

Si nous établissons les mêmes divisions que pour la néphrotomie, nous arrivons aux résultats suivants :

NÉPHRECTOMIES LOMBAIRES		NÉPHRECTOMIES TRANSPÉRITONÉALES	
112 suppurations (51 pyérites, 71 pyérites non calculeuses) . . . . .	55,9 pour 100.	53 suppurations (16 pyérites calculeuses, 19 pyérites simples) . . . . .	45,2 pour 100.
21 collections aseptiques (16 hydronéphroses, 5 kystes) . . . . .	25,9 —	49 collections aseptiques (25 hydronéphroses, 24 kystes) . . . . .	52,4 —
21 tumeurs . . . . .	21,2 —	66 tumeurs . . . . .	59 —
46 reins tuberculeux . . . . .	28,2 —	11 reins tuberculeux . . . . .	56,5 —

La néphrectomie secondaire, pratiquée dans 56 cas, ne donne que 9,2 pour 100 de mortalité, dont voici le détail :

25 suppurations (8 pyérites calculeuses, 17 pyérites simples) . . . . .	41,9 pour 100.
3 collections aseptiques (hydronéphrose) . . . . .	0,0 —
8 reins tuberculeux . . . . .	25 —

L'ablation du rein est une opération qui mérite de rester dans la pratique chirurgicale. Elle est plus grave que la néphrotomie, même si l'on ajoute à cette dernière la mortalité due aux opérations nécessitées par la persistance d'une fistule rénale. Ce qui charge la statistique de cette opération, c'est en somme la bilatéralité des lésions. La conclusion s'impose : toutes les fois qu'il reste un doute sur l'état du rein du côté opposé, il est préférable de faire d'abord l'incision rénale. La *néphrectomie lombaire*, surtout par la méthode sous-capsulaire, est l'opération de choix ; en lui adjoignant le *morcellement*, on arrivera à élargir le cadre de ses indications. La *voie abdominale*, la *laparo-néphrectomie*, mérite la préférence pour les grosses tumeurs, surtout si elles sont aseptiques. La *néphrectomie secondaire* est une excellente opération. Il en est de même des *ablations partielles* du rein.

Si nous voulons maintenant envisager plus largement cette question, nous pouvons opposer l'insuffisance de nos moyens de diagnostic à la puissance de nos moyens opératoires. C'est donc encore vers la clinique, vers la recherche patiente et méthodique de l'état anatomique et physiologique des deux glandes rénales, qu'il faut diriger nos recherches.

**Néphro-urétérectomie.** — Pratiquée seulement dans une dizaine de cas, elle consiste à enlever partie ou totalité de l'uretère avec le rein. Elle a été employée par Küster, Regnier, Poncet, Tuffier. On en trouvera plus loin le manuel opératoire (Voy. *Opérations sur l'uretère*, p. 461).

## IV

## NÉPHRORRAPHIE

On désigne sous ce nom l'opération qui consiste à fixer un rein normal ou ne présentant d'autre altération que sa mobilité. Depuis l'appellation donnée à la fixation de l'utérus, *hystéropexie*, on appelle la fixation du rein *néphropexie*.

Cette opération, imaginée par Hahn en 1881, est entrée rapidement dans la pratique, et l'on en compte aujourd'hui plusieurs centaines de cas. De nombreux travaux ont été faits sur cette question<sup>(1)</sup>.

(1) Voy. pour la bibliographie le chapitre XI, REIN MOBILE, p. 570.

Le manuel opératoire généralement adopté consiste à ouvrir la région lombaire et à fixer le rein à la 12<sup>e</sup> côte et aux aponévroses profondes. Hahn avait d'abord conseillé la simple fixation de la capsule graisseuse : les échecs successifs de ce procédé l'ont fait abandonner. Bassini fixe la capsule propre ; Ceccherelli passe ses fils dans le rein ; Duret les passe à la fois dans la couche graisseuse et dans le parenchyme<sup>(1)</sup> ; Jonnesco supprime les fils perdus. J'ai abandonné mon procédé de fixation du rein *entre les plans musculaires*, réédité par plusieurs auteurs ; c'est une mauvaise méthode qui, chez la femme, ne permet pas la constriction de la taille ou même le simple port de vêtements à ce niveau. Je ne crois pas plus utile l'opération complexe de Poulet et Vuilliet.

Voici la technique que j'ai suivie dans tous les cas. Situation du malade en décubitus latéral sur le côté sain, incision lombaire légèrement oblique de la 11<sup>e</sup> côte à la crête iliaque, à 4 grands travers de doigt des apophyses épineuses ; sections musculaires successives ; dissociation lente et souvent pénible de la capsule graisseuse, le rein étant refoulé et fixé par un aide. L'organe mis à nu, dans toute l'étendue de son bord convexe et des deux faces adjacentes, on passe un fil de gros catgut en plein parenchyme, dans sa partie inférieure, de façon à fixer et à amener l'organe entre les lèvres écartées de la plaie. On agit de même à son extrémité supérieure, à environ 4 centimètres du sommet du rein ; puis, sur la face postérieure et le bord convexe, on dissèque la capsule propre de Malpighi, de façon à aviver ainsi le parenchyme cortical. Le léger suintement sanguin qui suit cette dissection est arrêté par la compression ; on place alors un troisième fil au milieu du rein, en pleine substance rénale. Ces trois fils passés avec l'aiguille coudée de Reverdin sont simples ou doubles. Les substances employées sont le catgut ou les tendons de kangaroo, qui se résorbent moins vite. Ces fils sont fixés, les supérieurs au périoste de la face externe de la 12<sup>e</sup> côte, les moyens deux à deux à l'extrémité supérieure de l'incision aponévrotique profonde, les inférieurs à cette même aponévrose. Ils sont serrés modérément, de façon à ne pas couper le parenchyme et à affronter la partie avivée à la paroi musculaire. Le rein ainsi fixé est au-dessous de sa situation normale, qu'il est impossible de lui rendre sans perforer le diaphragme. Les différentes sections musculaires sont suturées en trois étages au catgut et la peau réunie au crin de Florence sans aucun drainage. Pansement classique, gaze aseptique et ouate stérilisée. (Voy. le Manuel opératoire et les Dessins dans TUFFIER, *Chir. expér. du rein.*)

(1) WAGNER, *loc. cit.*, p. 628, note 2. Statistique : 285 cas ; 65,5 pour 100 de guérisons ; 10,5 pour 100, améliorations ; 22 pour 100, échecs ; 1,8 pour 100, morts. L'auteur n'avive pas le rein. — CZERNY (Herczel). *Beitr. zur klin. Chir.*, t. IX. 4 opérations personnelles, 4 succès. Avivement du rein. — WASHBOURN, *Clinical Soc. of London*, 1891-1892. t. XCV, p. 205. A Case of floating kidney treated by a new method of nephrorrhaphy. — LAVERGNE, Contribution à l'étude de la néphrorraphie. Thèse de Paris, 1894-1895. — PENZO, *Rif. med.*, 26 avril 1895. T. P. Sulla fissazione del rene. — JABOULAY, *Lyon médical*, 29 sept. 1895. Méthode opératoire pour la néphropexie, et in BRÉAN, *Arch. prov. de chir.*, nov. 1895. Travail expérimental qui tend à démontrer : 1<sup>o</sup> que la capsule propre du rein intacte, mais extériorisée et mise en contact avec un pansement antiseptique est capable de proliférer ; 2<sup>o</sup> que cette prolifération, de concert avec le travail cicatriciel de la plaie tégumentaire permet d'obtenir une fixation solide du rein mobile. — PAVONE, *R. Policlinico*, 1<sup>er</sup> juillet 1895. Emploi le procédé de Tuffier, résèque la capsule. — POULLET, Néphropexie tendineuse. *Lyon médical*, 26 mars 1895. — VUILLIET, *Revue de la Suisse rom.*, 10 juin 1895, et *Revue de thérap. méd.-chir.*, 1<sup>er</sup> juillet 1895. Néphropexie à l'aide d'un faisceau tendineux du long dorsal arrêté à son extrémité supérieure et passé à travers le rein. Une seule opérée survécut dix-huit jours. — H. REED, *Journal of med. Assoc.*, 22 déc. 1894. Nouvelle méthode de fixation du rein. — JONNESCO, Néphrorraphie sans fils perdus. Congrès international de Moscou, 1897.

Divers incidents peuvent se présenter dans le cours de cette opération. La mobilité extrême du rein peut rendre difficile son isolement, le colon fait alors sans cesse hernie dans la plaie. Pour éviter ces inconvénients, il suffit de placer de larges écarteurs qui refoulent le gros intestin et de bien faire amener le rein par l'aide, qui enfonce un poing dans le flanc. Cette mobilité permet souvent de harponner et de faire sortir le rein à travers la brèche lombaire; on peut alors le dénuder sur le dos du malade et passer les fils à son aise. La nécessité de bien débrider la plaie jusqu'à la 12<sup>e</sup> côte a fait blesser la plèvre. Son occlusion par un tampon et une suture au catgut ont raison de cet accident. On peut l'éviter en refoulant avec l'ongle la graisse sous-pleurale quand on arrive dans le sinus périlleux. L'hémorragie qui suit le passage des fils s'arrête facilement par simple compression. La néphrorraphie est une opération aseptique qui doit être faite sans antiseptiques concentrés à cause des accidents d'absorption si faciles par la capsule graisseuse dissociée.

Après l'opération, l'urine diminue de quantité: j'ai même vu un cas de rétention durant deux jours. Elle est à peine teintée de sang et il faut le microscope pour révéler la présence de globules sanguins dans le dépôt. Des chiffres relevés sur nos malades il résulte que pendant les trois ou quatre premiers jours la quantité d'urine reste au-dessous de 1000 grammes. Vers le septième jour seulement elle atteint 1500 grammes; du dixième au douzième, elle va jusqu'à 2500, et ce n'est guère que vers le treizième ou le quatorzième jour, que la moyenne physiologique de 1500 grammes se rétablit. Dans le même temps, les proportions d'urée suivent à peu près une marche parallèle, variant de 15 à 20 grammes par litres; par conséquent la quantité d'urine excrétée nous donne exactement la mesure de la fonction physiologique du rein. Les malades doivent rester dans le décubitus dorsal, et autant que possible immobiles pendant vingt jours, le bassin relevé par un coussin. Lorsqu'ils se lèvent, ils peuvent porter un bandage pendant les premières semaines; ils souffrent pendant quelques jours, puis tout disparaît. Dans un cas seulement, j'ai trouvé une anesthésie du pénis due à la section du grand abdomino-génital.

Les résultats actuels de cette opération sont les suivants: 175 observations avec une mortalité opératoire de 4,4 pour 100. Sur ces 177 faits nous trouvons:

Guérisons absolues. . . . .	92	Améliorations temporaires. . . . .	8
Améliorations persistantes. . . . .	25	Insuccès. . . . .	20
Résultats satisfaisants. . . . .	24	Morts. . . . .	8

Les résultats immédiats ont été toujours satisfaisants, et les deux opérées que j'ai perdues ont succombé l'une au tétanos au 7<sup>e</sup> jour, l'autre à une bronchopneumonie grippale (survenue pendant l'épidémie de 1891). Quant aux résultats éloignés<sup>(1)</sup>, ils doivent être envisagés par rapport à l'indication opératoire; le plus souvent, c'est la douleur rénale qui conduit à intervenir. Sur 20 malades revus indépendamment de tous ceux dont l'histoire à longue échéance est publiée dans les thèses de mes élèves, 2 souffraient encore après l'intervention. Une de mes malades a passé, depuis cette époque, dans six services des hôpitaux de Paris, se plaignant d'une récidive et de douleurs, mais fuyant dès qu'on lui parlait d'une nouvelle intervention. Je l'ai moi-même retrouvée cinq ans après

(1) CLARKE, Clinical Soc. of London, 1896. Dans les cas où cet auteur a dû secondairement faire la néphrectomie chez des malades opérées de néphropexies par le procédé de Tuffier, il signale la difficulté considérable de détacher le rein tant il était solidement fixé.

dans mon service de la Pitié quand j'en ai pris possession. La disparition des accidents tient à la netteté de l'indication opératoire, si cette indication est essentiellement constituée par des néphralgies; mais il faut examiner si le rein est bien alors l'origine des accidents douloureux, car dans ce cas le succès thérapeutique est certain, puisque la simple incision sans fixation suffit même pour les faire disparaître. Il s'agit dans ce cas de la suppression d'accidents congestifs et c'est probablement de la même façon qu'agit l'incision de la capsule dans la cure de certaines albuminuries.

En somme, il faut être réservé au sujet de la néphropexie, et je regarde comme bien problématique les résultats définitifs à la suite de ces « pexies » multiples du foie et des autres viscères. Ces malades ne sont pas justiciables d'opérations. L'utérus tombe ou fléchit, l'estomac se distend, la paroi abdominale se relâche, le périnée est insuffisant, le rectum est prolabé et, suivant les cas ou le chirurgien, il y a matière à opérations variées et multiples. C'est à la médecine qu'appartiennent ces cas, et je suis convaincu que la fixation sera de plus en plus l'opération destinée à faire disparaître une mobilité douloureuse du rein et à remédier à l'hydronéphrose intermittente, dont la coudure urétérale sera réductible. J'y ai trouvé mes résultats les plus certains et les plus concluants, et les 17 opérations que j'ai pratiquées dans ces conditions ont toutes été suivies de la disparition des accidents de rétention rénale.

Voici maintenant les résultats de ma statistique personnelle. Sur 75 néphropexies, 20 furent faites pour rein mobile avec hydronéphrose et 55 pour rein mobile. Je n'ai eu à constater que 2 morts (voy. Congrès de Moscou, 1897). Mes 17 malades atteintes d'hydronéphroses ont le plus complètement bénéficié de l'intervention au point de vue des troubles fonctionnels, les accidents douloureux ont complètement disparu. Mes 60 dernières opérées n'ont eu aucun accident.