pouce environ au-dessus de l'anastomose gauche. Préalablement, le tube droit a été muni d'une anse d'extraction qu'on a passée hors de l'anus avec une autre sonde.

Le reste de l'opération varie suivant les cas (hystérectomie, cystectomie, occlusion de la fissure vésicale, etc.).

Avant l'opération, le malade a été largement purgé, et on lui a administré plusieurs lavements d'eau stérilisée simple ou salicylée à 2 p. 1000. Nous conseillons, en outre, de pratiquer sous l'anesthésie la dilatation forcée de l'anus, afin d'empêcher, pendant les premiers jours, l'urine de s'accumuler dans le rectum et de mettre en péril l'anastomose plastique des uretères.

Pour la greffe vésicale, le manuel opératoire est essentiellement le même: les tubes sont pourvus chacun d'une anse latérale qui sort par l'urètre. On peut ainsi les emboîter sur deux sondes émergentes, si l'on a quelque raison de maintenir la vessie vide et au repos.

Enfin, pour les greffes côliques et cæcale, nous ne voyons pas qu'on puisse faire autrement qu'abandonner les tubes à leur chute spontanée.

Nous avons fait la greffe rectale avec notre tube anastomotique: trois fois pour cancer utérin et une fois pour exstrophie vésicale. Notre première opérée a vécu près de quatorze mois, elle est morte de récidive : elle urinait par le rectum deux ou trois fois par jour et n'éprouvait aucune souffrance du fait même de l'anastomose uretérale; la vessie n'existait pour ainsi dire plus, tellement elle s'était atrophiée. Nos deux autres opérées de cancer ont succombé à la septicémie aiguë, les tubes fonctionnaient normalement. Quant au petit malformé que nous avons tenté de débarrasser de son incontinence, nous avons eu le malheur de le perdre par simple coudure des uretères sur les tubes.

Les deux opérées auxquelles, d'autre part, Boari a greffé les uretères dans le rectum avec son bouton ont parfaitement guéri.

## NÉPHROPEXIE

La *néphropexie*, ainsi dénommée par Duret et Le Dentu, — appelée encore *néphrorraphie*, mais à tort, — est la fixation du rein dans son siège normal à la paroi lombaire. C'est E. Hahn qui a créé cette opération, en avril 1881, en suturant à la paroi la capsule adipeuse du rein.

Elle est indiquée dans les cas de rein mobile ou flottant, quand l'ectopie s'accompagne de troubles graves qui n'ont pu être amendés par le port méthodique d'une ceinture ou d'une pelote appropriée et quand l'organe est resté sain ou simplement affecté d'hydronéphrose intermittente par coudure de l'uretère.

La néphropexie peut se faire soit en cousant la capsule adipeuse seule à la paroi lombaire, soit en comprenant dans la suture la capsule fibreuse ou propre du rein, soit en traversant avec les fils la substance rénale elle-même.



Or, Keen[1] a démontré nettement que le premier procédé expose à la récidive dans la proportion de 26,6 p. 100; que le second échoue dans celle de 25,9 p. 100; et que le troisième ne donne que 13,5 p. 100 d'insuccès thérapeutiques. Albarran[2] est arrivé, depuis, à peu près aux mêmes conclusions statistiques. *Les procédés de suture parenchymateuse ou transrénale doivent donc désormais rester seuls dans la pratique.*

Ces procédés comprennent aujourd'hui deux variétés : dans l'une que nous nommerons *néphropexie sans avivement rénal*, la capsule propre demeure intacte; dans l'autre, qui sera appelée *néphropexie avec avivement rénal* ou *néphropexie de Lloyd*, parce que c'est le premier chirurgien qui l'a pratiquée et qui en a fait ressortir la valeur pratique, le rein est dénudé sur une certaine étendue par dissection de la capsule propre et suturé ensuite à la paroi lombaire au niveau même de la bande ainsi cruentée.

*A.* Néphropexie sans avivement rénal. — *a.* Procédé de H. Morris : 1° *Incision oblique de la paroi lombaire.* — Comme pour la néphrotomie (p. 1137).

2° *Incision*, puis *excision* partielle de la capsule adipeuse, afin de diminuer l'espace dans lequel flotte le rein, — pendant qu'un aide refoule ce dernier en arrière par la pression de la paroi abdominale antérieure.

3° *Suture parenchymateuse du rein à la paroi lombaire.* — Le rein étant maintenu à portée, s'il le faut, soit avec un ténaculum (Trèves), soit avec une anse de soie, passer à travers sa paroi postérieure trois tendons de Kangurou (ou mieux, à l'exemple de Trèves, trois crins de Florence) : un près de l'extrémité supérieure du rein, un près de son extrémité inférieure et le troisième entre les deux, mais plus près du hile. Une grande aiguille courbe de Hagedorn est très commode pour le placement des fils. Chaque fil est *enseveli* dans la substance rénale sur une largeur de 18 millimètres et pénètre à 12 millimètres environ de profondeur dans l'épaisseur de l'organe. Le fil supérieur traverse le bord supérieur de la capsule adipeuse raccourcie, le fascia transversalis et les muscles, puis est noué sur ces derniers; le fil inférieur suit un trajet analogue et est noué de même; enfin, le fil intermédiaire, après avoir traversé également capsule, fascia et muscles, est noué, puis il relie ensemble tous les fils par ses extrémités. On coupe court les chefs des fils, et on laisse les points de suture *ensevelis* dans la plaie.

4° *Suture de la plaie lombaire.* — Réunir par un ou deux catguts le reste des tranches musculaires, après avoir installé un drainage, et fermer la peau par des points d'argent, dont un ou deux traversent en même temps la capsule adipeuse. Trèves supprime le drainage.

[1] Keen (*Annals of surgery*, aug. 1890).
[2] Albarran (*Annales des mal. des org. génito-urinaires*, 1895).

*b*. Procédé de Guyon[1]. — Le rein une fois découvert par l'incision décrite page 1137, et mis à nu le long de son bord convexe par la section de la capsule adipeuse, échelonner à travers son bord convexe, à 1 centimètre environ de profondeur, trois à quatre fils doubles de catgut n° 2. Arrêter les chefs de chaque fil par un nœud à leur entrée et à leur sortie du rein. Pour cela, saisir les chefs d'un côté avec une pince à forcipressure ; déprimer légèrement le rein, tandis qu'un aide tend les chefs qui émergent de l'autre côté ; puis nouer les chefs contre la pince. Répéter la même manœuvre sur les chefs de l'autre côté (fig. 1067).

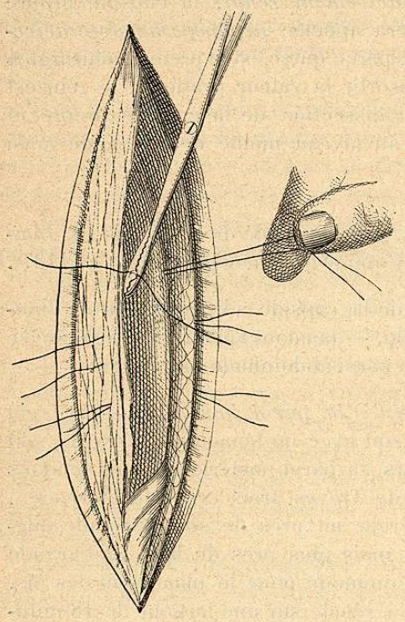

Fig. 1067. — Néphropexie par le procédé de Guyon.

Lorsque tous les fils doubles ont été pourvus de nœuds à droite et à gauche du rein, passer les divers chefs à travers la lèvre correspondante de la plaie de façon à comprendre la capsule adipeuse et une partie de la tranche musculaire ; puis les nouer et les couper à ras. Fermer le reste de la plaie, comme à l'ordinaire. — Pour mieux assurer la fixation du rein, Guyon passe souvent un fil supplémentaire autour de la douzième côte.

*c*. Procédé d'Albarran[2]. — Le rein mis à nu par l'incision oblique, pendant qu'un aide le repousse vers la plaie lombaire, en exerçant une forte pression au niveau de la paroi abdominale, creuser avec le doigt à travers la capsule adipeuse une brèche qui permettra d'arriver jusqu'au rein. Saisir les deux lambeaux de la graisse périrénale dans des pinces plates, des pinces en T ou de petites pinces à cadre, par exemple, et s'en servir pour amener de plus en plus le rein vers la plaie lombaire.

La décortication du rein une fois faite, elle est très facile, amener l'organe en dehors de la plaie, et *réséquer* toute la partie exubérante de la collerette graisseuse qui l'entoure, *précaution de la plus haute importance* pour favoriser la formation des adhérences ; cette résection se fait de préférence avec les doigts, on évite ainsi l'hémorragie que produiraient les ciseaux et la nécessité des ligatures.

[1] Voy. Hartmann (*Gaz. hebd. de Paris*, p. 114, 1892).
[2] Albarran, in *Traité de chir.* de Le Dentu et Delbet, p. 941, VIII, 1899.



C'est surtout en arrière qu'il convient de bien dépouiller le rein de la graisse qui l'entoure, la face antérieure du carré lombaire devant s'appliquer directement sur la surface dénudée du rein, sans interposition d'aucun tissu.

Fixer le rein au moyen de trois fils *doubles* de catgut n° 5, que l'on passe à travers son bord externe à un bon centimètre de profondeur, avec une longue aiguille courbe : le fil supérieur traverse le rein à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, le fil moyen répond à sa partie moyenne, et le fil inférieur à l'union des trois quarts supérieurs avec le quart inférieur. Voici comment on emploie ces fils doubles : d'abord pour prévenir la section du rein par leur striction, faire, comme Guyon, au point d'entrée et de sortie de chaque anse, un nœud double et repérer chaque extrémité de l'anse avec une pince à pression. Puis réduire le rein, *le mettre en bonne position* et le suspendre avec la première anse à la 12e côte, en nouant autour d'elle d'abord ses deux chefs antérieurs, puis ses deux chefs postérieurs, chacun des deux chefs ayant été passé au moyen d'une aiguille courbe de Reverdin, qui pénètre au niveau du bord supérieur de la 12e côte. Pendant qu'on noue la première anse, on pousse le rein en haut, on cache sous les côtes son tiers supérieur et on le maintient vertical.

Nouer, en second lieu, entre eux les chefs de l'anse moyenne, de telle sorte que les chefs antérieurs comprennent une partie (la plus profonde) de la paroi musculaire correspondante, et les chefs postérieurs embrassent le carré lombaire et même une portion de la masse sacro-lombaire.

Nouer, en troisième lieu, de même entre eux les chefs de la dernière anse.

Suturer, enfin, le reste de la paroi musculaire au catgut, et, par-dessous le tout, la peau au crin de Florence, ordinairement sans drainage.

*B*. Néphropexie avec avivement rénal. — Procédé de Lloyd-Tuffier : 1° *Incision de la paroi lombaire ;*

2° *Section longitudinale et décollement de la capsule adipeuse sur le bord convexe du rein ;*

3° *Section longitudinale de la capsule propre sur ce même bord dans toute la hauteur du rein.* — Disséquer la lèvre antérieure de la fente sur une largeur de 1 centimètre environ, et sa lèvre postérieure sur une largeur de 2 centimètres à 2 centimètres et demi, puis exciser les deux lambeaux décollés de capsule propre ;

4° *Suture parenchymateuse de la bande avivée du rein à la paroi lombaire.*

5° *Suture complète de la plaie lombaire.*

Au lieu de laisser à demeure les fils parenchymateux à cause de la sclérose périphérique qu'ils produiraient, Jonnesco (de Bucharest)[1] les enlève le cinquième jour.

[1] Jonnesco (*Congrès fr. de chir.*, p. 527, 1896).

Après l'opération, la malade doit garder le repos horizontal pendant au moins trois à quatre semaines ; et, avant de se lever, elle sera munie d'une ceinture convenable avec pelote, qu'elle portera pendant trois mois en évitant les grands efforts et les travaux pénibles.

La néphropexie est une opération peu grave puisque la statistique de Keen n'indique qu'une mortalité de 2,9 p. 100. La mortalité est même plus basse encore (à peine 1 p. 100) dans la statistique récente d'Albarran qui porte sur 374 cas.

---

CHAPITRE X

# OPÉRATIONS SUR L'APPAREIL URO-GÉNITAL

## CHEZ LA FEMME

---

### ASEPSIE ET ANTISEPSIE PRÉOPÉRATOIRES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Nous distinguons d'abord, à ces deux points de vue, qui, du reste, se confondent en pratique, trois classes d'opérations : 1° les *opérations vulvaires*, elles se font sur la vulve, par elle ou de son côté ; 2° les *opérations abdominales*, elles ont lieu sur la paroi antérieure de l'abdomen ou à travers cette paroi ; 3° les *opérations vulvo-abdominales ou abdomino-vulvaires*, elles se pratiquent des deux côtés à la fois (*hystérectomie combinée*) ou sur les deux côtés dans la même séance (*hystéropexie ou l'Alexander*, par exemple, et *curettage utérin ou colpopérinéorraphie*). En second lieu, suivant les cas, ces opérations diverses sont *aseptiques* ou *septiques*. Nous avons dès lors, à nous occuper de l'asepsie, puis de l'antisepsie préparatoires : 1° dans les opérations vulvaires ; 2° dans les opérations abdominales ; 3° dans les opérations sur ou à double voie.

A. *Préparation dans les opérations vulvaires.* — Elle comprend, à l'état complet, la toilette large de la vulve et de la région ano-périnéale, puis celle du méat urinaire, de l'urètre et de la vessie, puis celle du vagin, enfin celle du museau de tanche et de la cavité utérine.

On se procure et on met à portée : pour la vulve et la région ano-périnéale, du savon, une brosse à main et des compresses de gaze aseptique ou des tampons de coton hydrophile aseptique, des ciseaux courbes et un rasoir, de l'eau stérilisée chaude et des cuvettes flambées, de l'alcool à 90°, de l'eau formolée (5 p. 1000) ou autres analogues ; pour les organes urinaires, une sonde de femme à simple ou double courant, puis un récipient laveur rempli d'eau simple ou boriquée 3 p. 100 et tiède et muni d'un tube de caoutchouc dont la canule en verre s'adapte au pavillon de la sonde, il est tenu par un aide ou accroché ou posé à une certaine hauteur ; pour le vagin, une valve double de Sims (fig. 1068), une valve de Simon (fig. 1069) et un spéculum en métal de Fergusson (fig. 1070), puis une pince à pansement utérin fig. 1071), et un réservoir de Collin (fig. 1072) en métal émaillé avec couvercle ou une poche de Doléris en caoutchouc (fig. 1073), on leur adapte une longue canule vaginale droite à plusieurs trous et on les remplit d'eau simple ou formolée ; pour l'utérus, tous les instruments qui servent à son curettage (voy. p. 1191) ou, si l'on préfère l'injection intra-utérine antiseptique (teinture d'iode, perchlorure de fer, chlorure de zinc), une seringue de Braun (fig. 1074) ou une sonde molle qu'on adapte à la canule de la même seringue ; des crayons de pâte de Canquoin peuvent aussi être nécessaires.

Pour faire la toilette, on met la malade en *position dorso-sacrée*, dite encore *position vulvaire*, à l'extrémité d'une table : deux aides maintiennent les jambes