

faut se résoudre qu'à la dernière extrémité. Dans le but d'éviter un pareil sacrifice, car il s'agit en somme d'un rein sain, on a eu l'idée ingénieuse de ramener le rein à sa place normale et de le fixer à la plaie abdominale par plusieurs points de suture : c'est la *néphrorraphie*. Toutefois, les résultats de cette opération ne persistent pas dans tous les cas, et c'est pourquoi j'engage vivement les malades à porter une ceinture spéciale bien faite avant de se soumettre à cette opération.

Le rein est un organe encapsulé. Si l'on examine avec soin la capsule, on voit qu'elle est constituée par trois couches ; la plus extérieure est celluleuse et se continue avec la couche sous-péritonéale ; elle suit en conséquence le trajet du péritoine au-devant de la colonne vertébrale et se continue avec la couche correspondante du côté opposé. Quelques auteurs la décrivent sous le nom de *fascia prérenal*. La deuxième est fibreuse ; la troisième est une couche grasseuse, plus ou moins épaisse, en rapport immédiat avec le rein. La capsule adhère en haut à la face inférieure du foie (ligament hépatico-rénal).

La région rénale est celle où la graisse s'accumule avec le plus d'abondance.

Or, supposons qu'un sujet gras vienne à maigrir d'une manière notable, le rein ne se trouvera plus maintenu par sa capsule, qui en est le principal moyen de fixité ; telle est, je crois, la raison anatomique principale de son déplacement. Si la femme y est plus exposée, c'est peut-être parce que, chez elle, la graisse se développe généralement en plus grande quantité que chez l'homme.

J'ai suffisamment parlé, en étudiant la région lombaire, du phlegmon et de l'abcès périnéphrétiques pour n'y pas revenir ici.

Il résulte des rapports du rein que cet organe est accessible par deux voies : la voie lombaire *extrapéritonéale* et la voie abdominale *intrapéritonéale*. La voie lombaire devra toujours être suivie dans la *néphrotomie*. Quant à la *néphrectomie*, il faudra toujours également la pratiquer par la région lombaire lorsqu'il s'agira d'enlever une tumeur de petit volume, et surtout d'extirper le rein sain, pour une fistule de l'uretère par exemple. Mais l'espace restreint qui sépare les côtes de la crête iliaque ne permet pas une ouverture suffisante pour extraire des tumeurs volumineuses. On a essayé de tourner la difficulté en pratiquant l'incision plus en avant sur la paroi abdominale et en décollant le péritoine pariétal jusqu'au niveau de la tumeur, mais j'estime qu'il est préférable alors d'ouvrir franchement la cavité abdominale sur la ligne médiane. Après avoir divisé le péritoine pariétal antérieur, il faudra écarter le paquet intestinal, surtout les côlons, et diviser le feuillet pariétal postérieur.

Dans la néphrectomie lombaire, on devra inciser couche par couche jusqu'au tissu propre du rein, en ouvrant soigneusement la capsule, ce qui permettra de pratiquer l'énucléation avec beaucoup plus de facilité. En effet, outre les adhérences normales que la capsule contracte avec le foie et la fosse iliaque interne, elle pourrait présenter des adhérences inflammatoires qui rendraient l'opération plus périlleuse, en raison surtout du voisinage de la veine cave inférieure lorsqu'il s'agit du rein droit.

GL, ganglion lymphatique.

LDF, lobe droit du foie relevé.

LGF, lobe gauche du foie en place.

MD, coupe du muscle droit antérieur de l'abdomen.

MP, muscle psoas.

R, rein.

U, uretère.

VB, vésicule biliaire.

VC, veine cave inférieure.

VR, veine rénale.