

masse sacro-lombaire. C'est donc à la partie externe de cette masse que le foyer vient ordinairement faire saillie, et c'est en ce point qu'il convient de pratiquer l'incision. Celle-ci sera faite verticalement, couche par couche, lentement ; si, arrivé profondément, on ne trouve pas le foyer, il sera préférable de substituer le doigt ou bien une sonde cannelée au bistouri afin de ne pas s'exposer à blesser le rein ou le côlon.

A l'aide d'une incision analogue à la précédente, on peut arriver aisément sur le rein, enlever des calculs ou pratiquer la *néphrectomie*. On peut se contenter d'inciser le rein, ce qui constitue la *néphrotomie*. C'est encore la même voie que suit le chirurgien pour fixer le rein flottant (*néphrorraphie*) lorsque ce déplacement est la cause de douleurs intenses qui n'ont pas cédé au port d'une ceinture spéciale.

Les opérations sur le rein ont pris de nos jours une grande extension et sont devenues classiques. Il ne faut pas, toutefois, oublier que l'ablation du rein constitue une grave opération, et par le traumatisme qu'elle nécessite et par la suppression d'un organe qui peut être indispensable à la vie, lorsque celui de l'autre côté ne fonctionne pas régulièrement. Aussi, toutes les fois que la simple incision paraîtra suffisante dans les cas de calcul, de pyélo-néphrite suppurée, etc., est-ce à la néphrotomie extrapéritonéale qu'il faut donner la préférence. L'ablation totale du rein, ou néphrectomie, sera réservée, autant que possible, aux tumeurs solides de cet organe, et, dans ce cas, ce n'est plus la voie lombaire qu'il faudra suivre si la tumeur est volumineuse, mais la voie transpéritonéale.

*Péritoine.* — Le péritoine forme la limite profonde de la région lombaire, mais il en est très écarté par suite de la présence du rein et du côlon, qui le soulèvent. Cet intestin, en effet, n'est pas ordinairement recouvert du péritoine dans toute sa circonférence; une partie de sa face postérieure en est dépourvue, en sorte qu'en ce point le côlon repose directement sur le carré des lombes.

C'est surtout pour ce motif que Callisen proposa de substituer la *côlotomie lombaire* à la *côlotomie iliaque* de Littre; mais aujourd'hui que, grâce à l'antisepsie, les blessures du péritoine ont perdu une grande partie de leur gravité, l'opération de Littre est universellement adoptée.

Je rappellerai, néanmoins, que pour découvrir le côlon à droite ou à gauche il faut pratiquer une incision verticale le long du bord externe de la masse sacro-lombaire, et dans la moitié inférieure seulement de la région, puisque plus haut on tomberait sur le rein. Diviser successivement : la peau, la couche graisseuse sous-cutanée, le grand dorsal, le petit oblique, l'aponévrose du transverse, qui est unique en ce point, le carré des lombes et son aponévrose. On recherchera alors les fibres musculaires de l'intestin, tout en se souvenant qu'il existe parfois un méso-côlon, et qu'alors cet organe est enveloppé de tous côtés par le péritoine, ce qui rend fatale la blessure de cette membrane; la bandelette longitudinale serait un excellent point de repère, mais elle ne se trouve pas en arrière.

Si l'incision longitudinale conseillée par Callisen ne donnait pas suffisamment de jour au fond de la plaie, on y ajouterait une incision horizontale, en prenant soin de se rapprocher de la crête iliaque. Une incision courbe donnerait le même résultat.