

le catgut, les tendons de kangaroo qui se résorbent moins vite, ou la grosse soie plate aseptique, qui est inoffensive, comme nos expériences l'ont montré, et qui maintient à demeure indéfiniment l'organe, puisqu'elle ne se résorbe pas. Ces fils sont fixés, les supérieurs au périoste de la face externe de la douzième côte, les moyens deux à deux à l'extrémité supérieure de l'incision aponévrotique profonde, les inférieurs à cette même aponévrose. Ils sont serrés modérément, de façon à ne pas couper le parenchyme et à affronter la partie avivée à la paroi musculaire. Le rein ainsi fixé est au-dessous de sa situation normale, qu'il est impossible de lui rendre sans perforer le diaphragme. Les différentes sections musculaires sont suturées en trois étages au catgut et la peau réunie au crin de Florence sans aucun drainage. Pansement classique, gaze aseptique et ouate stérilisée. Bandage de corps avec sous-cuisses. »

Quelques modifications ont été apportées au procédé de M. Tuffier. Zatti, Delagenière, Albarran ont montré que la néphrorraphie simple sans avivement de la surface du rein suffisait à donner une fixation parfaite, à condition d'enlever avec grand soin la couche adipeuse et d'irriter la capsule propre du rein, au moyen d'une solution phéniquée forte. Les biopsies de Mac Cosh, de Bruce Clarke, les autopsies de Duret, de Reymond, d'Albarran ont montré que ce procédé déterminait la production de gros tractus fibreux autour de chaque fil. Il a l'avantage de ne pas produire, comme le procédé de la décortication, la sclérose de la substance corticale du rein (Zatti, Albarran).

Quelques incidents peuvent se produire au cours de l'opération ; ce sont : la blessure de la plèvre, à laquelle on remédie par une suture ; l'hémorragie après le passage des fils, qui s'arrête par compression ; la mobilité extrême du rein dont on a raison en se servant de très larges écarteurs, et en faisant sortir le rein au dehors de la plaie.

Après l'opération, l'urine diminue d'abord de quantité, puis elle augmente et il se produit même une véritable polyurie ; enfin sa quantité devient normale vers le quinzième jour.

Pendant vingt jours, les opérés resteront immobiles dans le décubitus dorsal, le bassin relevé par un coussin. Lorsqu'ils se lèvent, ils peuvent porter un bandage pendant les premières semaines ; ils souffrent pendant quelques jours, puis les douleurs se calment.

Pour se rendre compte des bons résultats de l'opération, il ne suffit pas de pratiquer le palper bimanuel, car l'extrémité inférieure du rein est encore perceptible par cette méthode ; il faut faire prendre à l'opéré la situation genu-pectorale : on voit ainsi que le rein est solidement fixé.

Après la néphropexie, les douleurs, les troubles nerveux et la dyspepsie, s'ils étaient secondaires à la néphroptose, disparaissent.

La statistique fournit les renseignements suivants sur les résultats de la néphropexie : cent soixante-dix-sept opérations, avec une mortalité opératoire de 4,4 pour 100. C'est donc une opération très bénigne, presque autant que la cure radicale des hernies.

Sur ces cent soixante-dix-sept faits on trouve :

Guérisons absolues.....	92
Améliorations persistantes.....	23
Résultats satisfaisants.....	24
Améliorations temporaires.....	8
Insuccès.....	20
Morts.....	8

La *néphrectomie* pratiquée par voie lombaire ou par voie abdominale a donné une mortalité de 27 pour 100. C'est donc une intervention meurtrière et non justifiée dans le rein mobile simple. Elle doit être réservée aux cas où la néphropexie aurait échoué et où des accidents graves et persistants menaceraient la vie du malade.

II. REIN MOBILE COMPLIQUÉ. — Le rein mobile compliqué n'est le plus souvent qu'un des symptômes de l'entéroptose généralisée.

Les sujets atteints d'entéroptose présentent un état particulier du ventre, avec flaccidité des parois abdominales, qui retombent en tablier, et aspect trilobé ; cet état s'accompagne d'un prolapsus de tous les organes intra-abdominaux : le foie est abaissé, les deux reins sont souvent déplacés, l'intestin est mal soutenu par le mésentère allongé ; le colon s'abaisse et peut être senti comme une corde transversale à travers la paroi abdominale, l'estomac est flasque et dans la situation verticale, des hernies se produisent à travers les orifices inguinaux ou cruraux, et les organes génitaux eux-mêmes peuvent subir le prolapsus. Il en résulte un véritable ptose abdominale généralisée.

Une entéroptose aussi marquée ne se voit que chez des individus prédisposés par une faiblesse congénitale de tout le tissu musculaire de l'économie, faiblesse qui se traduit encore par la présence de varices, d'hémorroïdes, de dilatation gastrique ou colique, d'atonie intestinale. Ces individus sont atteints de troubles dyspeptiques et névropathiques persistants, ce sont des neurasthéniques.

La néphroptose n'est plus chez ces malades un accident isolé, elle n'est que l'expression localisée d'une « véritable affection générale caractérisée par une mauvaise nutrition, une déchéance vitale, une véritable dystrophie spéciale, portant sur la majorité des tissus » (Tuffier).

Cette forme de rein mobile est bien souvent désespérante et relève plutôt des moyens médicaux que des moyens chirurgicaux.