

Technique des opérations sur le rein

Par M. le Dr F. Cathelin

Chirurgien en chef de l'Hôpital d'Urologie, ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine.

La technique des opérations lombaires (1) pratiquées sur le rein comprend un temps commun, qui est la voie d'abord et une technique particulière suivant telle ou telle opération. Nous les étudierons donc successivement.

I.—VOIE D'ABORD.

La voie d'abord des opérations portant sur le rein est presque exclusivement lombaire, les quelques rares cas de néphrectomie transpéritonéale ou parapéritonéale pour cancer, pouvant être fait avec peut-être plus de facilité par la voie postérieure qui est pour cela la seule que nous étudierons ici.

Instrumentation.—Elle est extrêmement simple: un bistouri, deux pinces de Kocher, une paire de ciseaux suffisent. Joignons ici une demi douzaine de Kocher longue et une néphrectomie ordinaire pourra être tentée sans danger.

Position.—Le malade sera placé sur le côté opposé, jambe de ce côté pliée, l'autre allongée, sous le flanc reposant sur la table est glissé un coussin rond de 10 centimètres de diamètre environ et le bras du côté malade est maintenu éloigné du thorax par un aide, pour faciliter la respiration.

Incision.—Toutes les variétés ont été proposées, depuis l'incision transversale, sous-costale, jusqu'à la verticale, surcraie, en passant par l'oblique. La meilleure est une association des deux; l'incision dite de Guyon, recto-curveur allant du sommet de l'angle costo-vertébral, verticale d'abord, on rapporte avec le bord externe de la masse sacro-lombaire pour s'incurver en béniqué et venir passer à un centimètre de l'épine iliaque antéro-supérieure, pour mourir plus ou moins loin au niveau de la paroi abdominale antérieure, pouvant être ainsi prolongée, suivant le cas.

Superposition des plans.—Après avoir incisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané avec l'aponévrose superficielle, le chirurgien trouve d'abord un premier plan formé du grand dorsal en haut et du grand oblique en bas séparé par un hiatus, puis un second plan musculaire formé du petit dentelé en haut et du petit oblique en bas, perforé du

nerf grand abdomino-génital qu'on ménagera autant que possible. C'est entre ces quatre muscles, que se trouve une dépression caractéristique, vide de toute fibre musculaire, le triangle de Zynfelt, limité en bas par la masse sacro-lombaire et qu'on perçoit sur le sujet maigre avant même l'incision cutanée.

Il est même possible dans certains cas d'aborder le rein par cette voie; c'est ce que j'ai appelé autrefois: la néphrectomie sans couper de muscles. Au-dessus, se trouvent les fibres nacrées et brillantes de l'aponévrose du transverse avec en haut les fibres transversales du ligament transverso ou lombo-costal de Henle, qu'on sectionne jusqu'à la côte, en refoulant la plèvre et pour se donner ainsi plus de jour.

A ce moment, la technique diffère avec l'opération qu'on se propose d'exécuter.

II.—TECHNIQUE SPECIALE A CHAQUE CAS.

10. Néphrostomie dans un rein normal d'aspect (calcul aseptique).

Une fois l'incision des différents plans effectuée, on tombe sur la capsule adipeuse du rein en arrière (fascia de Toldt), à laquelle un léger coup de ciseaux déterminera une petite fenêtre que le doigt agrandira aussitôt et le rein apparaîtra couché au fond de sa loge. Pour l'amener, on le décolle complètement dans la profondeur, en s'aidant des deux index qui glisseront sur le rein, tout en le protégeant, pendant qu'un aide tient avec deux pinces la capsule éversée, en suivant successivement les faces antérieure et postérieure, puis les pôles, inférieur et supérieur; ce dernier pour la fin, à cause des adhérences plus fortes et plus dangereuses, et aussi à cause d'une artère intraparenchymateuse existant souvent à ce niveau et qu'il importe de bien voir, pour la couper entre deux ligatures.

Cela fait, on essaie la sortie du rein de sa loge ou subluxation de l'organe sur les côtés, en prenant le rein tout entier dans la main, ce qui est plus ou moins difficile suivant le cas de pédicule-long ou court.

Une fois le rein sorti, on le fait reposer sur des compresses placées aux points cardinaux de la plaie et l'exploration commence. On pourra suivant le cas, le fendre sur son bord convexe (incision unique) ou au niveau de ses deux pôles (incision bipolaire) pour explorer l'un ou l'autre des calices. Suivant les cas, on fermera complètement le rein ou on le fermera avec drainage, ou enfin on le fixera à la paroi. On se servira alors de catgut No 4 qu'on passera avec une aiguille de Hagedorn courbe ou une aiguille de Reverdin à un bon centimètre de la section et on nouera à trois noeuds dans les deux premiers cas, lentement et très prudemment, pour éviter la section du parenchyme, qui dans certains cas, surtout ceux où il y a eu effraction de la capsule, se produit assez facilement. Dans l'autre cas, le fil de catgut est passé en U toujours à un bon centimètre de la section et noué en dehors par double ou triple noeud

(1) Nous laissons de côté dans cet article les opérations dites plastiques ou conservatrices que nous étudierons dans un autre article.