

de sorte que le nœud pariétal sera serré sur celui-là. La fixation à la paroi se fait de moins en moins. (1)

20. Néphrostomie dans les grosses pyélonéphroses, inflammations simples ou tuberculeuses.

Une fois l'incision de la paroi effectuée, il n'y a plus ici à tenir compte de la capsule graisseuse, qui s'est lentement sclérosée, et qui ne fait plus qu'une avec la capsule fibreuse et le rein. On tombe alors sur une épaisse couche de tissu lardacé qui crie sous le scalpel et qu'on incise directement et largement jusqu'au rein d'où sort un flot de pus. L'essentiel ici est au contraire de décortiquer le moins possible pour diminuer le plus possible les surfaces d'absorption. J'ai même fait construire autrefois par Collin un trocart mou, gros et très long, permettant la ponction profonde, qui évitera ainsi de souiller le moins possible la plaie. De l'index, protégé d'un gant, le chirurgien détruit alors toutes les cloisons et travées intérieures, convertit cette éponge rénale, en une noix de coco et draine largement, en n'oubliant pas de retourner ses drains par des épingles de nourrice ou des crins cutanés.

30. Néphrolithotomie (pour calculose rénale)

La technique est la même que pour la néphrostomie avec quelques points particuliers.

D'abord il peut y avoir des adhérences cellulo-fibreuses qui encastrent le rein dans la profondeur et rendent dangereuses toutes tractions trop énergiques; il faut alors inciser le rein dans la profondeur et pour éviter une hémorragie trop forte, l'aide qui ne peut comprimer aisément le pédicule entre ses doigts, comprimera celui-ci du bout de tous les doigts contre la fosse iliaque, sur le muscle iliaque lui-même, la main étant bien perpendiculaire à l'os iliaque.

Quand, au contraire, le rein vient facilement, la compression est faite soit entre les doigts de l'aide, ce qui est fatiguant, soit entre les mors de ma pince spéciale, compresseur digital à mors élastiques.

Les calculs seront extraits avec la pince-tenette-courbe de Guyon, dont on se servait déjà du temps d'Ambréose Paré, une fois que le doigt intra-rénal se sera orienté et aura apprécié l'aspect et le siège intra-rénal ou intrapyélique du calcul.

40. Pyélotomie postérieure (calcul du bassin).

Cette opération, qui autant qu'historique est antérieure à la néphrolithotomie pour l'extraction des calculs du bassin, avait été à peu près complètement abandonnée. Mais après cette longue éclipse, elle tendrait aujourd'hui à sup-

(1) La technique est la même dans la néphrostomie pour kyste hydatique du rein. Une fois l'incision faite au parenchyme, et une fois la solution formolée injectée dans le kyste d'après la méthode de Devé, le kyste est enlevé comme un vulgaire kyste de l'ovaire, aussi simplement, et la tranche rénale suturée au dessus, et en dessous un gros tube de drainage.

planter dans beaucoup de cas son ancienne rivale, et nous avons été un des premiers à préconiser cette rénovation. On conçoit que pour être réalisable, l'extériorisation du rein soit nécessaire, et on la fera de préférence sur la face antérieure du bassin, moins richement veinosée que la face postérieure, où se trouve l'abondant plexus de Bourgery et Jacob. L'incision sera de un centimètre, faite sur le calcul lui-même qui sera facilement amené avec une pince de Péan.

Point n'est besoin de saturer, un tamponnement léger suffit, tout comme dans la chirurgie du cholédoque, à condition que la voie urétérale soit libre, comme une division antérieure des urines faite avec mon appareil aura pu le montrer. Dans le cas contraire, il y aurait une fistule lombaire.

50. Néphrectomie.

On conçoit qu'elle diffère avec la lésion en cause, et il importe de donner ici les principales techniques avec leur différence suivant les cas.

1) Néphrectomie pour tuberculose. — C'est la plus simple et la plus rapide de toutes. Le rein se décortique comme nous l'avons indiqué plus haut à la néphrostomie et il est rare que des adhérences créent une difficulté sérieuse. Les deux côtés intéressants de la question sont dans la conduite à tenir vis-à-vis de l'urètre et du pédicule.

Pour l'urètre, l'indication est de le suivre, le plus loin possible, car il y a toujours urétrite dans les pyélites tuberculeuses. Il faut dire que ce ne peut être là qu'une demi-mesure, car il faudrait l'enlever tout à fait, en entier, jusqu'à la veine, ce qui est pratiquement peu aisé. L'indication est donc de s'attaquer à l'urètre avant le pédicule, de façon à le relever ensuite en haut et en dehors, pour l'éloigner du pédicule. De bonnes ligatures ne doivent en effet jamais prendre l'urètre ou une portion du bassin, car on s'exposerait à des fistules interminables. Cet urètre sera coupé au thermo entre deux pinces, puis lié du côté vésical à la fin de l'opération avec un catgut No 2.

Pour le pédicule, le mieux est de faire ici comme toujours ce que j'ai appelé la forcipressure séparée consistant à décortiquer le hile de sa graisse ambiante, de façon à bien voir tous ses vaisseaux, comme autant de tiges, artérielles et veineuses. Cela fait on pince chacun d'eux, le plus près possible du rein que l'on enlève au thermo en deça des 4 ou 5 pinces; on évite ainsi les moindres chances d'infection et le pédicule n'est pas pris en bloc, comme l'étaient autrefois ces gros moignons annexiels, douloureux par la suite.

Chacun des vaisseaux pincés reçoit un catgut No 2 à sa base, puis le pédicule est pris en-dessous en bloc, sous une ligature totale ou par transfixion avec nœud de Lawson-Tait, sans qu'on craigne ici de perforer un vaisseau comme cela arrive quand on le fait à l'aveugle, même avec l'aiguille mousse et courbe de Deschamps.

Un drain pédiculaire et un gros drain urétéral sans mèche terminent l'opération.

2) Néphrectomie pour cancer. — Elle est différente par plusieurs caractères; d'abord, étant donné l'abondance et l'importance des veines capsulaires, qui déterminent une hémorragie en nappe sérieuse, l'essentiel est donc de pro-