflammatoires rendent dangereuse la néphrectomie ordinaire. On arrive rapidement sur le rein, on incise sa capsule propre, et c'est au-dessous de cette capsule, entre elle et le parenchyme, qu'on décortique le rein. La décortication est des plus faciles, et on arrive rapidement sur le pédicule qu'on embrasse avec un clamp. Le rein enlevé, on fait la ligature du pédicule avec de la soie: comme ce pédicule est court, on peut ne pas parvenir à placer bien la ligature, et, dans ce cas, on laissera à demeure la pince pendant quarante-huit heures au moins.

A la suite de la néphrectomie sous-capsulaire, il reste une cavité à parois rigides qui se rétrécit lentement: la guérison est plus longue que dans les néphrectomies extra-capsulaires. Cette opération peut être avantageuse dans certains cas de lésions suppurées; elle donne facilement lieu à la formation de fistules interminables en cas de tuberculose, et doit être proscrite absolument dans les tumeurs malignes du rein.

CHIRURGIE DE L'URÈTÈRE

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES

Les lésions traumatiques de l'uretère doivent être divisées en *ruptures sous-cutanées* et *plaies* proprement dites.

1° RUPTURES SOUS-CUTANÉES.

Ce sont des accidents très rares. Cette rareté s'explique par la situation profonde des uretères, leur petitesse, leur mobilité et la grande résistance de leurs parois. Les faits rapportés peuvent, selon M. Le Dentu (1), être rangés dans les catégories suivantes. Une première série comprend les observations précises de Hilton, Poland, Stanley, confirmées par l'autopsie qui montra une rupture de l'uretère au niveau du bassin. Dans la deuxième catégorie, la néphrectomie montra que le rein n'était pas lésé, sans préciser sur quel point des voies d'excrétion de l'urine portait la déchirure (observations de Bardenheuer, Barker, Godlee, Chaput). Un troisième groupe, plus douteux encore au point de vue du siège de la lésion, est formé par les cas suivis de guérison après la ponction ou le drainage (Stanley, Joel, Hicks, Croft, Cabot). Dans deux cas, à l'autopsie faite longtemps après l'accident, on a trouvé, soit une oblitération (Hariland), soit une cicatrice (Soller) de l'uretère; mais il n'est pas prouvé que ces lésions ne soient pas la conséquence d'une périurétérite scléreuse. Enfin, dans un cas de Duménil (de Rouen) la rupture de l'uretère fut simplement présumée en raison de la formation d'une collection dont l'incision fut suivie de l'établissement d'une fistule urinaire; dans un autre de Vigneron, le diagnostic reposa sur la constatation d'une douleur et d'un empatement localisés en un point du trajet de l'uretère et sur l'apparition de quelques hématuries. W. Page a publié un fait plus douteux.

Ces ruptures succèdent à des contusions lombaires ou abdominales et se produisent soit par le mécanisme de l'arrachement

(1) LE DENTU, Affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules sur-rénales.