

Opération dans ces conditions. On peut soulager efficacement les malades avec des ceintures appropriées; on peut même par l'application d'appareils espérer de ramener la rate à la position normale, et en particulier dans le cas de Czerny, la lecture de l'observation ne révèle aucun état assez grave pour réclamer une opération aussi dangereuse.

En laissant de côté le cas de Zacarelli qui remonte à 1549 et qu'il est difficile de bien apprécier, vingt-neuf opérations ont été faites depuis 1826 pour enlever la rate hypertrophiée, chez des malades atteintes de leucémie, ou exemptes de cette complication. La meilleure manière d'apprécier le mérite de cette thérapeutique est d'énumérer rapidement les faits. Quittenbaum (Rostock, 1826), femme de 22 ans; Kuchler (Darmstadt, 1855), homme de 36 ans; Spencer Wells (Londres, 1865), homme de 20 ans; Bryant (1867), femme de 40 ans; Kœberlé (Strasbourg, 1867), femme de 42 ans; Urbinato (Cesana, 1873); Spencer Wells (1873), femme de 42 ans; Watson (Edimbourg, 1873), homme; Péan (1876), femme de 24 ans; Spencer Wells (1876), femme de 27 ans; Billroth (1877), femme de 45 ans; Langley Brown (1877), homme de 20 ans; Fuchs (Bihar, 1877), femme de 40 ans; Simmons (Sacramento, 1877), homme; Volney d'Orsay (Amérique, 1878); Czerny (1878), femme de 24 ans; Arnison (Angl., 1878), homme de 37 ans; Geissel (Essen, 1878), femme de 30 ans; Franzolini (Udine, 1881), femme de 22 ans; Havard (Angl., 1881); Baker-Brown (1881); Chiarleoni (Milan, 1881), femme; F. Terrier (Paris, 1881), femme de 43 ans; Billroth (1884), femme de 43 ans; Kœberlé (1884), femme de 46 ans; Blum (Paris, 1885), 12 ans; Le Bec (Paris, 1885), homme de 19 ans.

De ces vingt-neuf opérés, vingt-six sont morts. (Il y a doute sur le sort de l'opéré de Volney porté par les uns comme guéri, par les autres comme mort.) Les trois opérées guéries sont celles de Péan, Franzolini et Billroth. Les vingt-six autres ont été ou peut le dire tués par l'opération.

Je ne connais pas quelle a été la survie de l'opérée de Geissel; mais nous le savons pour les autres : la mort est survenue pendant l'opération (Watson, Baker-Brown); quelques instants après (Kœberlé); quinze minutes après (Bryant), après une heure et à la suite d'hémorragie (Bryant, Billroth); deux heures après (Kuchler, Simmons); trois heures (Czerny); quelques heures (Spencer Wells, Chiarleoni, Terrier, Kœberlé, Blum); quatre heures (Billroth); cinq heures (Brown); six heures (Quittenbaum, Arnison); sept heures (Havard); dix-huit heures (Fuchs).

Les opérées d'Urbinato et de Spencer Wells ont survécu trois jours et la plus longue survie a été pour deux malades de Spen-

cer Wells et de Le Bec, mais elle ne va pas au delà du sixième jour. En résumé, sur ces vingt-neuf opérés, vingt-six sont morts, dont vingt-deux dans les vingt-quatre heures. La démonstration me paraît complète et surtout suffisante.

Autre chose est, au point de vue du pronostic, d'extirper, en liant simplement son pédicule, une rate herniée à travers une plaie et chez un blessé, lequel a déjà résisté aux premières conséquences d'une blessure si grave, et qui, dans la plupart des cas, remontait déjà à quelques jours, que de dégager par une opération longue, laborieuse, une rate hypertrophiée et dégénérée ayant souvent contracté des adhérences avec les parties contenues dans l'abdomen. Il y a encore une autre raison qui peut ne pas arrêter un opérateur, mais qui arrêtera toujours un clinicien, c'est que l'hypertrophie de la rate due à l'existence de fièvres intermittentes antérieures, est un des symptômes, un des effets de la maladie, mais elle n'est ni la cause de la maladie, ni la maladie elle-même. L'ablation de la rate dans ces cas, comme dans ceux de leucémie, est une opération que condamnait déjà la clinique et que condamne définitivement l'expérience.

ARTICLE XI

OPÉRATIONS SUR LE REIN

Trois opérations sont pratiquées sur le rein; la *néphrotomie* ou incision de l'organe; la *nephrectomie* ou son ablation et enfin la *néphrorraphie* qui par la suture du rein aux organes voisins a pour but de le fixer dans sa situation normale.

Toutes ces opérations sont de date relativement récente. La *néphrotomie* avait été regardée comme possible par Cousinot en 1622 et Bordeu en 1754 pour extraire des calculs du rein. Ducham (de Londres) le 3 février 1870, pratiqua la *néphrotomie*; déjà le 2 août 1869 Simon (d'Heidelberg) avait enlevé pour la première fois le rein, dans un cas de fistule urinaire sus-pubienne consécutive à la section de l'uretère dans une ovariectomie.

Quelques-unes des premières extirpations furent dues à des erreurs de diagnostic; Paslee (de New-York) en 1872, Scheteling et Meadows (de Londres), croyant avoir affaire à des kystes de l'ovaire, rencontrèrent des kystes du rein et extirpèrent l'organe. L'opération fut faite de propos délibéré en Angleterre par Spencer Wells, Thornton, Lucas, Lawson Tait; en Allemagne par

Czerny, Bergmann, Bardenhauer, Hahn, Billroth, etc. En France, l'ablation du rein fut faite pour la première fois le 20 mai 1880, par moi, sur un malade ayant eu l'uretère coupé par un coup de couteau; mon exemple fut suivi en 1881 par Ledentu. Depuis 1880 les opérations se sont multipliées à tel point que Brodeur a pu réunir 235 observations de néphrectomie.

I. — Néphrectomie.

L'ablation du rein ou néphrectomie s'est faite d'abord par deux procédés : l'un atteignant le rein par la voie lombaire, l'autre par la voie abdominale en ouvrant la cavité péritonéale; mais un autre procédé permet d'arriver au rein, sans ouvrir le péritoine, bien que l'incision soit faite sur la paroi abdominale, d'où la nécessité de modifier la dénomination du premier procédé abdominal, que Clément Lucas a proposé d'appeler transpéritonéal. Nous aurons donc à décrire trois procédés : 1° le transpéritonéal, 2° le lombaire; 3° le lombo-abdominal.

1° *Procédé transpéritonéal.* — Ce fut le premier procédé employé par la raison toute simple que les premières néphrectomies faites par Wolcot, Peaslee, Meadows, Campbell ont été le résultat d'erreurs de diagnostic et que l'opération avait été faite dans la conviction qu'il s'agissait de tumeurs du foie ou de l'ovaire.

La première néphrectomie par la voie transpéritonéale faite intentionnellement est celle de Köcher (de Berne) en 1876.

L'incision de la paroi abdominale peut être faite sur la ligne médiane au-dessus et au-dessous de l'ombilic que les uns coupent verticalement, que les autres contournent. Comme dans l'ovariotomie, c'est à ce dernier mode d'opérer que je donne la préférence. Langenbuch a conseillé de faire l'incision en dehors du muscle grand droit, dans le but de permettre d'arriver plus facilement sur la partie externe du rein. Elle expose moins, aussi, à la sortie de l'intestin, et, sauf circonstances particulières, elle paraît devoir être préférée à l'incision médiane, surtout quand on opère à droite.

L'incision de la paroi faite avec les précautions ordinaires on s'oppose le plus possible à l'issue de l'intestin grêle qu'on refoule. On aperçoit alors le rein recouvert par le côlon. On repousse le côlon en dedans, de manière à arriver à son côté externe. Si la disposition de la tumeur ne le permet pas, il faut le reporter en

dehors, mais redoubler de précautions pour ménager les vaisseaux dans l'incision du péritoine. Le péritoine incisé on arrive sur le rein. Si à ce moment on reconnaît que le péritoine est perforé, les vaisseaux mésentériques enveloppés par la tumeur, l'intestin envahi, il faut suivant le conseil de Czerny s'arrêter et refermer le ventre.

Le rein est énucléé, avec précaution, du tissu cellulo-graisseux qui l'enveloppe et on l'isole de manière à voir distinctement son pédicule. La ligature en masse ne doit être faite qu'en cas de nécessité; il faut, s'il est possible, lier séparément l'uretère, l'artère et la veine. Il est prudent de placer une seconde ligature en masse du côté du rein avant de sectionner le pédicule, pour empêcher le reflux dans le ventre des matières contenues dans le bassinnet au moment où on détache le rein.

L'opération faite on se conduit à l'égard du péritoine pré-rénal suivant les circonstances. Si on a été obligé d'enlever une partie, on l'abandonne à lui-même; s'il est intact et qu'on puisse parfaitement en rapprocher les deux lèvres, on le suture.

Quoi qu'il arrive, il est important de suivre le conseil donné par Barwell et de faire une contre-ouverture à travers la masse lombaire, pour y introduire un gros drain qui permettra l'évacuation des matières sanguinolentes ou purulentes qui pourraient se produire et s'accumuler dans la loge rénale et n'auraient, sans cette précaution, d'autre issue probable que la cavité péritonéale.

F. Terrier a proposé pour éviter cette contre-ouverture de suturer les deux lèvres du péritoine anté-rénal aux lèvres de la plaie abdominale. L'idée me paraît peu heureuse, et son exécution serait d'ailleurs assez souvent impraticable, le péritoine postérieur ne pouvant dans beaucoup de cas être amené au contact de la paroi antérieure. La tentative qu'a faite Terrier a du reste été malheureuse.

Quant à la suture de la paroi antérieure, elle est faite avec les précautions ordinaires de ce temps de la laparotomie.

2° *Néphrectomie par la voie lombaire.* — Simon (de Heidelberg) qui a fait la première opération coucha le malade sur le ventre. C'est la meilleure position au point de vue de la facilité de l'opération; mais elle convient peu à cause de la chloroformisation. J'ai fait placer mes deux opérés sur le côté sain et un peu dans le décubitus abdominal en les couchant sur un coussin épais et résistant. C'est la position que je conseille et celle d'ailleurs qu'ont employée la plupart des opérateurs.

L'incision peut être faite avec le thermo-cautère ou le bistouri;