

avant au rein qui, s'il est augmenté de volume, vient caresser la main antérieure (Guyon). Le rein normal ne donne pas lieu à cette sensation. Les limites dans lesquelles cette sensation est perçue peuvent donner des indications sur le volume et la forme de la tumeur.

L'hématurie est un symptôme fréquent qui se montre environ dans la moitié des cas (Abeille, Thèse de Paris, 1885). Généralement intermittente, elle disparaît quelquefois dans la dernière période de la maladie; elle présente toutes les variétés possibles de coloration et d'abondance; elle peut présenter des caillots allongés, cylindriques, formés dans l'uretère, d'un aspect fibrineux et gélatineux, ressemblant à des ascarides lombricoïdes, et quelquefois des parcelles de néoplasmes. Dans le sarcome, il n'existe généralement pas de troubles urinaires et le sang dans l'urine se montre beaucoup plus rarement.

La douleur est un symptôme inconstant qui n'acquiert de valeur que par sa ténacité et sa coïncidence avec la tumeur lombaire et les hématuries.

D'après Guyon, chez la plupart des malades atteints d'une tumeur maligne du rein, il se développe un *varicocèle symptomatique* ayant une grande valeur diagnostique : il diffère du varicocèle ordinaire en ce qu'il est de date relativement récente et qu'il se développe d'une façon progressive, mais assez rapide; il peut acquérir des dimensions énormes et devenir douloureux lorsque les branches nerveuses sont comprimées en même temps que les veines.

La cachexie arrive fatalement à une certaine période de l'affection. D'après Rohrer, la durée moyenne est de huit mois chez les enfants et de deux ans et demi chez l'adulte.

Traitement. — Dans la plupart des cas, le traitement n'est que purement palliatif et d'ordre médical.

La néphrectomie est le seul traitement rationnel; elle n'a pas donné jusqu'à présent de résultats encourageants dans le traitement du cancer du rein. Kocher la croit cependant autorisée en s'appuyant sur ce que les métastases sont rares dans ce cancer (50 fois sur 115) et que les deux reins sont rarement atteints (10 pour 100).

Le carcinome du rein à tout âge et le sarcome chez l'enfant, ayant tous deux une marche rapide et une tendance presque fatale à la généralisation, ne sont point en général justiciables de la néphrectomie. Cette opération convient mieux au sarcome de l'adulte,

tumeur à marche relativement lente et moins infectante pour le reste de l'économie. 24 néphrectomies pour carcinome du rein ont donné 19 morts et 5 guérisons *apparentes*; 52 néphrectomies pour sarcome ont été suivies 21 fois de mort et 11 fois de guérison.

III

DE L'ECTOPIE RÉNALE. — DU REIN FLOTTANT.

Les déplacements du rein ou *ectopies rénales* sont *congénitales* ou *acquises*. L'ectopie congénitale ne porte généralement que sur un seul rein qui se trouve ou à la région ombilicale, ou au-devant du rachis, ou dans la fosse iliaque. Le caractère important du déplacement congénital est la fixité du rein, qui est au contraire *mobile* dans le déplacement accidentel.

L'*ectopie rénale, acquise* ou *accidentelle*, plus souvent désignée sous le nom de *rein mobile* ou *flottant*, consiste dans un déplacement de cet organe qui devient mobile dans la cavité abdominale.

Cette affection a été particulièrement étudiée par Rayer, Fritz (*Archives générales de médecine*, 1859), Becquet (*id.*, 1865), dans les thèses récentes de Rigal (1881), Buret (1885), Callais (1885) et dans les articles des deux dictionnaires (Lancereaux, Labadie-Lagrave).

Étiologie. — Les femmes sont particulièrement exposées au déplacement du rein; sur 100 cas, 87 appartiennent à la femme (Callais), et c'est presque toujours le rein *droit* qui se trouve déplacé; sur 91 faits, Ebstein a trouvé 65 fois le rein droit déplacé, 14 fois le rein gauche, 17 fois les deux reins.

Une violence extérieure, un coup, une chute, s'exerçant de haut en bas et de dehors en dedans, a été notée souvent comme cause de déplacement du rein; la compression lente du corset (Cruveilhier) ou d'un cordon pour retenir les jupes (Bartels), l'influence des grossesses répétées, l'augmentation de volume du rein, sa compression par des organes voisins ou des tumeurs intra-abdominales, des adhérences consécutives à des péritonites locales, la congestion répétée chez la femme au moment des menstruations (Becquet), sont aussi invoquées dans l'étiologie de l'ectopie rénale accidentelle.

Anatomie pathologique. — Le rein déplacé jouit d'une mobilité extrême qui permet de le replacer facilement dans la position qu'il occupe à l'état normal et qui le laisse s'égarer dans toutes les régions de l'abdomen. On l'a vu dans l'hypogastre, près de la vessie, à la place de l'utérus ou sur le côté interne du psoas.

Le plus souvent il est renversé de façon que son extrémité supérieure regarde en dehors et en haut, son bord concave en haut et en dedans; en général il est hypertrophié; quelquefois il est le siège de néphrite et surtout de néphrite calculeuse.

Les artères rénales sont allongées et le péritoine distendu peut fournir un méésentère à l'organe déplacé.

Symptômes. — Le rein mobile peut ne s'accompagner d'aucun trouble ni fonctionnel, ni organique; la tumeur n'est découverte que par hasard ou n'est jamais reconnue.

D'autres fois au contraire, la malade éprouve dans un des flancs ou dans la région lombaire une douleur sourde continue qui peut se compliquer d'accès douloureux intermittents comparables aux crises de la colique néphrétique et de douleurs ou de sensations anormales dans les membres inférieurs. Le sujet dit que quelque chose *se décroche* au moindre mouvement; en général les phénomènes disparaissent par le repos au lit; ils s'exagèrent par une station assise ou debout prolongée, quelquefois par la constipation.

La crise douloureuse intermittente a tout à fait le caractère de la colique néphrétique. On observe parfois une hyperesthésie de la fosse iliaque correspondant au rein mobile.

La persistance de la douleur et la répétition des crises douloureuses conduisent rapidement le sujet à l'hypochondrie ou à l'hystérie, surtout s'il s'agit de femmes chloro-anémiques. Des phénomènes de dyspepsie se joignent fréquemment aux autres symptômes. Dans quelques cas surviennent des phénomènes d'étranglement, caractérisés par une sensibilité extrême de l'organe déplacé, de la fièvre, des nausées, des vomissements et dus peut-être à une action réflexe résultant des tiraillements du plexus rénal. On peut voir aussi se déclarer une petite poussée de péritonite après laquelle le rein est immobilisé par des adhérences dans une nouvelle position. C'est un des modes de terminaison de cette affection.

A la palpation, le rein déplacé donne la sensation d'une tumeur lisse, du volume et de la forme du rein, ferme, allongée, mobile et

fuyant sous les doigts. Cette tumeur est douloureuse; la pression et le déplacement y produisent des sensations de tiraillement pouvant amener une syncope, surtout au moment de l'époque menstruelle; parfois, il existe une sensation douloureuse, à caractère spécial, accompagnée de nausées. Après le repos au lit, le rein est remonté et quelquefois difficile à retrouver. Il peut donc être nécessaire d'examiner le malade debout. L'organe est en général plus facilement senti quand on fait coucher le malade dans le décubitus latéral, le plus souvent sur le côté gauche.

La palpation de la région lombaire donne une sensation de vide dans la région correspondante au rein déplacé; il n'y a pas de dépression appréciable à la vue.

Diagnostic. — Tant que le rein n'est pas devenu appréciable dans la cavité abdominale, le diagnostic de l'ectopie rénale est très difficile. La tumeur elle-même peut être prise pour une vésicule biliaire grossie et très mobile; le diagnostic se fera par le siège exact de la tuméfaction, son déplacement avec les mouvements du foie, et les antécédents de coliques hépatiques et de l'ictère.

Le *pronostic* est parfois sérieux à cause des poussées inflammatoires de péritonite qui peuvent fixer le rein en place presque indéfiniment. Il est d'autant plus sérieux que la malade est plus jeune et par conséquent plus exposée aux congestions de la menstruation.

Traitement. — Le traitement médical palliatif s'adresse aux accidents douloureux continuels ou intermittents.

Le meilleur mode de traitement est l'immobilisation du rein déplacé à l'aide d'une pelote convenablement disposée munie d'une ceinture abdominale. Ces moyens palliatifs doivent être surtout employés si la malade est près de la ménopause qui atténue en général les accidents.

Dans des cas où le rein était extrêmement douloureux et où les souffrances ne pouvaient être soulagées par les moyens simples, on a eu recours à l'extirpation du rein flottant (Gilmore, Martin, Langenbeck, Bouilly, Segond, etc.). Sur 29 néphrectomies pour rein flottant, on a obtenu 21 guérisons (Brodeur, Bouilly). Dans les 8 cas mortels sont compris deux cas de reins flottants compliqués, l'un de sarcome, l'autre d'encéphaloïde. Sept opérations ont été faites par la voie lombaire (7 guérisons), 22 par la voie abdominale (14 guérisons).

La néphrectomie pour le rein flottant est surtout indiquée si l'or-

gane est en même temps atteint de lésions graves, sarcome encéphaloïde, hydro-néphrose, pyélo-néphrite suppurée.

Sous le nom de *néphrorrhaphie*, Hahn de Berlin a décrit et pratiqué en 1881 une opération qui consiste à aborder la région rénale par la voie lombaire et à fixer le bord convexe et le bord postérieur du rein aux bords de la plaie à l'aide de six points de suture ou plus. Cette opération, qui peut s'appliquer au rein flottant *sain* ou à *peu près sain*, a été répétée avec des succès divers par Kuster, Esmarch, Weir, Neuman, Basini, etc. ; elle n'a jamais été suivie de mort.

CHAPITRE II

AFFECTIONS DES URETÈRES.

I

LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'URETÈRE.

On ne connaît que des exemples fort rares de plaies accidentelles de l'uretère ; elles ont été produites par des coups de feu (cas de l'archevêque de Paris, 1848), à la région lombaire, ou par la pénétration d'un instrument tranchant sous les fausses côtes (L. Le Fort). Dans ces cas, la lésion siègeait très près de l'extrémité supérieure de l'uretère. Beaucoup plus souvent les blessures de l'uretère sont produites au cours d'une ovariectomie ou d'une hystérectomie abdominale ou vaginale.

Dans l'hystérectomie vaginale pour l'ablation de l'utérus cancéreux, l'uretère peut être saisi par une pince à forcipressure ou divisé pendant la séparation de l'utérus des organes voisins. Le danger est porté à son maximum quand le tissu péri-utérin est envahi par le cancer et quand tous les tissus sont englobés dans une masse diffuse.

Quelle que soit la cause de la blessure de l'uretère, celle-ci se traduit, soit d'emblée, soit au bout de quelques jours et quelquefois après la formation d'un abcès, par un écoulement incessant d'urine

à la région lombaire ou inguinale, ou par le vagin, après l'hystérectomie vaginale. Il en résulte la formation d'une fistule urinaire, sans aucune tendance à la cure spontanée, en même temps que persiste, par les voies naturelles, l'excrétion d'une certaine quantité d'urine amenée par l'uretère du côté opposé. Un liquide coloré injecté par l'urèthre dans la vessie ne modifie pas les caractères de l'urine fournie par la fistule.

Les plaies de l'uretère présentent un *pronostic* sérieux ; si elles n'entraînent pas la mort d'une façon rapide, elles sont suivies de la formation d'une fistule urinaire qu'on ne peut supprimer que par une intervention chirurgicale importante.

Traitement. — Si la blessure chirurgicale de l'uretère est reconvenue au cours même d'une laparotomie, il est indiqué de suturer le bout rénal de l'uretère soit à la plaie abdominale, soit au niveau d'une contre-ouverture pratiquée à la région lombaire. Si la lésion a été produite et reconnue pendant une hystérectomie vaginale, le bout rénal sera fixé au niveau de l'incision vaginale. Mais en général, et surtout dans ce dernier cas, la blessure n'est décelée que dans les jours suivants par l'écoulement de l'urine dans le vagin ou par la formation d'une fistule.

Le traitement direct de cette variété des fistules de l'uretère ne peut donner aucun résultat ; celles-ci ne peuvent être supprimées que par l'ablation de l'organe sécréteur. La néphrectomie a été pratiquée plusieurs fois pour remédier à ce genre de lésion (Simon, L. Le Fort, Albert, J. Bœckel).

II

LÉSIONS VITALES ET ORGANIQUES DES URETÈRES.

1^o CALCULS DES URETÈRES.

Les calculs des uretères sont rares ; ils descendent du rein, s'arrêtent dans l'uretère et s'y accroissent au point d'acquies des dimensions considérables. Ils peuvent se rencontrer dans tous les points de ce canal ; assez souvent ils occupent une de ses extrémités. Ils sont presque toujours multiples, au nombre de 2, 3, 4 et au-dessus ; on