

accidents consécutifs d'infection et de suppuration. La persistance de la douleur dans le flanc, une tuméfaction diffuse, la fièvre, indiquent la suppuration périnéphrétique : il faut alors inciser largement et drainer le foyer. Si, à l'incision, on trouve le rein désorganisé et profondément altéré, on suivra la conduite de Maunoury<sup>1</sup>, qui, dans un cas semblable, jeta un fil sur le pédicule et enleva en totalité les fragments inutiles d'un rein contus et infecté.

## II

## DU REIN MOBILE

Longtemps le rein mobile resta dans le domaine de la thérapeutique expectative; depuis peu, la question a changé; avec la néphrorraphie, les tendances se sont modifiées. En 1878, Martin<sup>2</sup>, de Berlin, avait pour la première fois tenté une opération radicale pour un rein déplacé : il avait fait la néphrectomie. Ce ne fut que deux ans plus tard, en 1880, que Hahn<sup>3</sup> pratiqua la première néphrorraphie. Une nouvelle phase commença : ce fut une

1. MAUNOURY, 1<sup>er</sup> Congrès français de chirurgie, Paris, 1886.

2. MARTIN, *Berl. klin. Woch.*, 1882, p. 151.

3. HAHN, *Centralb. f. Chir.*, 1887, p. 9.

période de tentatives diverses, de tâtonnements et d'études. Il fallait fixer le manuel opératoire, il restait à juger l'opération à ses suites, il y avait à préciser les indications relatives et les contre-indications du traitement par les bandages et l'opération. A l'étude de ces questions se rattachent les travaux importants de Glénard<sup>1</sup> sur l'*entéroptose*, de Tuffier<sup>2</sup> sur *les formes cliniques du rein mobile et les résultats de la néphrorraphie*, de Guyon<sup>3</sup> sur *les indications de la néphropexie*, de Landau<sup>4</sup>, de Lindner<sup>5</sup>, de Terrier et Baudouin<sup>6</sup>, d'Arnould<sup>7</sup>, sur l'*hydronéphrose intermittente*, complication fréquente du rein mobile.

*Diagnostic du rein mobile.* — Il ne suffit pas de constater en clinique la mobilité d'un rein déplacé pour qu'on soit autorisé à baser sur cette constatation une thérapeutique rationnelle; il est d'autres notions, également importantes, que l'étude du malade doit fournir. Il faut aussi connaître le terrain,

1. GLÉNARD, *Province médicale*, 7 mai et 25 avril 1887.

2. TUFFIER, *Rein flottant et néphrorraphie*, *Rev. chir.*, 1889, p. 952.

3. GUYON, *Bull. de l'Acad. méd.*, 19 fév. 1889.

4. LANDAU, *Die Wanderniere der Frauen*, Berlin, 1881.

5. LINDNER, *Die Wanderniere der Frauen*, 1888, in-8, 60 p.

6. TERRIER et BAUDOUIN, *De l'hydronéphrose intermittente*, *Rev. de chir.*, 1890.

7. ARNOULD, *Contribution à l'étude de l'hydronéphrose*, th. Paris, 1891.

il faut connaître le sujet lui-même et rechercher avec soin quelle est la part de la neurasthénie dans les troubles subjectifs observés. Enfin il est indispensable de savoir si le rein déplacé est encore sain, ou au contraire malade et altéré : de là dépend en effet la conduite à tenir.

1° Le rein *mobile* se déplace dans le sens vertical ou dans le sens transversal ou dans les deux à la fois (Guyon) : la mobilité verticale se manifeste elle-même dans deux sens opposés, de haut en bas, ou de bas en haut. Cette dernière, M. Guyon l'appelle mobilité *abdomino-lombaire* : elle appartient en propre au rein déplacé, elle en est en quelque sorte la caractéristique, et il n'est que le rein pour présenter cette faculté de rentrer dans la loge lombaire d'où il s'est échappé. La mobilité abdomino-lombaire est très facile à constater ; une main en arrière dans l'espace costo-iliaque, une main en avant appliquée sur la paroi abdominale saisissent le rein, le refoulent, et l'expriment en quelque sorte vers la région lombaire, où ils s'enfuit : il ne reparait qu'avec les changements d'attitude.

L'attitude à donner au malade contribue beaucoup à développer une mobilité peu appréciable : en faisant asseoir le malade à moitié sur son lit, ou en le mettant debout, on voit le rein apparaître pour rentrer dans le décubitus. En le faisant coucher sur le côté sain, on voit enfin jusqu'à quel point le rein se meut dans le sens transversal.

Mais il est des cas dans lesquels la mobilité rénale, bien que certaine, est moins étendue, moins évidente ; pour la constater, la recherche du ballottement donnera toujours des renseignements précis. Le ballottement rénal, décrit par M. Guyon, a une grande valeur en matière d'exploration rénale ; il dénote les plus petits abaissements du rein et les plus légères augmentations de volume. C'est un soulèvement en masse opéré par une main mise en contact avec la région lombaire, dans l'angle formé par la dernière côte et les muscles latéro-vertébraux. Ainsi soulevé, le rein vient au contact de la main antérieure, placée à plat sur l'abdomen, et celle-ci peut, à l'étendue du contact, apprécier le volume et la forme du rein. Le ballottement rénal existe toutes les fois que le rein est augmenté de volume ou abaissé : dans les mobilités rénales peu accentuées, le simple abaissement du rein suffit à révéler son extrémité inférieure sensible et appréciable ; cette extrémité inférieure ne se sent jamais à l'état normal.

Pour apprécier la mobilité rénale, le procédé de Glénard, la palpation néphroleptique, offre encore, chez les sujets maigres surtout, de sérieux avantages. Glénard place les doigts de telle sorte, que si pendant l'inspiration quelque chose d'anormal est propulsé de haut en bas, on le sente passer entre les doigts : pour y arriver, il étreint largement et solidement de la main gauche, pouce en avant,

médius en arrière, la zone des parties molles immédiatement sous-jacente au rebord costal.

« Les doigts forment ainsi un anneau étroit, qui sera complété à sa partie interne, en arrière par la colonne vertébrale, en avant par la main droite : celle-ci déprime en effet la paroi antérieure dans le prolongement de l'extrémité du pouce gauche, qui se trouve à la hauteur et au-dessous de l'extrémité de la neuvième côte gauche. Faisons inspirer profondément notre malade, nous sentons descendre quelque chose entre les doigts, une masse encore indécise, rénitente; première constatation que j'exprime ainsi *ptose* dans l'hypochondre droit, car à l'état normal les doigts ne doivent rien sentir descendre.

« Si la mobilité du rein est suffisante, l'extrémité supérieure peut descendre jusqu'au-dessous de l'anneau formé par le pouce et les doigts de la main gauche : le rein peut être ainsi maintenu abaissé, c'est le deuxième temps, la *capture* de la ptose. On laisse (3<sup>e</sup> temps) remonter le rein, en diminuant la constriction et on peut apprécier son volume, sa consistance, sa surface, etc.

« Il y a néphroptose au premier degré lorsqu'à la fin du temps d'affût, on sent profondément un corps lisse, dur, du volume d'une noix ; la ptose du deuxième degré existe quand le rein peut être retenu entre les doigts, sans que pourtant on atteigne le sillon, et qu'on puisse comprimer les

tissus au-dessus du rein ; si l'on peut le faire, ce sera la néphroptose du troisième degré, c'est le rein mobile vulgaire : enfin la néphroptose du quatrième degré, c'est le rein flottant qu'on sent par la paroi abdominale antérieure sans même y avoir songé. » (Glénard.)

2<sup>e</sup> La mobilité étant reconnue, il reste à déterminer la part relative qui revient au rein et au système nerveux dans la genèse des troubles observés. Tous les déplacements du rein ne se caractérisent pas de la même manière et avec la même intensité de symptômes. La douleur n'est pas toujours proportionnelle au degré de la mobilité : il est des malades qui ont un rein mobile et n'en souffrent pas; ils l'ignorent même jusqu'au jour où le hasard d'une exploration en confirme la réalité.

Il en est d'autres au contraire chez lesquels une mobilité même légère détermine des troubles très prononcés.

C'est qu'à côté du rein mobile lui-même, il y a le sujet, dont la réaction variable avec sa susceptibilité explique les différences observées. En général tous les porteurs de reins mobiles sont des sujets nerveux, des prédisposés par une tare héréditaire, ou de vrais névropathes. Mais ils ne le sont pas tous à un égal degré ; il en est chez lesquels le déplacement du rein semble bien constituer toute la maladie, et être le point de départ de tous les accidents ;

il en est d'autres chez lesquels le rein mobile n'apparaît que comme une manifestation secondaire d'un ralentissement général de la nutrition. Aussi la division classique du rein mobile en *simple* et *compliqué* me semble-t-elle devoir être conservée.

Dans le premier cas, le déplacement du rein est l'élément principal; il constitue à lui seul toute la maladie. Sans doute, les malades ne souffrent pas que du rein; ils ont des troubles nerveux, ils souffrent de l'appareil digestif ou de l'appareil génital (Keen, Thiriar<sup>1</sup>), mais tous ces troubles fonctionnels sont d'ordre purement réflexe; il n'est à distance aucune altération matérielle. Le rein seul est en cause; il y a luxation rénale et c'est tout, la réduction du rein fait cesser les douleurs et atténue les phénomènes subjectifs.

Tout autre est le rein mobile *compliqué*: ici le rein n'est point seul en cause. C'est le système nerveux qui est particulièrement excitable: l'anesthésie pharyngée, des névralgies diverses, des crises d'hystérie témoignent de l'hyperexcitabilité d'un sujet fortement taré. L'appareil digestif est lui-même affecté; l'estomac est dilaté, les intestins sont tombants, la paroi abdominale est flasque, le ventre fait sa triple saillie, les orifices herniaires sont largement ouverts; il y a des varices; c'est

1. Congrès de Bruxelles, 1892.

une insuffisance générale de la nutrition, c'est l'entéroptose de Glénard.

D'autres fois, le foie est la cause principale du déplacement du rein; il est de ces déplacements qui se développent à l'occasion d'une affection hépatique, d'une congestion, d'une cirrhose, d'un kyste hydatique. Cette relation entre la néphroptose et les affections hépatiques a été bien mise en lumière par M. Potain; il faut toujours songer à cette relation qui comporte des indications spéciales.

5° Enfin le rein mobile est parfois le siège lui-même de quelques complications: la lithiase, la tuberculose, les néoplasmes peuvent se développer sur un rein déplacé. Plus souvent apparaissent un jour ou l'autre des *accidents d'étranglement rénal* (Albarran) et d'*hydronéphrose intermittente*.

Des accidents douloureux se développent sous formes de crises périodiques avec augmentation momentanée du volume de la glande; la douleur, extrême parfois, presque syncopale, se manifeste avec les irradiations de la colique néphrétique. Ces crises durent plus ou moins longtemps et sont toujours suivies de l'émission d'une assez grande quantité d'urines. Ces accidents, on les attribuait autrefois à la congestion du rein; aujourd'hui, depuis les travaux de Landau, de Terrier et Baudouin, on les considère comme des crises de rétention rénale par torsion de l'uretère; la répétition de ces accès constitue le type, devenu classique, de

l'hydronéphrose intermittente, dont l'évolution constitue des indications thérapeutiques spéciales.

#### INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

En présence d'un rein mobile, trois moyens se présentent pour remédier aux souffrances des malades : le bandage, la néphrorraphie et la néphrectomie.

La néphrorraphie a fait ses preuves; les opérations sont assez nombreuses, et leur date assez éloignée déjà pour que l'on soit autorisé à en tirer des conclusions formelles.

Après la néphrorraphie, la fixation du rein est constante. Des récurrences précoces qui surviennent dans la première semaine, il n'en faut pas parler; ce sont des accidents opératoires qu'on évitera en employant le catgut au lieu de la soie, et en respectant la capsule fibreuse, qui laisse au rein sa résistance. Les récurrences à distance, elles sont la grande exception, et on peut bien dire que la fixation du rein est la règle.

Mais la fixation du rein n'est pas synonyme de guérison; Tuffier<sup>1</sup> a recherché les résultats thérapeutiques de dix opérations au triple point de vue des douleurs, des troubles dyspeptiques, de la neu-

1. TUFFIER, *Congrès de Chirurgie*, 1891, p. 577.

rasthénie. Les douleurs ont disparu chez 7 malades, les troubles dyspeptiques et la neurasthénie dans la moitié des cas. Sur 103 opérations diverses, rassemblées par le même auteur, les résultats sont les suivants :

Guérison absolue, 26, soit 53 p. 100;  
Amélioration persistante, 25;  
Résultats satisfaisants, 24;  
Amélioration temporaire, 8;  
Insuccès, 20.

Tillmanns<sup>1</sup>, qui a pratiqué 16 fois la néphrorraphie pour rein mobile, a pu suivre 12 de ses opérés; 6 se trouvaient encore très bien de un à trois ans après l'opération; 4 ont pu être considérés comme définitivement guéris. Dans deux cas, la récurrence survint au bout de six mois. Les troubles utérins persistent aussi quelquefois : Thiriard, sur 10 néphropexies, a vu 4 fois les troubles du côté de l'appareil génital persister malgré la fixation du rein; dans les 6 autres cas ils disparurent sans qu'il ait été tenté aucune opération de ce côté.

Parmi les causes susceptibles de faire échouer la néphrorraphie, une des plus importantes est la grossesse survenant peu de temps après l'opération.

La néphrorraphie est, en somme, une bonne opération, mais les douleurs persistent souvent à

1. TILLMANNS, *Centralb. f. Chir.*, 1892, n° 42, p. 870.

la suite, surtout chez les femmes très nerveuses.

La néphrectomie n'est plus à comparer à la néphropexie; il n'en a pas été toujours ainsi. A une certaine époque, qui n'est pas encore très éloignée, les statistiques des deux opérations se basaient sur des chiffres identiques. Désormais la question est définitivement jugée en faveur de la néphrorraphie, et la néphrectomie n'a plus à bénéficier que des contre-indications de l'autre opération.

1° *Rein mobile simple.* — Le déplacement du rein semble souvent la conséquence d'un effort ou d'un traumatisme, chez des sujets prédisposés, il est vrai; en tous cas le rein est seul en cause et sa réduction fait cesser tous les accidents. Aussi, quelle que soit l'intensité des phénomènes douloureux, faut-il toujours commencer par l'application d'un bandage. Le plus simple appareil consiste en un ressort muni d'une pelote convexe, ayant la forme du rein et soutenu par une ceinture élastique. L'appareil est placé dans le décubitus sur le rein réduit autant que possible. On s'assurera que la pelote, placée dans l'espace costo-iliaque antérieur, s'oppose à l'échappement du rein, que l'élasticité du ressort est bien proportionnée à la résistance et à l'épaisseur de la paroi abdominale.

Lorsque le bandage est bien appliqué, la réduction se maintient et les malades se trouvent bien, ils peuvent aller et venir, reprendre la vie com-

mune. Mais il n'y a jamais dans le bandage qu'un moyen palliatif; les malades ne peuvent se soustraire à son emploi sans s'exposer à souffrir. Ils ne peuvent se lever ni marcher sans support, et pour beaucoup il y a là une gêne fonctionnelle qu'ils préfèrent avec raison échanger contre une opération simple, efficace et sans danger. Celle-ci a encore l'avantage d'éviter pour l'avenir les complications toujours imminentes d'étranglement rénal et d'hydronéphrose.

D'ailleurs, le bandage est quelquefois insupportable; il est des reins particulièrement sensibles et irritables qui ne le peuvent tolérer. D'autres fois, la paroi abdominale, la conformation du sujet ne se prêtent pas à l'application et au maintien d'un bandage régulier; le rein n'est ni facilement, ni complètement réduit. Et l'intervention se présente à ces malades comme la seule garantie; elle est d'autant plus justifiée que le rein seul est en cause, que tous les appareils sont sains et que le succès opératoire et thérapeutique est à peu près assuré.

La néphrorraphie est donc nettement indiquée chez la plupart des malades qui rentrent dans cette catégorie; je ne vois pas l'avantage de s'entêter à l'usage d'un bandage insuffisant et de ne pas en venir de suite à la néphrorraphie.

La bilatéralité des lésions n'est même pas une contre-indication; l'opération sera faite successive-

ment sur les deux reins, à moins que la cure d'un prolapsus n'ait presque guéri le malade.

La néphrectomie n'a jamais rien à voir ici; elle ne serait autorisée qu'après échec de la néphropexie, alors que les accidents persistent ou reparaissent avec ténacité et que le rein reste cependant fixé. Si la fixation ne s'est pas maintenue, il vaut mieux recourir une seconde fois à la néphropexie (Newmann).

2° *Rein mobile compliqué.* — Ici l'opération est en général formellement contre-indiquée, à moins qu'il ne paraisse évident que le déplacement du rein ne soit dû à une cause occasionnelle. La lésion ne réside pas seulement dans la ptose rénale, et ce serait s'exposer à un échec certain que de tenter chez ces malades la néphropexie. Parmi les insuccès qui chargent encore les résultats de l'opération, se trouvent compris beaucoup de malades qui, appartenant à cette catégorie, n'auraient pas dû être opérés.

Lorsqu'il y a entéroptose, la paroi abdominale manque de résistance, les ligaments des viscères abdominaux ont tous perdu leur tonicité. On devra donc chercher autant que possible à leur rendre cette tonicité ou à remédier à leur insuffisance. C'est dans ce sens que le massage, d'après la

méthode de Thure-Brandt<sup>1</sup>, peut agir et donner de bons résultats.

Sur une malade de son service atteinte de rein mobile, M. Guyon pratiquait récemment la cure radicale d'une éventration : à la suite de plusieurs grossesses, la paroi abdominale s'était effondrée, les deux muscles droits étaient légèrement écartés, et on constatait en même temps un rein mobile à droite. L'opération avait pour but de reconstituer la paroi, de refaire un soutien naturel au rein déplacé et aux viscères relâchés : à ce point de vue elle est très rationnelle.

En général, c'est au bandage qu'il faut avoir recours : la pelote rénale n'a pas ici beaucoup d'utilité, le port d'une ceinture, au contraire, soutenant la totalité de la paroi, la ceinture de Glénard par exemple rend à cette paroi la résistance qui lui manque, et le nombre est déjà grand des malades améliorés considérablement par ce très simple moyen. Chez eux l'opération ne ferait pas mieux, elle ferait quelquefois moins bien et le port d'une ceinture ne serait pas moins nécessaire après l'opération. Si cependant il était vérifié que la part principale revient au rein dans le complexe symptomatique observé, si par ailleurs la contention du rein réduit était reconnue impossible, il n'y aurait

1. BACKMAIER, *Du traitement manuel du rein flottant.* Wiener med. Presse, mai 1892.

pas lieu de refuser aux instances du malade les bénéfices probables d'une néphropexie. Mais il faut être bien prévenu que dans ces conditions l'opération ne peut agir que partiellement : les malades ne seront qu'améliorés après l'opération ; et après comme avant resteront nécessaires le traitement de la dilatation gastrique ou intestinale et le port d'une ceinture de contention.

5° *Accidents et complications du rein mobile.* — L'application d'un bandage n'a plus la même constante utilité, lorsque se développent ces crises douloureuses d'*étranglement rénal* et d'*hydronephrose intermittente*. Quelquefois cependant la réduction du rein pendant la crise fait cesser la douleur et disparaître l'hydronephrose. Mais quand les crises se répètent malgré le bandage, ou bien lorsqu'elles se produisent si intenses que la réduction est impossible, l'opération devient nécessaire. Il faut opérer le plus tôt possible, en pleine crise, si l'on ne peut faire autrement. C'est une des indications d'urgence de la néphropexie.

Albarran a communiqué au dernier congrès français de chirurgie l'observation d'une jeune fille qu'il avait opérée au cours d'une crise aiguë d'*étranglement rénal*; après une crise qui se prolongea pendant quinze jours, le rein devint irréductible. La néphropexie fut pratiquée : le rein était en rétroversion, l'extrémité supérieure ayant basculé

en arrière, et l'inférieure en avant. Il fut aisé de le réduire, d'évacuer la petite quantité d'urine qui le distendait et de pratiquer la néphrorraphie. La guérison s'est maintenue, et depuis toute douleur a disparu.

Piqué, Malécot, Jeannel ont rapporté, au même Congrès, des observations analogues, qui prouvent l'utilité et la bénignité de la néphropexie pratiquée dans ces conditions.

L'hydronephrose intermittente, dont l'étranglement rénal n'est que le premier stade, est justiciable du même traitement. la fixation du rein : toutefois des altérations plus complexes du rein, l'amincissement de son parenchyme peuvent conduire soit à la néphrotomie, soit à la néphrectomie (voir Hydronephrose intermittente).

En cas de lithiase, de tuberculose, de néoplasme, ou de simple infection du rein mobile, le traitement sera basé sur la nature et l'importance de l'affection concomitante : en général c'est à la néphrectomie qu'il faut avoir recours toutes les fois que le rein est sérieusement altéré et compromis dans son fonctionnement. Il en sera de même à plus forte raison s'il s'agit de cancer, à moins que des contre-indications ne rendent l'opération trop dangereuse. La tumeur sera plus facilement abordée par la voie antérieure : les tumeurs abdominales sont justiciables de l'incision antérieure et ici le rein mobile se comporte comme une tumeur abdo-



minale. Le plus souvent d'ailleurs il y a eu erreur de diagnostic : on incise en avant pour une tumeur abdominale, on trouve un rein mobile et malade, et on termine par une néphrectomie transpéritonéale.

Si l'on prévoyait à l'avance l'état du rein, faudrait-il opter pour la néphrectomie antérieure contre la lombaire? C'est une erreur de croire que la mobilité extrême du rein, la longueur du pédicule doivent faciliter toujours l'abord de l'organe par la voie abdominale : Polaillon, au cours d'une néphrectomie transpéritonéale pour rein mobile, éprouva les plus grandes difficultés à amener le rein à l'extérieur. Cette opération ne serait donc justifiée que par la fixité relative du rein très bas dans l'abdomen (Le Dentu), au milieu des adhérences d'une ancienne péritonite circonscrite ou par le volume énorme de la tumeur. En dehors de ces cas, il vaut mieux aborder le rein par la voie lombaire.

### III

#### DES CALCULS DU REIN

On trouve, jusque dans les temps les plus reculés de l'histoire de la chirurgie, des opérations faites sur le rein et dont le résultat fut l'évacuation d'une collection purulente et l'extraction d'un ou de plu-

sieurs calculs. Mais tous ces faits, comme ceux postérieurs de Mezéray, de Richieri (1516), de Cardan (1557), de Bayrs, de Fernels, de Laffitte (1753), de Hévin (1787), malgré toutes les discussions dont ils ont été l'objet, n'ont plus guère qu'un intérêt historique.

La période moderne commence en 1870; à cette époque, Durham<sup>1</sup> pratique la néphrotomie sur une malade qu'il croyait atteinte de néphrite calculuse : c'était une erreur, au cours de l'opération le rein fut reconnu sain. La même année, Moses Günn, Bryant et Callender pratiquaient, de propos délibéré, la néphrotomie dans le même but. Ils furent plus heureux et parvinrent à extraire des calculs inclus dans le rein abcédé. Ces premières tentatives ne restèrent pas longtemps isolées; les observations bientôt se multiplièrent et les cas de néphrotomies pour pyonéphroses calculuses ne se comptent plus aujourd'hui.

Toutefois, on n'avait jamais encore pratiqué, de propos délibéré, l'incision d'un rein sain pour en extraire un calcul. Les conseils et les tentatives d'Annandale et de Smith en 1869 étaient restés sans résultats : les opérations d'Annandale en 1875, de Lente et de Barbour étaient restées infructueuses; on n'avait pas trouvé de calcul. C'est en 1880, le 11 février, que Morris<sup>2</sup> réussit pour la première

1. DURHAM, *Med. Times*, 1870, t. I, p. 182.

2. MORRIS, *A case of nephrolithotomy*, *Clin. Soc. Trans.* 1881.