bains chauds seront utiles pour calmer les douleurs. Mais il ne faut pas espérer la résolution de la périnéphrite par ce traitement.

Lorsqu'il existe une tuméfaction lombaire, avec empâtement, douleur et fièvre, il est nécessaire d'intervenir rapidement; le diagnostic peut être vérifié d'abord au moyen d'une ponction exploratrice; mais on ne doit point attacher une trop grande importance à celle-ci, car elle peut être négative, alors qu'il existe un phlegmon périnéphrétique.

L'intervention chirurgicale doit être aussi large et aussi précoce que possible. M. Tuffier la décrit ainsi : Le malade est placé dans le décubitus latéral, sur le côté sain; l'incision doit être faite au bistouri; elle doit être verticale et passer en dehors de la masse sacro-lombaire. Le foyer évacué et détergé, il est nécessaire de sectionner les cloisons, qui peuvent faire une série de loges dans le foyer, puis d'explorer les organes incisés, et surtout le rein. Pour cela, un ou deux doigts sont introduits dans la plaie, pendant que l'autre main, appliquée sur la paroi abdominale, refoule la région antérieure de l'abcès au-devant du doigt introduit dans la plaie. Le rein bien exploré, un drainage ou tamponnement antiseptique est établi.

Un certain nombre de complications peuvent se présenter :

1° L'abcès périnéphrétique s'est mis en communication avec un organe voisin. S'il est ouvert dans les bronches, il est permis de temporiser, car la guérison spontanée est possible.

S'il est ouvert dans un autre organe, les indications opératoires sont fondées sur l'état général du malade; quand l'évacuation se fait bien et qu'il n'y a pas de fièvre hectique indiquant une rétention de pus, l'expectation est indiquée. Mais, quand l'évacuation imparfaite amène de la fièvre et de l'amaigrissement, il faut assurer l'écoulement facile du pus par une incision qui permettra souvent à la fistule viscérale de se fermer.

2° L'abcès périnéphrétique est ouvert à la peau, mais il s'est formé une fistule persistante. Généralement l'abcès rénal et l'abcès périrénal sont en communication l'un avec l'autre, de sorte que l'urine s'écoule par la fistule. Une intervention chirurgicale s'impose, mais ses indications sont fondées sur l'examen fonctionnel du rein et de l'uretère.

Si la fistule laisse écouler de l'urine seule, et si l'uretère est perméable, l'opération de choix est l'extirpation du trajet fistuleux et la réunion immédiate du parenchyme rénal, après avivement des lèvres de la plaie.

Si l'uretère est oblitéré, et si le rein du côté opposé est sain, la néphrectomie sous-capsulaire s'impose; dans ces conditions, elle ne donne que 5,9 pour 100 de mortalité. Mais, si l'on soupçonne une affection du rein du côté opposé, on ne peut que laisser persister la fistule.



Si la fistule laisse écouler à la fois de l'urine et du pus, la fermeture des trajets n'est plus possible; il faut donc, si le rein du côté opposé est sain, recourir à la néphrectomie; s'il est altéré, se contenter d'ouvrir les foyers purulents périrénaux qui entretiennent la fistule, et de les tamponner avec des bandelettes de gaze iodoformée.

Marcel Labbé.

---

## REIN MOBILE

Le *rein mobile* est une infirmité extrêmement fréquente chez la femme; d'après les recherches de F. Glénard, on rencontrerait un rein mobile au moins sur cinq femmes, tandis qu'on ne rencontre qu'un rein mobile sur trente-sept hommes.

La néphroptose s'observe beaucoup plus souvent à droite qu'à gauche, à cause de la pression du foie, et lorsqu'elle est bilatérale, le rein droit est presque toujours plus fortement déplacé que le rein gauche.

On peut admettre avec M. Tuffier qu'il existe deux principaux types de rein mobile : 1° l'un, le *rein mobile simple*, est une véritable *hernie de force*, préparée peut-être par une insuffisance des ligaments du rein, et due à un effort brusque ou à un traumatisme;

2° L'autre, le *rein mobile compliqué*, est une vraie *hernie de faiblesse*, qui relève entièrement de l'insuffisance des ligaments abdominaux, et qui n'est qu'un épisode de l'entéroptose.

Cette division pathogénique constitue la base de la thérapeutique du rein mobile; les indications du traitement sont absolument distinctes dans les deux cas.

**Prophylaxie.** — Il est nécessaire de connaître les principales causes qui produisent le rein mobile pour pouvoir instituer une hygiène prophylactique rationnelle de cette affection.

La néphroptose peut être produite par une hypertrophie congestive ou néoplasique de la glande hépatique qui vient presser de haut en bas sur le rein droit et le chasser de sa loge cellulo-adipeuse, mais c'est là une cause exceptionnelle.



BIBLIOTHECA

C'est encore par l'intermédiaire du foie qu'agirait la constriction lombo-costale continue due au corset trop serré ou aux liens appliqués sur cette région. Il est certain, en effet, que le corset modifie profondément l'équilibre des viscères abdominaux et peut déterminer un abaissement du foie et du rein, mais M. Tuffier ne pense pas qu'il puisse être fréquemment incriminé. Il est plus souvent la cause adjuvante que le facteur unique de la néphroptose.

Les corsets ou les ligatures de la taille, trop serrés, devront cependant être interdits, surtout aux femmes qui ont eu des grossesses répétées ou qui sont prédisposées par l'état de leur tissu musculaire aux diverses ptoses viscérales.

Une cause beaucoup plus ordinaire de néphroptose est la grossesse, surtout les grossesses répétées. Après l'accouchement, les parois abdominales, longtemps distendues, se relâchent; les ligaments abdominaux et le plancher pelvien, qui ont perdu leur tonicité et leur résistance, se laissent forcer; le rein n'est plus retenu en place et tombe.

Le danger est surtout grand pour les femmes de la classe pauvre qui sont obligées de se lever trop tôt après les couches pour se livrer à des travaux pénibles. Pour éviter la production de la néphroptose, on ordonnera le repos au lit après les couches, pendant tout le temps qui est nécessaire aux organes abdominaux pour reprendre leur volume et leur état normaux; on ne permettra jamais aux parturientes de se lever avant le neuvième jour.

L'amaigrissement, en faisant disparaître la graisse de la capsule adipeuse qui constitue un excellent moyen de contention pour le rein, est parfois aussi la cause de la néphroptose. Il amène le déplacement du rein comme les hernies de l'intestin.

Les traumatismes de la région lombaire, les chutes sur le siège ou sur les pieds, les efforts brusques sont des causes souvent invoquées. Elles agissent parfois d'une façon instantanée, et la néphroptose s'installe subitement. Mais dans bien des cas le déplacement du rein a été préparé depuis longtemps par des modifications anatomiques et le traumatisme n'en a été que la cause occasionnelle.

**Traitement palliatif et curatif.** — I. Rein mobile simple. — Il est des reins mobiles absolument latents qui ne sont révélés que par la palpation abdominale au cours de l'examen systématique d'un malade.

Pour ceux-là, on pourra s'abstenir de toute thérapeutique active.

On conseillera seulement des *mesures hygiéniques*, telles que le repos horizontal prolongé pendant la période menstruelle, et l'on interdira la station debout ou la marche prolongée, et les fatigues physiques excessives. Pour les reins mobiles qui sont douloureux ou



qui provoquent des crises d'hydronéphrose intermittente, les mesures hygiéniques ne suffisent pas, un véritable traitement est nécessaire.

Le port d'un *bandage avec pelote rénale compressive* pourra être conseillé tout d'abord; mais, si les symptômes ne s'amendent pas sous l'influence du bandage, si la contention est imparfaite, on ne devra pas s'attarder à ce moyen de traitement insuffisant; il faudra recourir au traitement chirurgical, à la fixation du rein.

La *néphrorraphie* ou *néphropexie* est ici la méthode de choix.

Elle est indiquée dans les cas où les symptômes auxquels donne lieu le rein mobile ne sont pas calmés par le port d'un bandage, et chez les sujets qui ne peuvent supporter la pression du bandage.

C'est l'intensité des accidents et non l'étendue du déplacement rénal qui nécessite la néphropexie. En effet, ainsi que le fait remarquer Forgues, « les reins les plus mobiles sont loin d'être les plus douloureux ».

L'apparition précoce d'une hydronéphrose intermittente pourra forcer la main au chirurgien et le déterminer à pratiquer plus tôt l'opération.

La bilatéralité du déplacement rénal n'est pas une contre-indication; elle nécessite seulement une double néphropexie. L'insuccès même d'une première néphropexie n'est pas une contre-indication absolue; l'opération sera refaite une seconde fois; ce n'est qu'après un deuxième échec qu'on sera en droit de pratiquer la néphrectomie.

La néphropexie, imaginée par Hahn en 1881, est entrée aujourd'hui dans la pratique chirurgicale. M. Tuffier[1] en décrit ainsi la technique : « Situation du malade en décubitus latéral sur le côté sain, incision lombaire légèrement oblique de la onzième côte à la crête iliaque, à quatre grands travers de doigt des apophyses épineuses; sections musculaires successives; dissociation lente de la capsule graisseuse, le rein étant refoulé et fixé par un aide. L'organe mis à nu, dans toute l'étendue de son bord convexe et des deux faces adjacentes, on passe un fil de gros catgut en plein parenchyme dans sa partie inférieure, de façon à fixer et à amener l'organe entre les lèvres écartées de la plaie. On agit de même à son extrémité supérieure, environ à 4 centimètres du sommet du rein; puis, sur la face postérieure et le bord convexe; on dissèque la capsule propre de Malpighi, de façon à aviver ainsi le parenchyme cortical. Le léger suintement sanguin qui suit cette dissection est arrêté par la compression; on place alors un troisième fil au milieu du rein, en pleine substance rénale. Ces trois fils passés avec l'aiguille coudée de Reverdin sont simples ou doubles. Les substances employées sont :

1. Tuffier, *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. VII.

le catgut, les tendons de kanguroo 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 côlon 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.

C'est à l'orthopédie que revient la première place dans le traitement.

Plus encore que dans la première forme, les moyens hygiéniques (repos au lit au moment des règles, interdiction des marches prolongées et des fatigues physiques) doivent être prescrits.

Le rein sera maintenu en place au moyen de bandages.

Le plus simple et le plus recommandé par M. Tuffier consiste en un ressort muni d'une pelote et soutenu par une ceinture élastique.

La pelote qui s'applique au-devant de l'échancrure costo-iliaque doit être large et réniforme ; sa courbure, son inclinaison et sa forme peuvent être modifiées suivant les sujets. La pelote élastique en peau peut être remplacée par une pelote à air en caoutchouc. L'élasticité du ressort doit être calculée et essayée avec soin ; il doit être assez fort pour maintenir le rein, assez faible pour que sa pression soit tolérée.

L'appareil est placé pendant que le malade est dans le décubitus dorsal, le rein ayant été préalablement réduit.

Tantôt la réduction du rein s'obtient naturellement, par le décubitus horizontal avec élévation du bassin au moyen d'un coussin ; tantôt il faut agir directement sur le rein par la pression de la main. Cette réduction est quelquefois assez difficile, et ne se fait pas par les moyens ordinaires ; c'est souvent le malade qui connaît par expérience les moyens de l'obtenir et qui y arrive par une série de manœuvres dont la plus fréquente est la flexion forcée du thorax. Les pratiques les plus étranges et les plus contraires en apparence à la fixation du rein peuvent parfois en amener la réduction ; témoin le cas d'une malade qui fut à plusieurs reprises guérie des accidents douloureux dus à un rein mobile par des voyages en chemin de fer.

Après l'application du bandage, on examine s'il maintient suffisamment le rein et si, sous l'influence des mouvements et des efforts, l'organe ne file pas au-dessous du bandage.

Bien appliqué et bien construit, cet appareil peut rendre de grands services et faire disparaître les troubles dont se plaignait le malade ; mais il ne procure pas la guérison.

Dans les cas où l'entéroptose est très marquée et généralisée, ce simple bandage est insuffisant. Il faut avoir recours à une ceinture abdominale qui soutient tous les viscères de l'abdomen et renforce la paroi prête à s'effondrer.

La sangle abdominale de Glénard est la plus employée.

Chez les personnes dont le ventre est aplati, sans relief, qui sont de toutes les plus rebelles à la thérapeutique, il faut, suivant M. Mathieu, renforcer la ceinture par un coussin placé à la partie



inférieure de l'abdomen. Ce coussin n'a pas pour but de maintenir le rein par une pression directe, ce que M. Mathieu croit impossible même à l'aide des bandages à pelote, mais simplement de servir d'intermédiaire entre la ceinture et la paroi abdominale, de façon à augmenter la pression abdominale et à immobiliser, sinon à relever, les viscères.

Le massage abdominal, en augmentant la résistance de la paroi, sera un utile adjuvant de l'orthopédie.

Enfin, lorsque la réduction du rein est difficile à maintenir, même à l'aide d'une ceinture, la néphropexie est indiquée à titre d'opération auxiliaire ; elle ne dispensera nullement le malade de porter une ceinture.

Les troubles dyspeptiques, la constipation, qui accompagnent si souvent cette variété de rein mobile, seront utilement combattus par le massage abdominal, par l'usage de laxatifs quotidiens, par l'institution d'un régime alimentaire approprié, et par les alcalins.

Les troubles névropathiques et les douleurs relèvent de l'hydrothérapie, de l'hygiène morale et des calmants.

III. Accidents. — Un certain nombre d'*accidents* peuvent se produire chez les sujets atteints de rein mobile et réclamer une thérapeutique spéciale.

*Hydronéphrose.* — Le plus fréquent est l'*hydronéphrose intermittente,* qui survient sous forme de crises douloureuses durant quelques heures ou quelques jours, et rappelant par leur intensité les crises de coliques néphrétiques : ce sont des douleurs lombaires très vives irradiant vers le thorax ou vers l'aine et vers la jambe, accompagnées de céphalalgie et de vomissements ; la quantité des urines est diminuée, et le volume du rein est augmenté pendant la crise. Celle-ci se termine souvent avec brusquerie par l'élimination d'une grande quantité d'urines.

L'hydronéphrose intermittente est due à la coudure de l'uretère par abaissement du rein.

En présence d'une crise douloureuse d'hydronéphrose intermittente, la première chose à faire est de tenter la réduction du rein, suivant la méthode que nous avons donnée plus haut.

Dans certains cas, la réduction calme immédiatement les phénomènes douloureux, et ce résultat fournit une confirmation du diagnostic ; mais souvent elle n'amène qu'une atténuation des phénomènes ; il faut alors compléter son action par l'emploi des moyens analgésiques ordinaires.

Un grand bain chaud, l'application sur la région douloureuse de fomentations chaudes, de compresses chaudes, d'un sac d'eau ou de sable chaud, donnent habituellement de bons résultats ; mais le

BIBLIOTECA

remède le plus efficace consiste dans l'injection sous-cutanée de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine.

La guérison de la crise obtenue, le malade ne doit pas rester exposé à la possibilité d'une nouvelle crise; les mesures d'hygiène et de prophylaxie ne sont pas suffisantes; on aura recours à la fixation du rein par un bandage ou, mieux, par l'opération de la néphrorraphie.

Si le rein déplacé se trouve fixé en une position vicieuse par des adhérences inflammatoires, l'*hydronéphrose devient permanente*. Elle relève alors exclusivement de la chirurgie (voir p. 76).

*Pyonéphrose.* — L'infection des voies urinaires peut atteindre le bassinet et donner lieu à une *pyonéphrose*.

En général, la pyonéphrose ne s'installe pas d'emblée; elle succède à l'hydronéphrose. Cette complication peut céder au rétablissement du cours des urines; la fixation chirurgicale du rein est donc indiquée. Mais, si cette opération se montre insuffisante, si la pyonéphrose persiste, il faut recourir, si celle-ci est unilatérale, à la néphrectomie.

Le rein mobile peut être le siège de *tumeurs* bénignes ou malignes, dont le diagnostic est rendu très difficile par la situation anormale de l'organe; dans ce cas, la néphrectomie est indiquée.

Le rein mobile prédispose à la *lithiase urinaire*. Les urines des malades atteints de néphroptose doivent donc être surveillées à cet égard, et dès qu'on pourra soupçonner l'existence de la lithiase, le traitement propre à cette affection sera institué.

Enfin, l'*albuminurie intermittente* qui accompagne parfois le rein mobile nécessite un régime spécial.

Marcel LABBÉ.

---

## URÉMIE

**Indications pathogéniques générales.** — Sous le nom d'*urémie*, on a décrit les accidents morbides les plus complexes, au point de vue clinique et pathogénique.

Au point de vue clinique, on a classé les accidents urémiques sous des formes très variées selon qu'ils surviennent d'une façon aiguë ou chronique, ou qu'ils dénotent un fonctionnement anormal de tel ou tel système organique (nerveux, pulmonaire, gastro-intestinal). C'est dire que les formes cliniques de l'urémie ont été multipliées à plaisir, et que tout médecin qui examine soigneusement un urémique peut, en se fondant sur un caractère anormal, décrire une nouvelle forme et c'est ainsi qu'à côté des grandes formes classiques, on a décrit des formes articulaire, tétanique, etc., qui ne se distinguent des autres que par l'existence d'un symptôme prédominant.



Au point de vue pathogénique, l'urémie est tout aussi complexe : depuis les travaux du professeur Bouchard et de ses élèves, il est classique de dire que l'urémie est causée par tous les poisons de l'urine, qui ont des actions extrêmement variées sur l'organisme. On admet même que chacun de ces poisons peut agir à l'exclusion des autres, la rétention ne se faisant pas également pour tous, et d'après M. Le Gendre, « il est vraisemblable que la pluralité des formes cliniques dépend de la nature des poisons non éliminés, de la prédominance de tels ou tels ». Cette complexité pathogénique de l'urémie est encore plus marquée, si l'on considère que tous les poisons introduits dans l'organisme ou formés dans son intimité peuvent contribuer à causer l'urémie. Nous voulons dire que, sur deux malades ayant des lésions rénales identiques, l'un fera une crise d'urémie parce qu'il aura ingéré des substances toxiques (viande, bouillon), ou bien parce qu'il sera la proie d'une légère infection surajoutée, telle que la grippe, ou bien parce que, sous l'influence d'une cause quelconque, il se sera formé une grande quantité de produits toxiques dans son tractus gastro-intestinal ; le second malade, au contraire, dont la perméabilité rénale est identique (autant qu'on en puisse juger) à celle du premier, qui retient dans son organisme la même quantité de poisons urinaires, ne présentera pas d'accidents urémiques, tant que son régime alimentaire n'introduira dans sa circulation aucun nouveau produit toxique et que son équilibre organique se maintiendra fixe.

On le voit donc, si la notion pathogénique qui fait des poisons de l'urine la cause productrice de l'urémie reste vraie, on doit être bien convaincu, au point de vue pratique, que le plus souvent s'ajoutent à ces poisons d'autres produits toxiques qui peuvent jouer le rôle prédominant dans l'apparition des accidents.

Comme corollaire, il faut bien être persuadé que si l'imperméabilité rénale est la principale cause de l'urémie, les accidents urémiques peuvent cependant éclater chez un malade atteint de néphrite, par une simple variation de régime, ou bien encore par une lésion des organes vicariants du rein, sans que l'état de la perméabilité rénale se soit modifié.

M. Huchard a, le premier, bien établi l'existence d'une urémie