

Bibliothèque numérique

medic @

**Albaran y Dominguez, Joaquim Maria.
- Technique de la néphropexie**

***In : Presse médicale, 1906, 14.
pp. 253-256***

Cote : 100000

place dans la séméiotique. La malformation digitale ne dénonce pas seulement toutes les privautés bonnes ou mauvaises qui, à l'état de probabilité, sont l'apanage du neuro-arthritique; elle devient un élément de pronostic; elle sert avec d'autres, et avant les autres stigmates arthritiques, à augurer la personnalité du malade. Elle permet de prévoir et d'annoncer beaucoup de choses, parmi les défenses réactionnelles que le camptodactylie, enfant, adolescent ou adulte, offrira aux offenses de la maladie, aussi bien qu'aux défenses mises, par l'éducation, l'hygiène thérapeutique et la pharmacopée, au service de la *natura medicatrix*.

C'est maintes fois, que la camptodactylie m'a permis d'annoncer l'apparition de phénomènes congestifs ou de troubles nerveux à propos de la venue des premières règles. C'est maintes fois, que la camptodactylie, me donnant la signature du tempérament neuro-arthritique, m'a permis de donner un pronostic à longue portée chez des jeunes gens ou chez des jeunes femmes bacillaires et tuberculeux. Je m'autorisais de la camptodactylie pour annoncer que l'affection pulmonaire s'affirmerait plutôt par des manifestations bronchitiques, spasmodiques asthmatiformes, ou par de petites hémoptysies à répétition, ou encore par des accès de tachycardie, les crises pulmonaires ou cardiaques faisant, d'ordinaire, prodrome symptomatique que de désordres organiques.

Maintes fois encore, la camptodactylie, chez pareils jeunes hommes et pareilles jeunes femmes éréthiques, m'a permis, en dépit de localisations tuberculeuses importantes, d'annoncer l'évolution sclérogénisante de la maladie faite, dans l'espèce, de tendances congestives, franchement inflammatoires, plutôt que caséifiantes.

Mêmes observations se peuvent faire à propos des *séquelles* que laissent après elles la fièvre rhumatismale polyarticulaire aiguë, la fièvre typhoïde ou la gonococcie. Ces exemples, choisis parmi beaucoup d'autres, montrent combien de choses — comme je le répète familièrement à l'hôpital — peut nous dire le *petit doigt* d'un malade, puisqu'il nous permet de deviner son passé, de dépister son tempérament, d'augurer son avenir.

Aussi, à propos de la camptodactylie; comme à propos de l'asymétrie pupillaire; d'une cicatrice trachéale; de stigmates de variole; de traînées leucoplasiques linguales ou buccales; comme à propos de beaucoup d'autres minces phénomènes, il n'est que juste de répéter encore et toujours: *de minimis curat medicus*.

TECHNIQUE DE LA NÉPHROPEXIE

Par M. J. ALBARRAN.

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chirurgien des Hôpitaux.

L'opération de la néphropexie doit être conduite de manière à remplir plusieurs conditions dont les principales sont :

- 1° Explorer le rein et l'uretère;
- 2° Placer le rein en bonne position;
- 3° Bien fixer l'organe;
- 4° Altérer le moins possible son parenchyme.

1° Explorer le rein et l'uretère. — Avant d'opérer, le chirurgien doit avoir déterminé le rapport qui existe entre les symptômes accusés par le malade et la mobilité du rein, il doit notamment essayer de constater s'il existe de la rétention rénale, si avec le rein mobile il co-existe d'autres affections; si des troubles digestifs peuvent être mis sur le compte de la ptose du

rein. Pendant l'opération il doit, même dans les cas les plus simples, voir et palper le rein et le bassinnet pour dépister les dilatations dues à des rétentions vidées, il doit encore et surtout examiner la partie supérieure de l'uretère pour rechercher les coutures fixes ou mobiles et les brides celluluses qui peuvent gêner le cours de l'urine.

Ces explorations ne peuvent être bien faites qu'à la faveur d'une incision suffisante des parties molles et lorsque la décortication du rein est assez complète.

2° Position qu'on doit donner au rein. — Si l'opérateur voulait placer le rein assez haut pour que, comme à l'état normal, son tiers inférieur seul dépassât le bord inférieur de la 12^e côte, il risquerait de pratiquer une opération défectueuse: la position du rein serait mauvaise et l'organe mal fixé.

J'ai montré combien est fréquente la descente du foie dans les cas de rein mobile, il en résulte que l'espace sous-costal est trop peu profond pour loger le rein verticalement placé: lorsque, dans ces conditions, on refoule le rein en haut en voulant le cacher sous les côtes, son extrémité supérieure glisse en avant sous la face inférieure du foie et, si on fixait le rein, on aboutirait à déterminer une antéversion forcée. Pour éviter ce grave inconvénient, il faut ne cacher sous les côtes que la portion du rein qui peut y tenir verticalement placée, ce qu'on détermine aisément en mesurant avec le doigt la profondeur de l'espace sous-costal. Un autre grave inconvénient de trop vouloir cacher le rein sous les côtes est le défaut de fixité de son extrémité supérieure après l'opération. Dans toute la partie de sa surface cachée sous les côtes, le rein se trouve en contact avec la lame aponévrotique qui remonte sous le diaphragme; or cette lame aponévrotique, à structure fibreuse, ne donne pas facilement des adhérences solides. D'un autre côté, la partie sous-costale du rein, n'étant pas directement suturée, suit facilement les mouvements du foie, ce qui contribue à la mal fixer. La portion inférieure du rein, celle qui dépasse les côtes, se trouve au contraire bien fixée aux plans musculaires de la paroi. Dans ces conditions, la position inférieure du rein étant bien fixée et la supérieure mobile, cet organe tend à se placer en antéversion et les tiraillements sur les adhérences déterminent des douleurs qui peuvent indiquer une opération itérative.

Ces inconvénients doivent nous mettre en garde contre cette conception naturelle, mais trop simpliste, qui consiste à vouloir fixer le rein dans sa situation normale. Il importe aussi de ne pas tomber dans l'excès contraire et de ne pas croire qu'on ne peut tenir compte que de la bonne fixation du rein sans se préoccuper de sa situation. Il est indispensable que le rein fixé se trouve dans une situation telle que l'orifice de l'uretère dans le bassinnet soit situé au point le plus déclive, de manière à bien assurer le libre écoulement de l'urine.

3° Le rein doit être bien fixé. — Le rein normal jouit d'une certaine mobilité, mais il serait dangereux de ne pas bien le fixer en cas de rein mobile. J'ai vu un bon nombre de malades qui sont venus demander mes soins pour retour des accidents après des néphropexies mal exécutées par d'autres chirurgiens; souvent dans ces cas j'ai constaté de grandes mobilités. D'autres fois le retour des douleurs est dû à ce que le rein n'est que partiellement bien fixé et qu'il se produit secondairement un mouvement de bascule sur place qui détermine de l'antéversion ou de la rétroversion de la glande. Il est donc indispensable dans la néphropexie de fixer le rein dans une étendue suffisante pour éviter les déplacements secondaires du viscère.

4° L'opération doit altérer le moins possible le tissu du rein. — Les premiers opérateurs craignaient tellement les lésions que le passage des fils de suture pouvait déterminer dans le rein qu'ils s'étaient contentés de suturer la capsule graisseuse ou la capsule propre. Depuis, l'expérience opératoire et l'expérimentation chez les animaux ont démontré à l'évidence qu'on peut sans danger suturer le rein, mais les sutures parenchymateuses, seules aujourd'hui employées, présentent néanmoins de réels inconvénients.

Les fils de suture qui traversent le parenchyme

du rein, de quelque nature qu'ils soient, déterminent la formation d'une zone de sclérose au niveau de leur passage: la zone de sclérose est d'autant plus étendue que le fil est plus gros et peut être assez considérable si le fil coupe le tissu friable du rein.

Les sutures parenchymateuses présentent un autre inconvénient: pour que le fil tienne bien, on doit le passer assez profondément dans l'intérieur du rein; or la disposition variable des calices ne nous permet pas de savoir avec certitude à quelle profondeur on peut traverser le rein pour que les fils ne pénètrent pas dans l'intérieur des calices. Il y a pourtant grand intérêt à ne pas traverser les calices parce que, dans ce cas, on s'expose à la formation d'une fistule urinaire.

Pour éviter ces inconvénients, certains auteurs ont essayé de pratiquer la néphropexie sans sutures et j'emploie moi-même un procédé de néphropexie capsulaire.

J'ai pratiqué un grand nombre de fois, avec de très bons résultats immédiats et éloignés, l'excellent procédé de suture parenchymateuse du rein, de mon maître Guyon, mais je pense que, tout particulièrement lorsque le rein présente des lésions de néphrite, il y a avantage à décapsuler le rein en même temps qu'on le fixe, et à ne pas traverser son parenchyme avec les fils.

Voici le procédé opératoire que j'ai employé avec plein succès:

Technique opératoire.

Position du malade. — Le sujet est couché sur le côté sain, la jambe de ce côté étant légèrement fléchie et l'autre étendue. Cette position permet de glisser, entre le plan du lit et le côté du malade, un coussin dur, de forme arrondie, qui s'enfonce entre les côtes et la crête iliaque: dans cette position, l'espace costo-iliaque, élargi, acquiert son maximum de développement.

Le malade, étant placé comme nous venons de le dire, a toujours de la tendance à glisser en avant, sur son ventre; il est utile, pour l'empêcher, qu'un des assistants, qui n'aident pas directement à l'opération, soutienne l'épaulé du malade.

Tracé de l'incision. — L'incision des parties molles doit commencer sur la dernière côte, au niveau ou un peu en dehors de la masse sacro-lombaire; en partant de ce point, l'incision se dirige très obliquement en bas et en avant pour passer à un large travers de doigt au-dessus du point culminant de la crête iliaque et se terminer plus ou moins loin suivant la grosseur du malade.

Section des parties molles. — On incise ensuite, dans toute la longueur de la plaie, le premier plan musculaire: en haut, vers la côte, les fibres obliques du grand dorsal; en bas, séparées des précédentes par le triangle de J.-L. Petit, qui reste en arrière de l'incision, les fibres presque verticales du grand oblique.

Au-dessous, apparaît le second plan musculaire formé en haut par le petit dentelé, au milieu par l'aponévrose du transverse et en bas par le petit oblique traversé par le nerf abdomino-génital.

La section des muscles précédents met à nu l'aponévrose du transverse et quelques fibres musculaires de ce muscle dans la partie inférieure de la plaie. Avant d'inciser cette aponévrose pour arriver à l'atmosphère périrénale, il faut se rappeler: 1° que la dernière intercostale se trouve dans l'angle supérieur de la plaie et que, dans un grand nombre de cas, il est inutile de la couper; 2° que le nerf abdomino-génital suit obliquement le bord postérieur de l'incision opératoire; or, il convient de ne pas couper ce

nerf pour ne pas provoquer des troubles nerveux dans la sphère génitale et pour éviter l'inutile et ennuyeux saignement des veines qui l'accompagnent.

L'incision prudente de l'aponévrose du transverse commencera à un travers de doigt de la côte et se poursuivra au bistouri dans une longueur de 6 à 8 centimètres : l'incision sera ensuite complétée jusqu'à l'angle inférieur de la plaie avec les ciseaux guidés sur l'index gauche qui soulève l'aponévrose après avoir refoulé en arrière, vers la masse sacro-lombaire, le nerf abdomino-génital et les veines qui l'accompagnent. Vers le haut de la plaie l'index gauche dépouille bien la face profonde de l'aponévrose et du ligament costo-vertébral ; on donne encore un petit coup de ciseaux et, en écartant les fibres aponévrotiques avec les doigts, on arrive à sentir la côte sans qu'il soit utile de la dépouiller. En voulant quand même arriver avec le bistouri jusqu'au niveau du bord inférieur de la côte, on ne gagne guère de jour, on coupe la dernière intercostale, qu'il faut lier, et on risque de blesser la plèvre. L'ouverture de la plèvre est surtout à redouter, lorsque la 12^e côte est courte ; dans ces cas, il faut redoubler de précautions et se souvenir que la plèvre peut être refoulée avec la graisse qui la double. Le mieux est de prendre toujours la précaution indiquée de ne couper le plan aponévrotique au-dessous de la côte, que lorsqu'on a bien refoulé, avec l'index, ce qui se trouve en dessous, de le sectionner prudemment, par petits coups de ciseaux, en déchirant en partie les plans fibreux.

Décortication du rein. — La couche de graisse sous-aponévrotique est souvent très peu abondante, parfois même elle existe à peine et on arrive de suite sur le fascia rétro-rénal, d'épaisseur variable, et ressemblant plus ou moins au péritoine avec lequel il se continue sans ligne de démarcation nette. Pour bien arriver au rein et ne pas inciser le péritoine il convient de couper le fascia très en arrière, au-dessous du carré lombaire, plus près de la colonne vertébrale que le bord de ce muscle.

Avec la main gauche, le chirurgien tire en avant le fascia sur lequel il pratique avec le bistouri tenu de la main droite une petite incision de 2 ou 3 centimètres : on voit immédiatement faire hernie à travers cette incision une couche de graisse d'un jaune plus pâle, plus diffluente et moins grenue que la graisse de la couche sous-aponévrotique déjà rencontrée ; c'est l'atmosphère graisseuse du rein. Introduisant les deux index dans la section faite au fascia rétro-rénal, le chirurgien le déchire aisément de haut en bas ; en haut, le fascia est mince et le doigt touche aisément la côte ; en bas, on n'arrive pas aussi facilement jusqu'au bord inférieur de la plaie ; un mince cordon aponévrotique formé par les fibres refoulées résiste au doigt. Il faut un coup de ciseaux sur cet obstacle pour bien dégager la partie profonde de la plaie ; si on néglige ce détail on est gêné pour opérer et on ne profite pas de toute la longueur de l'incision.

Il faut ensuite décortiquer le rein.

La lame aponévrotique rétro-rénale étant effondrée et complètement déchirée dans toute la longueur de l'incision, les deux index vont à la recherche du rein en se dirigeant en avant et en dedans, vers le milieu de la plaie ; chemin faisant, ils déchirent la graisse molle de l'atmosphère adipeuse, et ils arrivent bientôt au contact du rein qu'ils abordent par son bord convexe ou par sa face postérieure. Lorsqu'on arrive sur le rein, on sent sa surface de consistance ferme ; si la

graisse n'est pas très abondante on reconnaît même par la vue sa capsule propre qui laisse transparaitre son tissu brun.

Lorsque les index de l'opérateur sont arrivés au contact du tissu rénal, on laisse en place l'index gauche tandis que, avec la main droite, on place sur la graisse périrénale qui est en avant de cet index une pince à cadre. Cette pince doit prendre largement la graisse et tout ce qui se trouve dans cette partie antérieure de la plaie entre le rein et l'aponévrose du transverse ; c'est dire que souvent le péritoine se trouve, avec la graisse, compris entre les mors de la pince ; si on se bornait à prendre une mince épaisseur de graisse périrénale on ne pourrait exercer sur elle aucune traction sans la déchirer.

La première pince à cadre ayant été ainsi placée, on en met une autre en face d'elle, sur la portion de graisse qui se trouve en arrière du sillon que les doigts ont creusé dans la graisse pour aborder le rein.

Ces deux pinces sont alors confiées à l'aide qui les écarte, l'une en avant, l'autre en arrière, mettant ainsi à découvert le tissu du rein. A mesure que le rein est dégagé, la graisse est prise dans des pinces à cadre qu'on place, comme les premières, en avant et en arrière, et qu'on confie à l'aide ; habituellement, il suffit de placer ainsi une ou deux pinces à cadre en avant et autant en arrière pour bien décortiquer le rein.

La décortication du rein doit être complète et les doigts doivent bien suivre la surface de la capsule propre : on dégage ainsi complètement les deux faces antérieure et postérieure du rein, son extrémité supérieure, dont on suit le contour jusqu'à l'échancrure du hile, et son extrémité inférieure jusqu'au bassinnet.

Inspection du rein. — Il est nécessaire d'explorer le rein et l'extrémité supérieure de l'uretère pour ne pas s'exposer à ce qu'une lésion rénale reste méconnue, peut-être à ce qu'une coudure urétérale persiste après l'opération. Or, pour bien faire il faut attirer le rein au dehors et l'avoir bien sous la main, manœuvre facile en cas de rein mobile parce que le pédicule vasculaire est habituellement très long dans ces cas.

Pour attirer le rein au dehors on accroche avec l'index droit son extrémité inférieure en l'attirant vers la plaie, pendant que le médius et l'index gauches, placés au-dessus du rein, accrochant même un peu son extrémité supérieure, contribuent à le pousser en bas et en dehors, l'empêchant de basculer sur place.

Le rein étant ainsi luxé, il est aisé de bien le regarder et de le palper dans toute son étendue : on reconnaît facilement les hydronéphroses étendues ; on se rendra compte des petites rétentions en constatant que l'organe n'est pas aussi ferme que d'habitude ou encore en plissant le rein sur sa face antérieure de manière à rapprocher ses deux extrémités ; un rein normal ne se laisse pas plisser ; un rein dilaté et vide forme en avant un sillon plus ou moins marqué.

Il faut ensuite regarder et palper le bassinnet et l'uretère. La main gauche prend le rein sur ses deux faces, l'attire un peu en haut et dégage le bassinnet : la main droite écarte la graisse qui entoure l'origine de l'uretère et dégage ce conduit. Si des adhérences fixent une coudure urétérale on les dégagera avec grand soin et, en remettant le rein en place, on s'assurera que, dans la nouvelle position donnée à l'organe, l'uretère n'est plus coudé et suit bien son trajet normal.

Décortication de la capsule propre du rein. — Pendant que l'aide maintient le rein, le chirurgien pratique une ouverture à la

capsule propre du rein pour procéder à la décortication. Saisissant la capsule avec une pince à griffes au niveau du bord convexe du rein, on incise légèrement cette membrane au bistouri sans entamer le parenchyme sous-jacent. Une sonde cannelée est alors glissée vers l'extrémité inférieure du rein entre la capsule et la substance corticale, et on coupe en long la capsule soulevée (fig. 1) ; la même manœuvre est pratiquée en haut vers le pôle supérieur du rein. Saisissant alors avec la pince la capsule incisée, on la détache doucement du parenchyme rénal, d'abord avec la sonde cannelée, puis, lorsque le décollement est amorcé, avec la pulpe de l'index. On détache ainsi la capsule en avant et en arrière jusqu'au niveau du hile, et on dépouille complètement les deux extrémités supérieure et inférieure du rein, en complétant l'incision médiane de la capsule.

La décapsulation ainsi faite donne lieu à un petit suintement sanguin qui s'arrête rapidement en appuyant légèrement une compresse sur le rein.

Formation des lambeaux capsulaires. (fig. 2). — Pendant que l'aide saisit entre ses doigts, pour bien l'étaler, la moitié antérieure de la capsule propre du rein, le chirurgien la coupe en son milieu, du bord convexe vers le hile, la partageant ainsi en deux moitiés, supérieure et inférieure. Saisissant alors avec une pince l'angle coupé de la capsule, l'aide présente au chirurgien le lambeau supérieur pour qu'il puisse nouer à sa base, près du hile, un fil de catgut double n° 2 : les deux chefs de ce fil sont serrés avec une pince. On lie ensuite de même manière le lambeau formé par la moitié inférieure de la face antérieure de la capsule. La moitié postérieure de la capsule est traitée comme la moitié antérieure, c'est-à-dire qu'on la partage en deux lambeaux qui sont liés à leur base par un catgut. Les quatre lambeaux capsulaires se trouvent aussi liés chacun séparément à sa base par un fil de catgut double qui servira à les fixer à la dernière côte et à la paroi lombaire.

Refoulement de la capsule graisseuse. — Nous avons vu que, pour que la fixation du rein soit bonne et uniforme dans toute son étendue, il ne doit pas rester de graisse interposée entre l'organe fixé et la paroi abdominale. Pendant la décortication, le chirurgien s'est déjà préoccupé de bien dépouiller le rein et de refouler en bas l'atmosphère graisseuse : au moment de l'opération où nous sommes arrivé, il faudra remettre le rein en place et compléter le refoulement de la graisse de manière à la tasser au-dessous de l'extrémité inférieure du rein ; l'essentiel est que, en arrière du rein, il ne reste pas de graisse ; on doit voir la face profonde du carré lombaire avec ses fibres rouges parfaitement dépouillées ; sous les côtes, le doigt doit sentir nettement qu'aucune parcelle de tissu adipeux ne restera interposée entre la paroi et le rein.

Lorsque toute la graisse a été enlevée sur la face postérieure du rein, on enlève celle qui, en avant, double le péritoine et se trouverait interposée entre les muscles de la paroi et le parenchyme rénal.

Fixation du premier fil à la dernière côte (fig. 3). — Avec une aiguille de Reverdin courbe, on pénètre dans le dernier espace intercostal immédiatement au-dessus du bord supérieur de la dernière côte ; on contourne, en la rasant de près, la face profonde de cet os et on fait sortir la pointe de l'aiguille au niveau de son bord inférieur. On ouvre alors le chas de l'aiguille et on y passe un des deux chefs du premier fil capsulaire antérieur, que

l'aiguille ramène en suivant en sens inverse le trajet qu'elle a déjà parcouru. Avant de nouer ce fil, on passe de la même manière, sur la face profonde de la 12^e côte, un des deux chefs du premier fil capsulaire postérieur. Lorsque ces deux fils, postérieur et antérieur, sont passés autour de la côte, on fixe le rein. Pour cela, le chirurgien repousse le rein sous les côtes avec la main droite, en

craignant d'intéresser la plèvre avec l'aiguille si on passe celle-ci dans le 10^e espace intercostal. Lorsque ces deux fils supérieurs sont noués, le rein se trouve déjà solidement fixé; deux nouveaux fils doubles vont encore assurer la fixation.

Fixation du deuxième fil à la paroi musculaire. — En arrière du rein, on traverse

Il convient de passer d'abord à travers la partie profonde de la paroi musculaire les chefs postérieur et antérieur du deuxième fil avant de faire les nœuds : le chirurgien soutient ensuite le rein en bonne position pendant que l'aide noue les fils.

Lorsque les deux fils capsulaires ont été noués, le viscère se trouve caché par son tiers supérieur sur les côtes; sa face postérieure

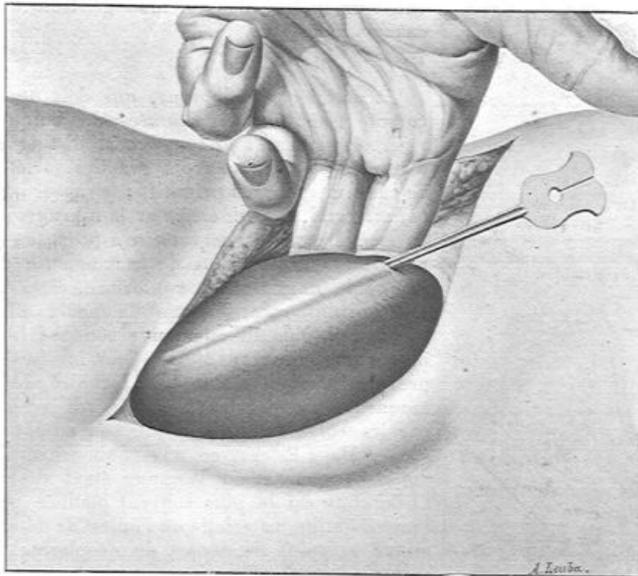


Figure 1.

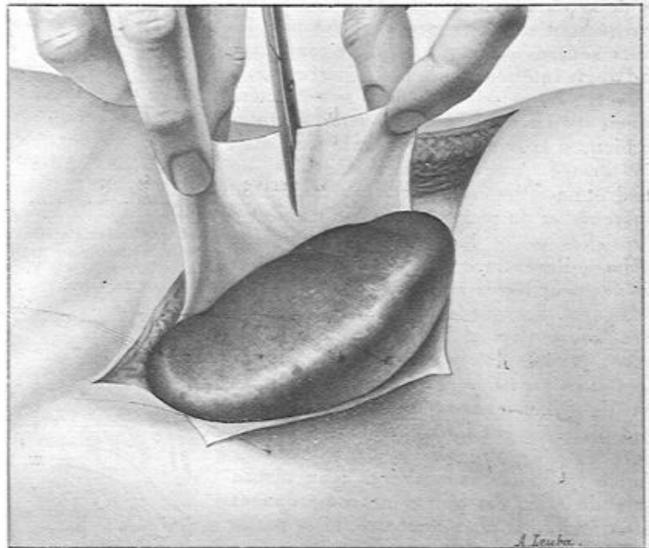


Figure 2.

lui donnant la situation définitive qu'il doit conserver, c'est-à-dire que le tiers supérieur du rein est caché sous les côtes dans une situation presque verticale, à peine un peu incliné en avant. Pendant que le chirurgien maintient le rein dans cette situation, l'aide noue entre eux les deux fils postérieurs d'abord, les deux antérieurs ensuite. Chacun de ces fils forme ainsi une boucle complète autour de la côte qu'il entoure et se trouve noué sur sa face externe (Guyon). Je passe d'habitude les fils

avec une aiguille de Reverdin, d'arrière en avant, le muscle carré lombaire près de son bord antérieur, en ayant soin de ne pas blesser le nerf abdomino-génital qui doit rester caché plus profondément, en arrière; la pointe de l'aiguille sort par la face profonde du muscle et ramène, après qu'elle a été enfilée, d'avant en arrière, un des deux chefs du deuxième fil capsulaire : ce chef est noué avec l'autre bout du même deuxième fil, formant ainsi une anse qui embrasse le bord du

est en contact avec le carré lombaire, et sa face antérieure avec la face profonde du transverse de l'abdomen. Le bord convexe du rein et une partie de ses faces apparaissent au fond de la plaie. En dessous du rein, la graisse capsulaire comble plus ou moins la plaie.

Toilette de la plaie. Ligatures. — A ce moment de l'opération, on nettoie bien la plaie avec des compresses, et on place les

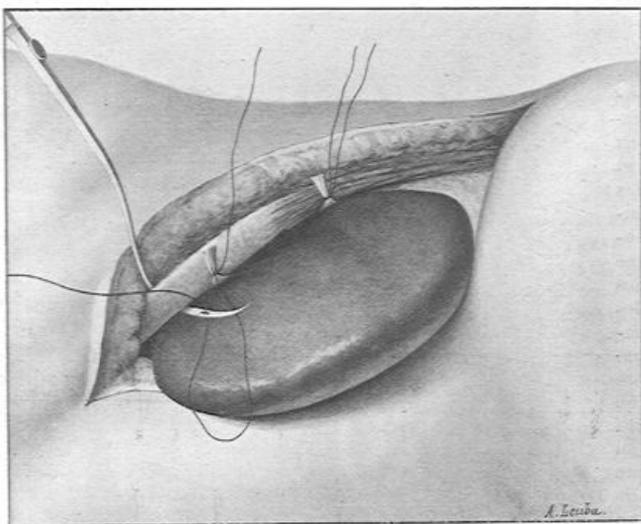


Figure 3.

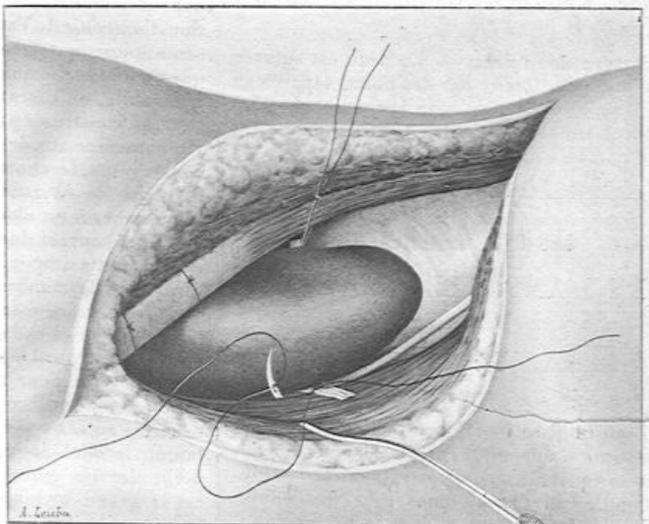


Figure 4.

costaux un peu en avant du point de la côte qui correspond au bord de la masse sacro-lombaire. Si la côte est de moyenne longueur, les deux fils antérieur et postérieur sont placés à une petite distance l'un de l'autre. Si la 12^e côte est très courte, on peut passer le fil autour de la 11^e côte, mais dans ces cas, je préfère ne fixer le rein qu'au périoste externe de la côte et au ligament costo-vertébral,

carré lombaire (fig. 4). En avant, l'aiguille de Reverdin traverse de la surface à la profondeur, le tiers le plus profond de la paroi musculaire, à 1 centimètre du bord de la plaie, et ramène un des deux chefs antérieurs du second fil double qui sera noué avec l'autre chef du même fil, formant ainsi une boucle qui embrasse la partie profonde de la paroi musculaire.

quelques ligatures nécessaires; d'habitude, deux ou trois vaisseaux ont besoin d'être liés notamment, dans l'angle supérieur de la plaie, la première artère lombaire souvent sectionnée. Il importe de faire soigneusement l'hémostase pour éviter la formation d'un hématome.

Drainage. — Habituellement, je draine

dans l'opération du rein mobile : le suintement sanguin est assez abondant, pour que ce soit là une précaution utile. Je place un drain n° 25, de la filière Charrière, au-dessous de l'extrémité inférieure du rein : le plus souvent le drain ne correspond pas à l'extrémité inférieure de la plaie, l'opération finie, il se trouve placé vers le quart inférieur de la plaie suturée au-dessus et au-dessous de lui.

Suture des muscles — Dans toute l'étendue de la plaie les bords musculaires et l'aponévrose sont soigneusement suturés par des points séparés au catgut n° 2. Je commence par l'angle inférieur de la plaie, parce que, à ce niveau, les muscles profonds se rétractent fortement en avant, et on ne pourrait les suturer bien, si la portion haute de la plaie était déjà fermée. Avec une pince à griffes, on prend et on attire cette portion rétractée du transverse et du petit oblique, de manière à ce qu'elles soient bien prises par l'aiguille courbe de Reverdin, qui traverse toute l'épaisseur des deux lèvres musculo-aponévrotiques de la paroi. Lorsque la paroi est très épaisse, on est souvent obligé de faire en deux temps ces sutures les plus inférieures. Ce premier fil est noué par l'aide pendant que le chirurgien tient bien en contact les deux bords de la plaie. On continue ensuite la série des points séparés qui réunissent dans toute leur étendue les bords musculaires : au niveau même du rein, ces points ne comprennent pas en arrière le carré lombaire, ni la partie la plus profonde de la paroi en avant, parce que ces muscles ont déjà été fixés au rein ; mais tout le restant de la tranche musculaire va se trouver ramené au-dessus du bord convexe du rein, qui reste ainsi profondément inclus.

Pour que la suture de la paroi musculaire soit bien solide, il convient de placer les fils séparés, à peu près à un demi-centimètre de distance les uns des autres ; il est nécessaire encore de placer quelques points intermédiaires plus superficiels, pour bien affronter les deux lèvres aponévrotiques antérieure et postérieure qui ne se correspondent pas très exactement lorsque les fils profonds ont été noués : pour ces sutures complémentaires, je me sers de fin catgut n° 1.

Suture de la peau — La peau est suturée comme à l'ordinaire par des points séparés au crin de Florence, de manière à ce que l'affrontement soit exact. Le drain lui-même est fixé par un crin.

LES CANCERS PRIMITIFS

DE L'AMPOULE DE VATER

Par Maurice LETULLE

Professeur agrégé
Médecin de l'hôpital Boucicaud.

Bien qu'il soit conforme à l'enseignement classique d'opposer l'extrême fréquence des cancers primitifs du gros intestin à l'exceptionnelle rareté du cancer du duodénum, l'observation démontre, dans le premier segment de l'intestin grêle, l'Ampoule de Vater, disons mieux : la « région vaterienne » comme étant, plus fréquemment qu'on ne le croyait jadis, le siège et le lieu d'origine d'une transformation cancéreuse de tel ou tel de ses épithéliums constitutifs.

Depuis une dizaine d'années, les travaux de Pilliet, Bard et Pic, Hanot, Rendu, R. Durand-Fardel, Dominici, Carnot, pour ne parler que de nos compatriotes, ont bien isolés et mis en relief les caractères anatomo-pathologiques et cliniques des cancers primitifs de

l'ampoule de Vater. Les « cancers vateriens » méritent, à coup sûr, une mention particu-

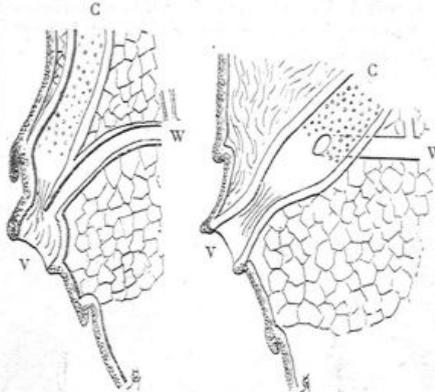


Figure 1. — Premier type. L'ampoule existe ; elle reçoit le cholodoch (C) et le Wirsung (W). V, ampoule de Vater.
Figure 2. — Deuxième type. Le cholodoch reçoit le Wirsung et déverse le suc pancréatique avec la bile.

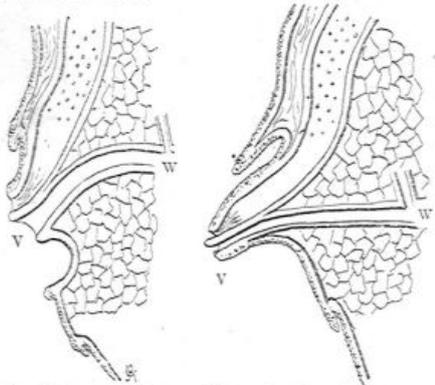


Figure 3. — Troisième type. Les deux canaux parallèles s'ouvrent à la surface de l'intestin.
Figure 4. — Quatrième type. Les deux canaux parallèles forment une papille saillante dans l'intestin.

lière dans le chapitre général des cancers de l'intestin grêle.

Tout d'abord, il est bien entendu que, dans la nomenclature en question, l'ampoule de Vater représente plus un terme historique qu'une vérité anatomique. L'ampoule, ou diverticule intestinal, constituée par une cavité commune aux deux canaux convergents, le cholodoch et le canal de Wirsung et les réunissant en un cloaque unique (fig. 1) ouvert dans le duodénum, cette ampoule est une rareté : Elle manque sur les deux tiers, voire même sur les trois quarts des cadavres examinés à cet égard¹. Plus souvent, ce type, pour ainsi dire idéal, est remplacé par l'un des trois autres types décrits : tantôt, le cholodoch qui, au point de vue embryologique est le grand ordonnateur de la région vaterienne, reçoit (fig. 2) le Wirsung à quelque distance de la paroi duodénale et déverse en même temps bile et suc pancréatique dans l'intestin ; tantôt, les deux canaux, cholodoch et Wirsung, s'accolent et, diversement

unis, débouchent ensemble (fig. 3 et 4) dans la grande caroncule ; tantôt enfin, circonstance d'une importance capitale au point de vue de l'étude clinique des cancers vateriens, le canal de Wirsung avant au niveau de la « caroncule minor », sondé, soit unique, soit accessoire, y trouve une sauvegarde naturelle, complète ou insuffisante, selon les cas, pour le fonctionnement du pancréas.

Ces quelques détails d'anatomie normale ont leur intérêt dans l'étude générale des cancers vateriens.

L'anatomie pathologique, qui doit tenir compte avant tout des données anatomiques macroscopiques et histologiques, distinguée, d'après leur origine, trois grandes variétés de cancers vateriens primitifs : le cancer ampullaire vrai, le cholodocien et le wirsungien. La première variété, ampullaire à proprement parler, née aux dépens de la muqueuse de l'ampoule normalement conformée, est à la fois la plus rare, comme l'ampoule elle-même, et la plus difficilement reconnaissable, pièces anatomiques en mains ; l'envahissement presque inévitable, en tout cas fort aisé, de la muqueuse duodénale adjacente et sus-jacente par les colonies épithéliomateuses en est la cause. Dans ce cas, en effet, l'abouchement du cholodoch et du Wirsung étant altéré, l'hésitation est le plus souvent justifiée par l'impossibilité matérielle où l'on est de déterminer le point de départ du néoplasme. A moins de quelque cas heureux où le hasard aura permis de surprendre, au début même, un épithélioma encore tout à fait circonscrit dans l'ampoule même, le cancer ampullaire vrai n'est, pour ainsi dire, jamais diagnostiqué à l'autopsie : on ne peut que le soupçonner.

Des deux autres variétés, la seconde, la cholodocienne est à la fois de beaucoup la plus fréquente et la plus facile à reconnaître. Encore est-il bon de bien circonscrire le débat. Pour accepter qu'il s'agit exactement d'un cancer vaterien, né aux dépens soit du cholodoch, soit du Wirsung, il faut, de toute nécessité, que l'autopsie démontre deux points

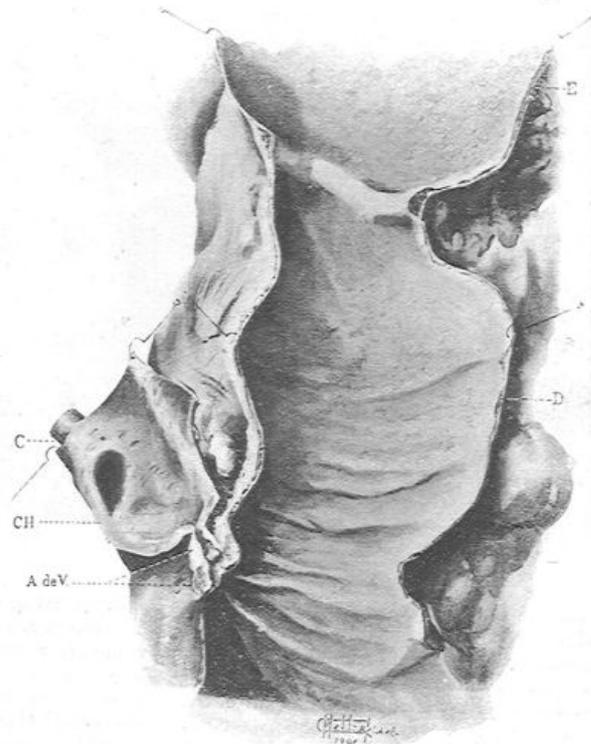


Figure 5. — Cancer de l'ampoule, né aux dépens du canal de Wirsung. E, estomac ; D, duodénum ; A de V, ampoule ; CH, cholodoch ; C, canal cystique.

1. MAURICE LETULLE et NATTAN-LARRIER. — « L'ampoule de Vater ». Archives des sciences médicales, Masson, 1898, p. 191.