

On n'est pas encore parvenu à expliquer la cause et la nature des phénomènes aigus qui accompagnent parfois le rein mobile, phénomènes que DIETL a décrits le premier sous le nom d'**étranglement du rein**. Le malade est pris tout à coup de douleurs violentes et d'une fièvre le plus souvent modérée ; mais parfois aussi l'ascension thermique est rapide (frisson). La douleur est assez souvent accompagnée d'une sensation très pénible de prostration. Bientôt on constate la présence d'une tumeur douloureuse sous les parois abdominales, le ventre devient ballonné, et la tumeur augmente de volume à la suite d'une péritonite locale donnant lieu parfois à un épanchement abondant. Si dès le début on réussit à replacer le rein dans sa position normale, on voit d'habitude tous ces symptômes disparaître rapidement. Dans d'autres cas, ils ne s'amendent que peu à peu à la suite de l'écoulement de sang ou de pus dans l'urine. C'est pourquoi GALEWSKY a cherché à expliquer ces symptômes par une pyélite qui serait due, selon lui, à une torsion et oblitération du pédicule rénal (uretère, etc.). Cette explication ne peut certainement pas être admise pour tous les cas, les symptômes urinaires faisant parfois entièrement défaut. Lorsqu'on voit apparaître ces derniers, il convient de prescrire au malade le repos et de chercher d'abord à obtenir la réduction du rein déplacé. Si l'on échoue dans cette tentative, on devra se contenter de prescrire de la morphine et de traiter la péritonite (vessie de glace, etc.).

À côté de cette forme acquise de rein mobile (mouvable), les chirurgiens anglais (JENNER, NEWMAN) admettent une forme appelée rein flottant (floating) ; cette dernière serait toujours congénitale ; elle possède un mésentère complet et le rein est situé complètement dans la cavité péritonéale ; dans certains cas cet organe est peu mobile, ce qui rend le diagnostic difficile. Cette forme congénitale est rare.

La tâche du chirurgien en présence d'un rein mobile, surtout si ce dernier est le point de départ de symptômes névralgiques graves, doit consister à éviter les tiraillements qu'exerce l'organe déplacé sur les nerfs qui s'y rendent. Les malades souffrant de névralgies dues à cette cause, éprouvent le plus souvent une amélioration rapide dès qu'ils gardent le repos dans le décubitus dorsal. Quelquefois aussi on obtiendra de bons résultats de l'emploi d'un appareil analogue aux bandages herniaires, muni d'une large pelote agissant d'avant en arrière et de bas en haut par la force d'un ressort. La pelote doit s'appliquer des deux côtés de la paroi abdominale sous le rebord des côtes.

Dans la plupart des cas graves, ces moyens de traitement ne donnent aucun résultat. C'est pourquoi différents chirurgiens (MARTIN, MERKEL, MARTINI, LANGENBUCH) ont pratiqué l'extirpation du rein, opération qui fut tentée pour la première fois par MARTIN, et il n'est pas douteux qu'elle ne soit parfaitement justifiée dans les cas où l'on observe les symptômes graves signalés plus haut, à **condition toutefois que l'on ait pu se convaincre que l'autre rein n'est pas altéré**. Ainsi dans un des cas opérés, une affection du rein non déplacé fut cause de la mort, tandis que d'autres malades ont vu leurs

souffrances disparaître entièrement à la suite de la néphrectomie.

L'opération doit naturellement être pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques par la voie abdominale. On fait l'incision le long de la ligne blanche (MARTIN), et l'on va à l'aide des doigts à la recherche du rein déplacé ; dans un cas MARTIN ne réussit à le trouver qu'après avoir fait coucher la malade sur le côté gauche. Après avoir attiré la glande rénale au niveau de la plaie, on divise l'enveloppe péritonéale et l'on décolle cette dernière jusqu'à ce qu'on puisse saisir l'organe avec la pince de Museux ; enfin on achève de détacher la péritoine jusqu'au hile du rein, de préférence au moyen d'instruments mousses. Le pédicule est d'abord lié en une seule masse, puis en arrière de cette ligature on passe à l'aide d'une aiguille un double fil qui permet de lier le pédicule en deux moitiés. On s'assurera s'il existe ou non quelque artère aberrante. Le rein est ensuite excisé en avant de la ligature en masse, et à l'aide des fils on maintient un moment le pédicule au niveau de la plaie, afin de s'assurer qu'il n'y a pas d'hémorragie. Puis les fils sont coupés courts et le pédicule abandonné dans la cavité abdominale. Enfin on examine attentivement la plaie des téguments, on lie les vaisseaux qui donnent encore du sang, on fait la toilette de la cavité abdominale, et après avoir pratiqué la suture, on applique un pansement de Lister.

Nous avons fait plus haut certaines réserves relatives à l'extirpation du rein. Il est certain que dans beaucoup de cas on est obligé de renoncer à cette opération, à cause des graves dangers qu'elle présente. HAHN a conseillé dans ces cas un procédé consistant à pratiquer une incision près du siège normal du rein, et à fixer l'organe déplacé au niveau de cette plaie par quelques points de suture. On place le malade dans le décubitus latéral du côté opposé au rein mobile, et l'on pratique le long du bord externe de la masse sacro-lombaire une incision verticale de la douzième côte à la crête iliaque. Après avoir incisé la peau, le muscle grand dorsal et l'aponévrose sacro-lombaire, on attire en dedans la masse sacro-lombaire et le carré des lombes ; puis on divise le feuillet externe fibreux du péritoine (ARNOLD). Le rein entouré de sa capsule adipeuse est alors refoulé vers la plaie par une pression exercée sur l'abdomen, et fixé par un certain nombre de sutures au catgut. D'après HAHN, on serait encore plus sûr d'empêcher un déplacement ultérieur en détachant au niveau du bord convexe du rein l'enveloppe adipeuse, et en suturant soit la partie décollée de cette dernière, soit le rein lui-même au niveau de la plaie. On ne peut faire aucune objection sérieuse à cette opération ; pour pouvoir juger de son utilité, il faut attendre que l'on en ait réuni un plus grand nombre d'observations¹.

§ 54. — Dans le cours des dernières années, l'**extirpation du rein**

1. BRODEUR (Thèse de Paris 1886) a recueilli 25 cas de néphrectomie pour rein mobile, ayant donné 8 morts, tandis que sur 10 malades qui ont subi la néphrectomie, 2 seulement ont succombé. (Note du trad.)

a été pratiquée dans un certain nombre de cas et sur diverses indications. Ainsi à l'exemple de SIMON, on a enlevé plusieurs fois avec un bon résultat une glande rénale saine dans le but de guérir des fistules de l'uretère du côté correspondant. Dans d'autres cas le rein lui-même était malade. Tantôt il s'agissait d'un calcul rénal causant de violentes douleurs, tantôt c'étaient des tumeurs du rein (sarcome, carcinome) qui fournissaient l'indication de l'opération.

Quant à la question de savoir si la néphrectomie est justifiée, elle a pu être déjà résolue affirmativement; la faible mortalité démontrée par la statistique autorise pleinement le chirurgien à tenter une pareille opération. D'après un travail tout récent publié sous la direction de BERGMANN (BOLZ, dissertation inaugurale, Dorpat 1883), sur 121 malades ayant subi l'extirpation d'un rein, 57 ont succombé aux conséquences de l'opération, 6 à des récidives de tumeurs; chez 4 opérés le mode de terminaison est inconnu. Le nombre des guérisons constatées est de 54. Sans vouloir entrer dans des détails, nous ferons remarquer que sur 13 malades auxquels on a enlevé un **rein mobile**, 3 ont succombé. Nous n'attachons pas grande importance à ces chiffres de statistique, surtout qu'ils se rapportent en grande partie à une époque où l'asepsie n'était pas réalisée au même degré de perfection que de nos jours (14 malades ont succombé à des maladies accidentelles des plaies, 14 autres au skock et au collapsus; mais il est probable que dans ces derniers cas l'infection a joué aussi un certain rôle¹).

Il y a bien plus d'importance à rappeler la communication de CZERNY qui, sur six néphrectomies, ne perdit que deux malades. Dans ces deux derniers cas des tumeurs malignes énormes avaient fourni l'indication de l'opération. Les succès obtenus jusqu'ici se rapportent aux diverses indications mentionnées plus haut, c'est-à-dire à des tumeurs de volume modéré (JESAP, MARTIN, LOSSEN), à des calculs rénaux (CZERNY, MULLER), à des pyo-hydronephroses. Comme nous l'avons déjà rappelé, l'extirpation de glandes rénales saines s'était, grâce aux travaux de SIMON, créé une place en chirurgie avant même l'avènement de la méthode antiseptique, et, d'autre part, l'ablation de reins mobiles (MARTIN) a ouvert la voie à la méthode intra-péritonéale.

Mais admettons que dans un cas donné l'extirpation du rein soit indiquée par la maladie existante; il reste encore jusqu'ici une cause de difficulté qui ne permet pas d'établir même d'une façon approximative, le pronostic de l'opération. En effet, dans un certain nombre de cas dans lesquels le rein à extirper fonctionne encore quoique malade, nous ne sommes pas en état de reconnaître sûrement si l'autre glande rénale est

1. D'après une statistique récente de GROSS (1883) 233 néphrectomies ont donné 129 guérisons et 104 morts. La mortalité a été beaucoup plus élevée pour les néphrectomies par la méthode transpéritonéale que pour celles qui ont été pratiquées par l'incision lombaire.
(Note du trad.)

saine ou altérée. Nous reviendrons sur cette question dans l'étude des maladies des organes urinaires, mais nous devons déjà faire observer ici que même les procédés modernes, les tentatives d'occlusion passagère d'un uretère (TUCHMANN, SILBERMANN) ne nous ont pas fourni jusqu'à présent, dans tous les cas, des renseignements certains sur l'état de la glande rénale laissée dans l'abdomen. On a déjà publié quelques cas de mort survenus à la suite de la néphrectomie parce qu'on n'avait pas reconnu la maladie du second rein, lequel par conséquent n'avait pu se charger de la suppléance fonctionnelle de l'organe extirpé. Il convient donc de renoncer à la néphrectomie toutes les fois que l'on a des doutes sur l'état de l'autre glande rénale.

L'extirpation du rein peut être pratiquée soit par l'incision extra-péritonéale de SIMON dont nous parlerons encore dans une autre occasion, soit par la laparotomie antiseptique. Nous ne pouvons encore porter un jugement définitif sur le choix qu'il convient de faire entre ces deux méthodes opératoires. Disons cependant que nous pouvons déjà considérer comme suffisante et moins dangereuse que la laparotomie, l'incision lombaire, lorsqu'elle doit remplir certaines indications bien déterminées (extirpation du rein normal dans les cas de fistules de l'uretère, du rein affecté de lithiase ou d'une pyo-et hydronephrose de volume modéré intéressant une glande rénale normalement située); par contre, c'est à la méthode intra-péritonéale qu'il convient de donner la préférence dans les cas d'ectopie rénale, de reins flottants sains ou dégénérés, ainsi que pour un certain nombre de tumeurs volumineuses, dont nous avons donné une courte description (§ 53).

Les tumeurs volumineuses ne peuvent évidemment être enlevées que par la méthode intra-péritonéale, laquelle, d'ailleurs, n'offre pas de difficultés, à condition toutefois que le néoplasme ne soit pas soudé au péritoine et aux organes abdominaux. Dans le choix de l'incision on se basera sur le volume et l'étendue de la tumeur, ainsi que sur la position qu'affecte relativement à cette dernière la partie fixe de l'intestin, c'est-à-dire le côlon ascendant et le côlon descendant. Comme, le plus souvent, la tumeur occupe surtout un des côtés de la cavité abdominale, et que, du moins lorsqu'elle est volumineuse, elle refoule en dedans le côlon avec son mésentère, il est de règle de ne pas pratiquer l'incision sur la ligne médiane. En effet, en incisant le long de la ligne blanche, le chirurgien court le risque de tomber sur le côlon transverse ou sur le côlon ascendant s'il s'agit du rein droit, et il peut se trouver ainsi dans un grand embarras; en outre, même une grande incision médiane ne permet pas d'arriver à la base des tumeurs de grandes dimensions, et l'on peut se trouver dans la nécessité, ainsi qu'il m'est arrivé dans un cas, d'ajouter à l'incision longitudinale une incision transversale à travers les muscles abdominaux. Aussi doit-on donner la préférence à l'incision latérale dirigée verticalement le long du bord externe du muscle droit,