

nouveau déplacé, qu'il le sentait absolument dans la même position qu'avant l'opération. J'examinai le malade et, en effet, je sentis très bien dans son côté une masse mobile et douloureuse. Je fis continuer le repos au lit. Quelques jours plus tard, ayant fait un nouvel examen, je finis par croire aussi à un nouveau déplacement et décidai de reprendre de suite l'opération, chose que je fis le 8 mars.

A ma grande surprise, je trouvai le rein parfaitement et solidement fixé. J'explorai de suite par la plaie, la région du foie, que je trouvai déplacé, et je crus sentir la présence de calculs dans le canal cystique. Je fermai aussitôt la plaie, ne voulant pas intervenir du côté du foie, sans en avoir obtenu l'autorisation de ma malade.

Cette incision exploratrice ne fut pas faite en pure perte, car j'ai pu, ainsi, constater combien ce rein était solidement fixé aux tissus environnants; non seulement il était maintenu en place par ses fils fixateurs, mais il adhéraît solidement, par toute sa surface postérieure que j'avais décortiquée, aux aponévroses profondes. Cette première opération avait guéri très vite, sans inflammation, et ce n'est que de 20 à 25 jours plus tard, que je pus trouver ces adhérences si solides. Voilà, je crois, une preuve bien positive de la valeur de la néphropexie, et qu'il est possible, sans inflammation, sans suppuration, de fixer solidement un rein mobile.

Cette seconde opération fut également bénigne; dix-sept jours plus tard, après plusieurs examens, je l'opérai en vue de fixer son foie qui descendait jusqu'au bas de l'ombilic, et qui ne remontait pas plus haut que la onzième côte.

C'est le 25 mars que je pratique cette troisième opération. Je fais partir du rebord costal, le long du bord externe du long droit de l'abdomen, une incision de cinq pouces qui me conduit directement sur le foie, que je trouve effectivement déplacé et descendant plus bas que l'ombilic. J'introduis alors la main en arrière du foie lui-même que je remonte facilement à sa place, et je trouve derrière lui une tumeur o.œde, que je reconnais pour la vésicule biliaire remplie de liquide et très distendue. Elle pouvait avoir six pouces de long sur trois pouces dans son plus large diamètre transverse, et de forme aplatie; elle représentait assez fidèlement un rein considérablement hypertrophié. Pour l'attirer en dehors sans violence, car je crains de la rompre dans la cavité abdominale, je suis obligé d'agrandir quelque peu mon incision. La vésicule dégagée, je lui fais aussitôt une ponction aspiratrice et j'en retire un liquide limpide et épais. L'ayant presque totalement vidée, je sens très bien les nombreux calculs qu'elle contient. J'environne alors prudemment de compresses stérilisées la plaie abdominale et la vésicule que j'ouvre d'une incision d'environ un pouce et demi de long. Je laisse écouler le reste du liquide biliaire, j'extrait les calculs, au nombre de trente-sept, je lave d'un courant de sérum artificiel l'intérieur de ce sac et je recherche l'obstruction qui est causée par un calcul gros comme une petite noisette, solidement enclavé dans le canal cystique et recouvert d'une membrane de nouvelle formation qui l'isole complètement de cette cavité.

M'aidant de pinces à griffes avec lesquelles je saisis l'intérieur de la vésicule, je la retourne à l'envers jusqu'au point de pouvoir atteindre facilement l'entrée obstruée du canal cystique. Je déchire la membrane qui tapisse le calcul, je broie ce dernier à l'aide d'une pince hémostatique, et, le canal cystique étant