

En résumé, le professeur LeDentu se prononce en faveur de l'intervention chirurgicale dans l'appendicite. Cette intervention sauve la vie du malade dans les cas aigus ; elle prévient les récidives, qui pourraient être dangereuses dans les cas peu graves.

CHIRURGIE

NÉPHRO-URÉTÉRECTOMIE ; EXTIRPATION SIMULTANÉE DU REIN ET DE L'URÈTÈRE. par le Dr Howard A. KELLY, professeur de gynécologie à la John Hopkins University.—*John Hopkins Hospital Bulletin*, vol VII, Nos 59, 60.

Le Dr Kelly publie trois observations de cas où il a pratiqué de trois manières différentes la néphro-urétérectomie. L'article, accompagné de photographures, est trop long pour être reproduit, nous paraît avoir une importance assez grande, et nous en publions le résumé.

Obs. I. Jeune fille. Tuberculose du rein gauche et de l'urètre. Opérée le 30 mars 1893.

Incision de 16 centimètres ($6\frac{1}{2}$ pouces) sur le côté de l'abdomen et parallèle à la ligne semilunaire. L'opérateur divise les muscles, ouvre le péritoine, déplace les viscères vers la droite, ouvre le péritoine postérieur sur le côté externe du colon, qu'il repousse vers la droite de manière à découvrir l'urètre élargi reposant sur le muscle psoas. L'urètre sert de guide pour atteindre le rein dans son atmosphère graisseuse. L'énucléation est difficile. Le rein est cystique et adhère, surtout vers le hile, au tissu adipeux environnant qui contient, par places, du tissu fibreux. L'énucléation faite, les vaisseaux sont ligaturés par quatre ligatures à la soie fine et le rein est enlevé. L'opérateur détache ensuite, en descendant, l'urètre d'un lit cellulaire jusqu'au détroit pelvien et ligature chemin faisant les vaisseaux ovariens. Une fois l'urètre libéré d'avec l'artère iliaque commune et la veine, l'opération devient plus difficile. A quatre centimètres au-dessous du détroit pelvien ($1\frac{1}{2}$ pouce), point où l'urètre se dirige en avant, le tissu cellulaire devient si dense que l'opérateur se décide à ne pas aller plus loin, à cause de l'état de faiblesse de la malade. Il ligature l'urètre sur le plancher pelvien et le sectionne de manière à laisser deux lambeaux en biseau, puis il enlève alors le rein et l'urètre dans toute sa portion abdominale et la moitié de sa portion pelvienne. La muqueuse de l'extrémité inférieure de l'urètre qui dépasse la ligature est stérilisée au thermocautère, les lambeaux sont réunis par six sutures à la soie fine et abandonnés. Irrigation de l'abdomen avec la solution saline ordinaire. L'opérateur introduit alors, pour lui servir de guide, la moitié d'une main dans l'abdomen, et, cherchant l'endroit le plus mince de la région lombaire gauche, l'incise sur une longueur de trois centimètres ($1\frac{1}{4}$ pouce). Il introduit ensuite par l'abdomen une mèche de gaze longue de 14 centimètres ($5\frac{1}{2}$ pouces) et la fait ressortir dans la région lombaire. L'incision péritonéale postérieure, près du colon, n'a pas besoin d'être suturée ; l'apposition est très bonne. La longue incision abdominale est fermée par des sutures au crin de Florence séparées. La mèche de gaze placée dans la région lombaire sert à drainer du sérum sanguinolent ; on l'enlève le cinquième jour. Réunion complète par première intention.

L'urine, qui était chargée de pus, devient claire immédiatement. Le 11 de mai, le Dr Kelly essaie d'enlever l'extrémité inférieure de l'urètre laissée dans le bassin par une incision vaginale ; mais il ne peut y réussir à cause d'un tissu cicatriciel très dense, saignant abondamment à la moindre incision. La patiente est aujourd'hui (février 1896), grasse et en bonne santé. Il ne lui reste qu'un inconvénient : l'émission fréquente de l'urine.