

rénale, solidarise davantage la capsule surrénale et le rein gauche; enfin Zuckerkandl décrit un feuillet aponévrotique qui n'existe que du côté gauche, double le péritoine sur la face antérieure du rein de ce côté et contribue à le fixer.

La *prédisposition congénitale* à la néphroptose a été admise par Litten, Guterbock, Ewald, Ochsle. Je pense que cette prédisposition congénitale est le fait dominant dans l'étiologie du rein mobile, et j'ai développé une théorie consistant à regarder dans la plupart des cas le rein mobile comme un *stigmaté de dégénérescence*; Walsh et Comby ont accepté ma manière de voir.

La *théorie de la dégénérescence* est basée sur une série de considérations différentes.

Je pense qu'entre le rein en ectopie, congénitalement déplacé, et le rein mobile ordinaire, la différence n'est pas si grande que le serait supposer l'étude des cas extrêmes de chacune de ces deux catégories. Nul rapport ne paraît exister entre un rein placé dans le petit bassin, dont les vaisseaux naissent et aboutissent à la partie inférieure de l'aorte et de la veine cave, ou leurs branches principales, et le rein qui s'est déplacé à la suite d'une légère chute. Et pourtant les intermédiaires existent entre ces deux cas extrêmes. Nous avons vu plus haut que, dans certains cas de rein mobile ordinaire, les vaisseaux du rein peuvent présenter des dispositions congénitalement anormales, que l'artère rénale peut, comme dans le rein congénitalement déplacé, naître plus bas qu'à l'état normal. Les anomalies vasculaires peuvent du reste se trouver dans le rein du côté opposé à celui qui est mobile; c'est ainsi que dans le cas de Glantenay et de Gosset, la veine rénale gauche passait en arrière de l'aorte et non au-devant de cette artère, comme à l'état normal. Dans une intéressante observation de Harvey Reed il existait à la fois d'un côté un rein mobile ordinaire, développé à la suite d'un léger traumatisme, et de l'autre côté un rein pelvien, congénitalement déplacé, avec des anomalies artérielles. D'autres anomalies ont encore été constatées dans les cas de rein mobile: c'est ainsi que Herczel constata un développement anormal de la moitié antérieure du rein; que j'ai noté à plusieurs reprises que le rein mobile avait conservé la lobulation fœtale. Je noterai encore une malformation du côlon dans un cas de Giffon; celle de la veine cave et du foie, dont le lobe gauche manquait presque complètement, dans une observation de Pasteau.

Ces différentes malformations constatées dans le cas de rein mobile, sont d'autant plus remarquables que l'attention des auteurs n'a pas été attirée sur ce point: elles me paraissent devoir être rapprochées des faits analogues qui ont conduit les auteurs à placer certaines maladies au nombre des stigmates somatiques de dégénérescence. Je citerai seulement, chez les dégénérés, la fréquence extrême des hernies (Féré), et la migration incomplète des testicules (Raffégeau),

qui sont, comme la néphroptose, des ectopies viscérales d'ordre dégénératif.

D'un autre côté, lorsqu'on veut bien les rechercher, on trouve que souvent avec le rein mobile existent d'autres stigmates de dégénérescence. Parmi mes observations personnelles j'ai vu fréquemment des stigmates de dégénérescence physiques ou psychiques, et j'en ai publié plusieurs exemples remarquables.

Comme les autres stigmates de dégénérescence, le rein mobile peut être *héréditaire*: tel le fait de deux sœurs que j'ai opérées, ou celui de Stapfer où la mère avait un rein mobile et la fille une double néphroptose sans entéroptose; tels encore les trois cas de Stapfer, dans lesquels les mères et les filles étaient atteintes de néphroptose; mais, bien entendu, on trouve beaucoup plus souvent, comme pour tous les caractères de la dégénérescence, l'hérédité dissemblable que l'hérédité similaire.

L'*entéroptose* a été invoquée par Glénard (1) dans la pathogénie du rein mobile: la ptose rénale ne serait qu'un phénomène d'un processus plus général, l'entéroptose, dont elle dépend dans tous les cas. L'entéroptose débute par l'angle du côlon qui peut ou non entraîner le rein; avec la chute de l'intestin peuvent coexister des ptoses viscérales variées, hépatoptose, splachnoptose, métroptose, etc. Dans aucun cas le rein mobile n'existerait sans entéroptose. La plupart des auteurs accordent un certain rôle à l'entéroptose, tout en se refusant à dire que le rein mobile est toujours sous sa dépendance. La coïncidence des deux ptoses intestinale et rénale est loin d'être constante. Ewald la regarde comme rare, ainsi que Guttman et Senator; j'ai vérifié moi-même que la très grande majorité des cas de néphroptose sont indépendants de l'entéroptose.

Très souvent, même chez la femme, on observe des parois abdominales bien tendues et les organes abdominaux ont conservé leur situation normale; un grand nombre de malades sont vierges ou nullipares; et comme souvent, chez les multipares, la néphrorraphie remédie à tous les symptômes, on possède de ce fait une preuve péremptoire de la filiation pathogénique des symptômes avec le seul déplacement du rein. Il ne faut pas croire non plus que les reins mobiles qui se développent lentement sous l'influence d'un léger traumatisme ou même sans cause appréciable, soient liés à l'entéroptose. Dans ces circonstances, on trouve un grand nombre de déplacements rénaux sans entéroptose concomitante.

Les *grossesses répétées* constituent une cause prédisposante de la mobilité rénale, ce qui est facile à comprendre par la flaccidité des parois du ventre, qui en est la conséquence, et la diminution de la pression intra-abdominale. L'influence nuisible de la grossesse est

(1) GLÉNARD, *Soc. méd. des hôp.*, déc. 1893.

surtout marquée lorsque les femmes se lèvent trop tôt après les couches; sans qu'il soit nécessaire d'invoquer alors, avec Klemschrarter, l'augmentation hypothétique de volume du rein pendant la grossesse, il est certain que la brusque déplétion du ventre déterminée par l'accouchement diminue la pression intra-abdominale.

L'évacuation d'une ascite volumineuse, l'extirpation de volumineuses tumeurs abdominales, agissent par un mécanisme analogue à celui de l'accouchement.

Je citerai encore, parmi les causes prédisposantes invoquées par les auteurs, l'amaigrissement rapide et les affections des organes génitaux chez la femme.

CAUSES DÉTERMINANTES. — Il est rare qu'un traumatisme violent détermine la mobilité du viscère; dans ces cas il s'agit plutôt d'une véritable luxation rénale que de néphroptose ordinaire. Le plus souvent ce sont des causes déterminantes peu importantes qui peuvent être invoquées: un léger traumatisme, les efforts violents ou répétés, les secousses de la toux dans les affections thoraciques. Dans tous ces cas il s'agit en somme d'une force qui agit brusquement pour déplacer le rein.

D'autres causes mécaniques dont l'action est plus lente peuvent être incriminées. C'est ainsi que, depuis Cruveilhier, on invoque l'action nuisible du corset et, par analogie, des liens serrés à la taille que portent les femmes du peuple. D'autres auteurs pensent que le corset, loin d'aider à déplacer le rein, le maintient dans sa loge; l'opinion de Cruveilhier me paraît plus vraisemblable.

L'augmentation de volume du foie par des congestions répétées consécutives à la dilatation de l'estomac, pourrait, d'après Bouchard, amener le déplacement du rein, mais on a fait observer que les augmentations de volume du foie dans les néoplasmes ou dans certaines cirrhoses, ne déterminent pas la néphroptose. Nous verrons du reste que la dilatation de l'estomac qu'on trouve parfois avec le rein mobile est pour certains auteurs une conséquence de celui-ci, pour d'autres une simple coïncidence. Les augmentations de volume du rein, qui rendent la glande plus lourde, peuvent, chez les sujets prédisposés, déterminer un déplacement assez considérable du rein, plus particulièrement du côté droit. Je citerai en terminant les déviations du rachis, la lordose surtout, qui, en modifiant les conditions anatomiques de la loge rénale, peuvent déterminer la néphroptose.

Après l'énumération de ces causes déterminantes il me faut encore répéter que, dans la très grande majorité des cas, leur action ne peut se comprendre que lorsqu'elles agissent sur un individu prédisposé.

Symptômes. — Très fréquemment on trouve des femmes chez qui l'exploration du ventre fait découvrir un rein mobile qui ne s'était manifesté par aucun symptôme; il en est qui tolèrent sans aucune

gène un rein véritablement flottant, tandis que d'autres présentent des accidents sérieux, avec une mobilité restreinte. Nous verrons, en étudiant le symptôme douleur, les causes de ces variations.

Le début de la maladie est le plus souvent lent et insidieux; parfois les malades indiquent très nettement que le début a été brusque; à l'occasion d'un effort il y a eu de la douleur au niveau du flanc, et c'est à partir de ce moment précis que les symptômes se sont développés.

Nous étudierons les symptômes fonctionnels et les signes physiques.

Symptômes fonctionnels. — Les symptômes qui décident les malades à consulter sont classés, pour la commodité de l'étude, sous trois chefs: on distingue la douleur, les phénomènes nerveux et les phénomènes digestifs. Cette dissociation des symptômes est purement conventionnelle, et je ne pense pas qu'il y ait lieu d'établir, d'après elle, des formes douloureuse, nerveuse et dyspeptique dans le rein mobile. Ces trois ordres de symptômes, qui sont d'ailleurs le plus souvent associés chez le même malade, se succèdent les uns aux autres ou alternent entre eux sans aucune loi préétablie.

DOULEUR. — La douleur éprouvée par les malades peut aller de la simple gêne accusée dans l'hypocondre, surtout après la marche ou à la suite d'un effort quelconque, jusqu'à la douleur presque constante, qui rend tout travail impossible et condamne le malade au lit. Cette variété de douleurs peut s'expliquer par le tiraillement des plexus nerveux que détermine le déplacement du rein; mais il est un grand nombre de sujets chez qui, outre la gêne ou la douleur habituelles, surviennent des crises douloureuses d'intensité et de durée variables. Parfois c'est pendant la marche, à la suite d'un effort, que le malade éprouve une violente douleur dans le flanc avec des irradiations variables simulant la colique néphrétique; d'autres fois les phénomènes douloureux locaux et les phénomènes réflexes ont valu au syndrome le nom d'étranglement rénal: les vomissements, les lipothymies, le facies grippé, indiquent la gravité de cet accident.

Ces crises douloureuses ont été différemment expliquées; la plupart des auteurs pensent qu'elles sont dues au tiraillement des plexus nerveux; d'autres invoquent, à la suite de Rollet et de Diell, le péritonisme, tandis que d'autres pensent, avec Landau, que la coudure des vaisseaux du rein et la congestion consécutive de l'organe suffisent à les expliquer. Les crises d'étranglement sont dues, pour Senator et Lindner, à la coudure de l'uretère, et j'ai apporté à l'appui de cette opinion une preuve anatomique dans une observation présentée au Congrès de chirurgie. Ayant opéré une malade en pleine crise d'étranglement, je constatai l'existence d'une rétroversion du rein que déterminait la coudure de l'uretère.

Il est bien établi aujourd'hui que les crises d'hydronéphrose inter-

mittente, dans le rein mobile, sont dues à la coudure de l'uretère. Ces crises sont caractérisées par la douleur, l'augmentation de volume du rein et l'émission abondante d'urine qui signale souvent la fin de la crise avec retour plus ou moins complet du rein à son volume primitif; mais je pense qu'en dehors du développement hydronéphrotique du rein, la plupart des douleurs et surtout des crises douloureuses dans le rein mobile, doivent reconnaître pour cause soit la coudure, soit la compression de l'uretère, conditions qui déterminent un obstacle plus ou moins complet à l'écoulement de l'urine.

Ces crises ressemblent aux coliques néphrétiques: mêmes douleurs et irradiations semblables; mêmes vomissements et anxiété; même oligurie ou anurie par réflexe inhibitoire sur l'autre rein, et enfin même cessation brusque des douleurs lorsque l'obstacle au cours de l'urine est supprimé. Expérimentalement, on peut provoquer des douleurs semblables en déterminant un brusque arrêt de l'urine dans l'uretère. C'est ainsi que Sinitzine les provoqua chez un malade qui avait de l'exstrophie vésicale, en pinçant un des uretères; c'est ainsi encore que j'ai pu accidentellement les observer lorsqu'une sonde à demeure est placée dans l'uretère et qu'elle vient à se boucher.

Coudure ou compression plus ou moins marquée de l'uretère, telle me paraît être, en dehors même de toute hydronéphrose consécutive, la cause la plus fréquente des crises douloureuses du rein mobile. Il suffit, pour que l'hydronéphrose ne se constitue pas, que l'obstacle soit temporaire; il est en effet indispensable, pour le développement de celle-ci, que l'obstacle plus ou moins complet au cours de l'urine devienne permanent; si l'obstacle n'existe que temporairement, on pourra observer tous les phénomènes douloureux sans que pourtant le rein soit augmenté de volume autrement que par la congestion qui accompagne toute rétention rénale aiguë. Il est possible d'ailleurs que cette congestion joue un rôle dans le développement des phénomènes douloureux, comme tendent à le prouver les rapports fréquents qui existent entre la menstruation et les douleurs rénales.

Et maintenant, pourquoi le rein mobile est-il dans certains cas très douloureux, et dans d'autres cas, absolument indolent? Pour expliquer un tel contraste on peut proposer, je crois, une hypothèse assez rationnelle et qui a été invoquée par Landau pour expliquer l'hydronéphrose. Lorsqu'en même temps que le rein l'uretère est mobile, il n'y a pas de coudure ou de compression du conduit vecteur de l'urine, et dans ce cas on n'observe que les douleurs dues au tiraillement des plexus nerveux du rein et à l'irritation dans la sphère du sympathique. Si, au contraire, lorsque le rein descend de sa loge, l'uretère reste relativement fixe, la coudure ou la compression du conduit est facile à comprendre.

Dans ces cas la douleur est vive et reconnaît pour cause la rétention rénale aiguë. Si, chez le même malade, les crises présentent une

intensité variable, c'est que le déplacement rénal n'est pas toujours le même et que l'obstacle au cours des urines provoque, suivant les cas, des rétentions plus ou moins brusques dans leur apparition et plus ou moins complètes. En rattachant ainsi la douleur, dans les crises du rein mobile, à la fixité de l'uretère, on s'explique la possibilité de reins flottants non douloureux et, en même temps, d'accidents graves observés dans les déplacements minimes.

Il faut bien connaître ces *petits déplacements du rein* qui peuvent être une source importante d'indications opératoires et que nous avons décrits, à l'anatomie pathologique (p. 650).

TROUBLES NERVEUX. — Rien n'est variable comme les troubles nerveux qui peuvent accompagner le rein mobile. Suivant l'intensité et les variations des symptômes observés, ces troubles nerveux peuvent être qualifiés de nervosisme, de neurasthénie ou d'hystérie. Il est nécessaire de les connaître et d'étudier leur pathogénie pour leur opposer un traitement approprié.

Nervosisme. — Dans un certain nombre de cas, les troubles nerveux consistent dans l'irritabilité et l'impressionnabilité du caractère, des névralgies, des palpitations et des phénomènes de dyspepsie atonique. Si dans ces cas il n'existe pas de stigmates d'*hystérie* ou de *neurasthénie*, on peut comprendre ces phénomènes nerveux sous la vague dénomination de *nervosisme*.

Ces troubles nerveux ressemblent beaucoup à ceux que ressentent les femmes atteintes d'*affections de l'appareil génital interne*. Souvent il existe, en même temps que la néphroptose, une lésion quelconque de l'utérus ou des annexes; les erreurs sont alors faciles et il n'est pas rare de voir attribuer au rein mobile des troubles imputables aux lésions génitales, ou de commettre l'erreur inverse. C'est du reste un problème difficile que celui des rapports qui existent, chez la femme, entre les affections génitales et le rein mobile. Thiriari, et avec lui Treub, et même, quoique d'une manière moins exclusive, Schmidt, admettent que le rein mobile peut être cause du développement des affections utéro-salpingées. Voici comment Thiriari explique la filiation des phénomènes. Par compression veineuse ou par action réflexe, la néphroptose déterminerait la congestion des organes génitaux internes; cette congestion placerait l'utérus et les annexes dans des conditions de réceptivité qui leur permettraient de subir l'action des micro-organismes venus par le vagin. D'autres auteurs, avec Landau, tendent au contraire à admettre que certaines déviations utérines, le prolapsus notamment, sont cause du rein mobile. Knapp insiste sur le rôle pathogénique que joueraient les déviations utérines; il admet le tiraillement des uretères tout particulièrement dans l'antéversion et les prolapsus. Il me semble plus simple d'admettre que les affections utéro-ovariennes et le rein mobile coïncident souvent en raison de leur grande fréquence, chacune

de ces lésions retentit séparément sur le système nerveux, et, augmentant l'impressionnabilité de la malade, la rend plus sensible aux effets de la lésion surajoutée.

Quoi qu'il en soit, nous devons retenir qu'on doit, chez les femmes atteintes de néphroptose, explorer l'appareil génital interne et s'efforcer, si on y trouve des lésions, de rattacher les symptômes à leur véritable cause.

Neurasthénie. Hystérie. — Dans certains cas, les troubles nerveux qui accompagnent le rein mobile présentent les caractères de la neurasthénie ou de l'hystérie, et on peut observer chez ces malades la série plus ou moins complète de stigmates psychiques, sensoriels, sensitifs ou moteurs qui caractérisent cette névrose. Souvent, dans ces cas, les effets ne sont pas rattachés à leur véritable cause, parce qu'un examen incomplet laisse dans l'ombre le rein mobile, mais on se méfiera de l'erreur inverse, et ne pas mettre sur le compte de la néphroptose tous les phénomènes d'hystérie ou de neurasthénie que l'on peut observer chez un malade atteint de rein mobile. A cet égard, on distinguera : 1° les accidents nerveux antérieurs au rein mobile, qui persistent ou s'aggravent du fait de la néphroptose, et 2° les accidents qui sont consécutifs au déplacement rénal.

Nombreuses sont les observations dans lesquelles on a vu l'hystérie se développer à la suite du rein mobile; Shiffer en cite quinze cas et plusieurs autres auteurs en signalent des exemples. La neurasthénie consécutive à la néphroptose est fréquente; Marfan en a publié un très bel exemple, et j'ai eu occasion d'observer deux cas dans lesquels la relation de cause à effet était indiscutable.

Pour bien comprendre la fréquence de la neurasthénie et de l'hystérie dans le syndrome de la néphroptose, il faut d'abord savoir que, en vertu d'un principe bien établi aujourd'hui, ne devient pas neurasthénique ou hystérique qui veut. Il faut, pour que ces névroses se développent, que la cause déterminante agisse sur un terrain préparé: et cette préparation nous est expliquée par l'hérédité névropathique, directe ou indirecte, comme l'a démontré l'École de la Salpêtrière. C'est en partant de ce principe que je suis arrivé à considérer, dans la plupart des cas, le rein mobile comme un stigmate de dégénérescence, et que j'ai été amené à rechercher la série d'arguments qui confirment cette hypothèse et que j'ai développés plus haut.

D'après ma conception qui fait du rein mobile un stigmate de dégénérescence, au moins dans un grand nombre de cas, ces malades présentent souvent les phénomènes caractéristiques de la neurasthénie ou de l'hystérie. Que, sur ce terrain si favorable à l'éclosion des symptômes nerveux, un petit traumatisme ou d'autres causes déterminent la mobilité du rein, et l'on verra les accidents se déve-

lopper. Pour moi le rein mobile joue, dans ces cas, le rôle de cause occasionnelle; il y a là un véritable traumatisme interne, et les phénomènes nerveux consécutifs doivent être interprétés dans le sens de l'hystéro-traumatisme, ou de la neurasthénie traumatique de cause interne.

M. Polain et son élève Bychowski ont établi que l'hystérie peut se développer à la suite de coliques hépatiques ou néphrétiques. Il est d'autant plus facile de comprendre le rôle analogue que peut jouer le rein mobile, que nous avons considéré un certain nombre de phénomènes douloureux de la néphroptose comme étant l'expression d'une véritable colique néphrétique due à l'obstruction plus ou moins complète de l'uretère. Un raisonnement analogue nous conduit à admettre la neurasthénie traumatique de cause interne, puisque, comme l'hystérie, la neurasthénie peut être d'origine traumatique, ainsi qu'en témoignent un bon nombre des cas du *railway brain* ou *spine* des Anglais.

TROUBLES DIGESTIFS. — Je crois utile de distinguer trois variétés de troubles digestifs : 1° les *troubles par compression mécanique*; 2° ceux qui sont dus à des *phénomènes nerveux réflexes* dépendant du rein mobile, et 3° les *accidents digestifs* qui reconnaissent pour cause l'entéroptose associée au rein mobile.

LES TROUBLES PUREMENT MÉCANIQUES ne sont pas très fréquents. On a pourtant observé des phénomènes d'obstruction intestinale dus à la compression de l'intestin par le rein déplacé (4 cas de Kidd, 1 cas de Gillford), et on a vu l'ictère se développer à la suite de la néphroptose et disparaître avec elle (1 cas de Hale White, un autre personnel). Il est plus douteux que la compression ou le tiraillement du duodénum puisse, comme le veulent Bartels, Landau et Lidner, donner lieu à la dilatation consécutive de l'estomac. La coïncidence de la lithiase biliaire avec le rein mobile est attribuée par Cordier, qui en a observé 6 cas, à la compression du cholédoque.

LES TROUBLES NERVEUX DE L'APPAREIL DIGESTIF dans le rein mobile sont très fréquents. Tantôt il s'agit d'une dyspepsie atonique avec constipation pouvant s'accompagner de dilatation de l'estomac par atonie réflexe (Verhoogen et Godard); tantôt encore on se trouve en présence de crises gastralgiques avec hyperchlorhydrie ou de ces crises de vomissements sur lesquelles a insisté Mathieu.

Dans un troisième groupe de faits il convient d'attribuer les SYMPTÔMES DIGESTIFS, à l'*entéroptose concomitante*. Il n'est pas douteux que chez un certain nombre de malades il y ait un relâchement général des moyens de soutien des viscères abdominaux; chez eux l'entéroptose domine le cadre symptomatique local et général; et, si le rein est déplacé, ce n'est pas à la mobilité de cet organe que sont dus les phénomènes accusés par les malades. Dans ces cas la mobilité rénale n'est qu'un épiphénomène dans la maladie principale.

D'autres fois il y a bien de l'entéroptose coïncidant avec le déplacement du rein, mais un certain nombre de symptômes, surtout les douleurs locales, peuvent être mis sur le compte de la néphroptose et disparaissent avec elle. A côté de ces cas, il y a un nombre beaucoup plus considérable de malades chez lesquels on ne constate pas d'entéroptose et chez qui les symptômes sont strictement sous la dépendance du rein mobile.

Signes physiques. — La constatation directe de la mobilité rénale est souvent facile; dans certains cas pourtant on éprouve des difficultés dans sa recherche. *Lorsque le déplacement n'est pas très accentué* et que le rein conserve encore des rapports avec les côtes, le procédé de Glénard permet de bien diagnostiquer la néphroptose. Lorsque la main est placée au-dessous des côtes et qu'elle embrasse le flanc entre le pouce placé en avant et les autres doigts qui sont en arrière (voy. p. 601), si on invite le malade à respirer profondément, on sent pendant l'inspiration que le rein descend et se place entre les doigts. Dans les degrés les plus légers du rein mobile on sent le rein sans pouvoir le saisir; si la mobilité est plus grande, on sent que le pôle supérieur du rein descend au-dessous des côtes et on peut, en serrant les doigts, empêcher l'organe de remonter. Dans les cas un peu difficiles il est utile de s'aider dans la recherche du rein par la position donnée au malade; lorsque le sujet est examiné à demi couché, le tronc étant relevé, ou encore dans la station debout, le rein descend par son propre poids et il est plus facile de le sentir.

Dans ces déplacements relativement limités que nous étudions, le rein peut encore être recherché par les procédés d'Israël et de Guyon décrits page 600 et 601; mais si dans la grande majorité des cas ces procédés sont suffisants, j'ai vérifié, chez certains malades, que la constatation du rein mobile est plus aisée par le procédé de Glénard, tout particulièrement lorsque, au moment de l'examen, le rein se trouve dans sa loge. Si le rein est au-dessous des côtes on le sent très bien par le ballotement.

Lorsque le *déplacement du rein est très accusé*, dans les cas de vrai rein flottant, la glande se trouve dans l'abdomen et on doit la chercher par un palper attentif: souvent le malade indique très bien comment il faut s'y prendre pour trouver son rein; il est habitué à le sentir et sait la position qu'il doit prendre pour le trouver. Lorsque ces reins ainsi déplacés *ne sont pas fixés* on sent une tumeur globuleuse, un peu allongée, qui échappe sous les doigts.

C'est habituellement aux environs de l'ombilic et à droite qu'on trouve le rein; parfois il est situé plus bas, du côté de la fosse iliaque, ou encore, mais rarement, il dépasse la ligne médiane. Lorsqu'on circonscrit le rein avec les doigts et qu'on le pousse doucement vers la région lombaire, on constate souvent qu'il est *réductible* dans sa loge; d'autres fois il est partiellement ou totalement *irréduc-*

tible. Lorsque le rein est très déplacé et qu'il *se trouve fixé* par des adhérences dans sa situation anormale, il peut être très difficile à reconnaître.

Complications. — Laissant de côté toutes les affections banales dont un rein déplacé peut être le siège, nous nous bornerons à étudier sommairement l'étranglement rénal, les *hydronéphroses* et les *infections du rein*.

L'ÉTRANGLEMENT RÉNAL n'est en somme que le degré le plus haut des souffrances dans les crises douloureuses du rein mobile; dans ces cas, les malades, dont nous connaissons l'état névropathique, sont pris de vomissements incessants arrivant parfois à l'intolérance gastrique absolue, ils sont couverts de sueur froide, le pouls est petit, filiforme; on peut voir des lypothymies et des syncopes: ces phénomènes revêtent un véritable caractère de gravité et certains auteurs parlent de cas de mort (Cordier) (1). Pendant la crise il y a de l'oligurie et même de l'anurie. La crise se termine parfois par cessation graduelle des accidents, et les malades urinent dans quelques cas une grande quantité de liquide; d'autres fois, la fin de la crise est plus brusque.

Ces crises d'étranglement rénal ressemblent en somme beaucoup à celles de l'hydronéphrose intermittente, et ne se distinguent réellement de celle-ci que par l'absence de tumeur hydronéphrotique palpable et l'inconstance de la polyurie qui suit la crise. Cette distinction est d'autant plus difficile que j'ai démontré l'augmentation de volume assez forte qui peut résulter de la simple congestion du rein sans dilatation hydronéphrotique. J'ai développé plus haut les raisons qui me font penser que dans l'étranglement rénal il s'agit d'une véritable rétention rénale, mais la poche dans ces cas est petite et ne peut être facilement sentie; la polyurie qui suit la crise me paraît devoir être rattachée à un phénomène réflexe, tout comme la polyurie consécutive aux crises d'anurie calculeuse.

L'HYDRONÉPHROSE est, comme nous l'avons dit dans l'anatomie pathologique, très fréquente dans le rein mobile; elle est due à des coutures brusques de l'uretère, à des coutures lâches, secondairement fixées, ou peut-être, dans certains cas, à la compression que le rein déplacé exerce sur son propre uretère. L'hydronéphrose dans le rein mobile est ordinairement *ouverte*, c'est-à-dire qu'elle communique par l'uretère non oblitéré avec la vessie; dans certaines circonstances, elle peut momentanément devenir *fermée* ou rester définitivement sans communication avec la vessie. Suivant ces différentes conditions on observe des variétés cliniques dont je distinguerai deux principales: l'*hydronéphrose ordinaire* et l'*hydronéphrose intermittente*.

L'*hydronéphrose ordinaire*, qui sera étudiée en détail plus loin (p. 774),

(1) CORDIER, *American Journ. of Obstetrics*, 1896, p. 533.

ne présente dans le rein mobile des caractères particuliers que chez certains malades. C'est ainsi qu'on peut constater dans certains cas que, même des poches d'hydronéphrose assez développées, jouissent d'une mobilité si étendue, qu'on peut facilement les déplacer. D'autres fois, la poche est secondairement fixée par des adhérences, et se trouve plus bas que celle des uronéphroses ordinaires : il existe de ces poches qui ont perdu tout contact avec la paroi lombaire, et qui forment une proéminence très nette sur la paroi abdominale antérieure en dehors de l'ombilic. Plus fréquemment que dans les poches des uronéphroses ordinaires on constate, dans celles qui sont la conséquence de la néphroptose, des changements de volume nettement appréciables; les malades souffrent davantage quand la tumeur est plus grosse, et ainsi se trouve établie une *uronéphrose rémittente*, forme de transition avec l'uronéphrose intermittente.

L'*uronéphrose intermittente* sera étudiée en détail plus loin (p. 795). Cette variété est caractérisée par la triade symptomatique: augmentation de volume du rein et douleur consécutives à l'accumulation d'urine dans le rein; débâcle polyurique avec cessation des symptômes, parce que la poche se vide dans la vessie par l'uretère. Landau, Terrier et Baudoin, etc., attribuent cette uronéphrose intermittente à la coudure de l'uretère, et la cessation de la crise à ce que la pression du liquide accumulé dans la poche finit par vaincre la résistance due à la coudure, qui, étant mobile, peut se redresser. Plus tard, si la coudure devient fixe, l'hydronéphrose ne serait plus intermittente, elle se transformerait en uronéphrose vulgaire. Pour ces auteurs, l'hydronéphrose intermittente est toujours due au rein mobile.

La réalité des hydronéphroses intermittentes dues à la mobilité du rein avec coudure urétérale ne peut être contestée; souvent, les choses se passent comme il vient d'être dit; mais je démontrerai plus loin: 1° que le syndrome de l'hydronéphrose intermittente peut se voir dans plusieurs variétés de rétention rénale aseptique en dehors du rein mobile; 2° que l'interprétation des symptômes n'est pas toujours identique (Voy. p. 795). D'ailleurs, nous avons vu à propos de l'étranglement rénal, que la douleur et l'augmentation de volume du rein peuvent se voir sans grande accumulation d'urine dans la poche, et que dans ces cas il peut y avoir à la fin de la crise une polyurie nerveuse qui n'est pas due à l'évacuation du liquide accumulé.

Ces considérations ont de l'importance, non seulement au point de vue du diagnostic, mais encore au point de vue opératoire: si l'intermittence de l'hydronéphrose ne pouvait s'observer qu'avec des coudures mobiles, il suffirait dans tous les cas de bien fixer le rein pour guérir la rétention. Si, comme je le crois, l'intermittence existe en dehors du rein mobile, si dans celui-ci elle peut exister

lorsque la coudure est définitive, la fixation du rein pourra être insuffisante pour guérir la rétention rénale.

Les *infections du rein mobile* peuvent donner lieu à la simple pyélonéphrite ou à la formation d'une pyonéphrose par infection secondaire d'une poche d'uronéphrose. A part les particularités tirées du siège insolite que le rein peut occuper, la pyélonéphrite et la pyonéphrose présentent les caractères qui seront étudiés plus loin (voir p. 731 et p. 806).

Diagnostic. — La variabilité des symptômes du rein mobile expose surtout à méconnaître la néphroptose. Point n'est besoin d'insister sur le nombre considérable d'affections douloureuses (névralgies, coliques hépatiques, néphrétiques, etc.), sur les maladies de l'appareil digestif (dyspepsies, rétrécissements du pylore, etc.), ou sur les affections nerveuses (hystérie, neurasthénie), qui peuvent être confondues avec le rein mobile. Dans tous ces cas le diagnostic ne peut être fait que par la recherche attentive des signes physiques de la néphroptose: c'est par la constatation directe de la mobilité rénale que le diagnostic peut se faire, et il en est encore ainsi lorsque des affections génitales simulent chez la femme les signes fonctionnels que nous avons étudiés. Alors même que l'existence du rein mobile est bien et dûment constatée, il faut encore établir jusqu'à quel point les phénomènes que le malade accuse sont sous la dépendance de la néphroptose; c'est là un point très délicat sur lequel je reviendrai en étudiant les indications opératoires.

La *tumeur palpable* constituée par le rein déplacé peut être confondue avec plusieurs tumeurs abdominales mobiles comme elle; il est pourtant un caractère qui appartient en propre à la tumeur rénale, c'est la *réductibilité dans la fosse lombaire*; malheureusement ce caractère peut faire défaut. Un mode d'exploration, encore peu employé, et dont j'ai obtenu les meilleurs résultats, est la *phonendoscopie* de Bianchi. Dans tous les cas de tumeurs abdominales qui peuvent être confondues avec le rein mobile, le *phonendoscope* permet de constater que le rein se trouve à sa place normale.

En dehors de ces caractères généraux, guides les plus sûrs du diagnostic, d'autres caractères peuvent avoir de l'importance clinique. La *rate mobile* vient se mettre en contact avec la paroi abdominale; elle se termine en bas par un bord tranchant qui ne se retrouve pas dans le rein mobile. Un *lobe flottant du foie* se reconnaît encore à l'arête tranchante de son bord inférieur et à la continuité de sa matité avec la matité hépatique. La *vésicule biliaire* distendue peut être difficile à distinguer du rein mobile, d'autant plus que la néphroptose peut s'accompagner de lithiase biliaire ou d'ictère. Dans un cas difficile j'ai pu faire le diagnostic en limitant par le phonendoscope la tumeur vésiculaire arrondie, et en constatant que le rein était dans sa loge; souvent encore, on notera que la vésicule