

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

est peu mobile, non réductible, que sa matité se continue avec celle du foie. Les *kystes pédiculés de la face inférieure du foie*, très rares d'ailleurs, peuvent présenter une zone de sonorité interposée à la tumeur et au foie; ici encore le phonendoscope est le meilleur moyen de diagnostic. Les *tumeurs du mésentère* sont médianes, plutôt mobiles dans le sens transversal que dans le sens vertical. Les *tumeurs du pancréas*, lorsqu'elles sont mobiles, ce qui d'ailleurs est très rare, peuvent être confondues avec le rein déplacé: l'absence de réductibilité et la constatation du rein à sa place permettront le diagnostic. Un *kyste pédiculé de l'ovaire* peut encore prêter à l'erreur, mais ici la tumeur n'est pas réductible tout en étant bien mobile. Ces mêmes caractères permettront de distinguer les *tumeurs du pylore ou de l'angle du côlon*.

Le diagnostic de l'état du rein mobile, en particulier de l'existence de l'hydronéphrose, sera fait par la constatation des crises avec augmentation de volume du rein; par le volume de l'organe et les autres symptômes que nous étudierons plus loin (p. 799). Le cathétérisme urétéral permettra surtout un diagnostic précis.

J'appelle l'attention sur une *erreur commune*: il n'est pas rare de trouver avec un rein mobile un foie dont le lobe droit est déplacé; en explorant le rein, surtout par le ballotement, la tumeur formée par le rein paraît grosse, parce qu'elle est perçue à travers une lame hépatique plus ou moins épaisse, et on diagnostique un rein déplacé en hydronéphrose. Genouville a publié un cas typique de cette erreur, et j'en ai vu d'autres. A plusieurs reprises j'ai pu faire le diagnostic précis de ce qui revient au foie et au rein: la palpation de la paroi abdominale, faite avec attention, permet de reconnaître au-devant du rein le bord tranchant du foie; la percussion et la phonendoscopie montrent que le foie descend très bas; le cathétérisme de l'uretère malade démontre qu'il n'y pas de rétention rénale.

**Traitement.** — Quatre méthodes de traitement ont été proposées pour le rein mobile: le *massage*, les *appareils orthopédiques*, la *néphrectomie* et la *néphrorraphie*. Nous allons étudier les indications et les résultats de ces quatre méthodes.

Je serai très bref en ce qui concerne la *NÉPHRECTOMIE*, que tous les auteurs repoussent aujourd'hui. Cette opération, qui a donné des résultats déplorables, n'est indiquée que dans certaines maladies développées dans un rein mobile (cancer, tuberculose, etc). La néphrectomie peut encore trouver son indication dans certains cas d'échec de deux néphrorraphies pratiquées successivement sur le même rein, lorsqu'il existe en même temps des accidents graves.

Le *MASSAGE* a été surtout préconisé par Kumpf dans le traitement de la néphroptose; cet auteur recommande le massage excitant par

(1) GENOUVILLE, *Assoc. franç. d'urolog.*, 1898.

la pression tremblotante au-dessous du rein, associé au massage des parois abdominales; la percussion lombaire serait inutile.

Kumpf prétend que l'on peut, par le massage, obtenir la rétraction du péritoine, qui amènerait consécutivement la fixation de l'organe. Je n'ai pas besoin d'insister, de montrer que c'est là une vue de l'esprit que rien ne peut justifier. Le massage, donnant plus de tonicité aux tissus, est indiqué surtout dans le cas de flaccidité des parois abdominales; c'est une méthode adjuvante qui peut rendre des services dans les cas d'entéroptose avec rein mobile; mais il serait oiseux d'en espérer davantage.

**APPAREILS ORTHOPÉDIQUES.** — Ces appareils sont extrêmement nombreux, et, malgré leur variété, il faut encore les modifier dans chaque cas particulier. Les meilleurs sont les bandages de Leiter et de Guyon et la ceinture avec pelote rénale de Glénard. Lorsqu'on veut trouver une ceinture appropriée à un cas de néphroptose, il faut souvent beaucoup tâtonner, et ce n'est qu'après plusieurs essais qu'on arrive en général à trouver la forme de ceinture et de pelote qui convient au sujet. Dans un grand nombre de cas, on arrive à soulager les malades et assez souvent à faire disparaître tous les symptômes de la maladie avec une bonne ceinture. Mais il est nécessaire d'examiner quels sont les cas où la ceinture est indiquée et ceux qui réclament une opération sanglante.

Rien n'est variable et confus comme l'opinion des auteurs sur ce point. Les uns ne veulent pas opérer les malades qui présentent des troubles digestifs très accusés; d'autres repoussent l'opération lorsque les phénomènes nerveux sont très marqués; d'autres encore ne veulent opérer que les cas dans lesquels la néphroptose est apparue brusquement. Chacune de ces opinions est fondée sur les échecs que les chirurgiens ont eus en opérant dans des circonstances différentes.

Sur un seul point, l'opinion est unanime; il ne faut opérer, dit-on, qu'après avoir essayé le traitement orthopédique et que celui-ci a échoué. A mon avis il ne faut pas être aussi exclusif, et à cet égard je distinguerai deux cas bien différents:

*A.* Lorsque avec la ceinture on se propose de soutenir toute la masse intestinale, alors que le déplacement rénal ne fait qu'accompagner l'entéroptose, il faut évidemment s'en tenir aux ceintures. Une opération, en pareil cas, n'est justifiée que lorsqu'il existe des accidents qui peuvent, sans contestation aucune, être attribués à la mobilité rénale et lorsqu'il est impossible d'obtenir la cessation de ces accidents par les moyens orthopédiques. Encore faut-il savoir que, chez ces malades, le port ultérieur d'une ceinture remédiant à l'entéroptose sera le complément indispensable de la néphrorraphie.

*B.* On se propose seulement pour but de maintenir en place le

rein mobile, comme par un bandage herniaire on se propose de contenir une hernie. Si, dans ces cas, le bandage ne détermine pas la cessation des accidents, l'opération est indiquée; tel est l'avis de tous les chirurgiens, mais je crois en outre que, même si le bandage détermine une amélioration ou une cessation des accidents, on peut, sauf contre-indication particulière, proposer l'opération en laissant le malade libre de choisir entre le port d'une ceinture à vie et l'opération de la néphrorraphie. Je pense qu'on verra se produire dans la conduite à tenir vis-à-vis du rein mobile la même évolution thérapeutique qu'a suivie l'histoire des indications chirurgicales des hernies intestinales. On opère souvent pour débarrasser le malade d'une infirmité gênante et dangereuse. On propose l'opération de la cure radicale, et si le malade l'accepte, on intervient en se fondant d'un côté sur les dangers possibles de la hernie, d'un autre côté sur l'innocuité de l'opération.

Pour que la même règle de conduite fût adoptée pour la NÉPHRORRAPHIE, il faudrait démontrer que l'opération est bénigne et que la mobilité du rein présente des dangers.

*Gravité de la néphrorraphie.* — En 1893, j'ai dépouillé 318 observations de néphrorraphie publiées par les auteurs, ce qui fait, avec les 56 inédites que je possédais, un total de 374 opérations. Sur ce nombre on ne compte que 7 cas de mort survenue moins de quatre mois après l'opération. L'analyse de ces cas m'a démontré que seulement dans 4 cas la mort peut être attribuée à l'opération, ce qui ne donne guère qu'une proportion de 1 p. 100 de mortalité, et encore dans 3 de ces 4 cas il s'agit de complications infectieuses qui auraient pu être évitées. On voit par ces chiffres que, au point de vue de la gravité opératoire, la néphrorraphie peut soutenir la comparaison avec les opérations les plus bénignes de la chirurgie.

La *gravité du rein mobile* n'est pas discutable. Sans dire avec Lawson Tait qu'on ne rencontre jamais un rein mobile sain, je rappellerai la gravité des symptômes que nous avons étudiés et qui sont sous la dépendance de la mobilité rénale. Je noterai encore la fréquence de l'albuminurie (14 p. 100 d'après Schilling) et surtout les complications d'ordre mécanique, comme l'étranglement rénal et l'hydronéphrose intermittente, et les complications infectieuses telles que la pyélo-néphrite et la pyonéphrose.

Les deux conditions : innocuité de l'opération et gravité de la lésion, étant établies, on peut dire que, dans les cas où le bandage réussit, l'opération réussira encore mieux; car elle aura non seulement les avantages que donne le bandage, mais encore elle mettra plus sûrement en garde contre les complications toujours possibles avec le port d'une ceinture. Il n'est pourtant pas indiqué d'opérer tous les reins mobiles qui déterminent des accidents.

En premier lieu, il faudra tenir compte de toutes les contre-indi-

cations, tirées de l'état général, qui existent pour la néphrorraphie comme pour toute opération chirurgicale. Ensuite il faut bien déterminer si les symptômes observés sont sous la dépendance du rein mobile.

Il est nécessaire de revenir ici sur l'interprétation pathogénique des principaux symptômes et de connaître les résultats opératoires dans les différents cas.

La *douleur* dans le rein mobile, quelle que soit l'interprétation de détail qu'on adopte, est bien sous la dépendance de la mobilité rénale; tout en tenant compte des réactions individuelles du système nerveux de chaque malade, on doit admettre que si le moyen de contention du rein est suffisant et si le cours des urines est libre, la douleur doit disparaître. Ce raisonnement est confirmé par l'expérience, et dans ma statistique je trouve que la douleur a disparu dans 88 p. 100 des cas de rein mobile opérés par la néphrorraphie.

Les *troubles digestifs* sont moins souvent que la douleur guéris par la fixation orthopédique ou opératoire du rein. Il suffit pour le comprendre de se rappeler les modalités pathogéniques de ces phénomènes digestifs.

Les plus mauvais résultats opératoires sont ceux qu'on obtient dans les *phénomènes nerveux* du rein mobile: c'est ainsi que, dans ma statistique, la moitié seulement des malades ont été guéris par la néphrorraphie; 14 p. 100 ont été améliorés et 36 p. 100 n'ont retiré, au point de vue nerveux, aucun résultat de l'opération.

Si on accepte l'interprétation pathogénique des accidents nerveux consécutifs au rein mobile, développée plus haut, si on les considère comme relevant de l'hystéro-traumatisme ou de la neurasthénie traumatique de cause interne, on comprendra la variabilité de ces résultats thérapeutiques. Dans l'hystéro-traumatisme ordinaire, si bien étudié par Berbez après Charcot, tantôt la cause occasionnelle ne laisse aucune trace et la névrose continue à évoluer, tantôt, la lésion causale étant guérie, les phénomènes nerveux s'amendent ou disparaissent. Nous ne connaissons pas encore le pourquoi de ces résultats variables; mais, en tout cas, nous savons que si la cause persiste, l'état névropathique s'aggrave, et nous n'arguons pas de l'incertitude du résultat thérapeutique pour hésiter à extirper une cicatrice hystérogène. Il doit en être de même, je pense, pour le rein mobile, et lors d'accidents nerveux accentués, si les moyens orthopédiques sont insuffisants, il faut intervenir tout en sachant le résultat aléatoire de l'intervention.

Une considération importante me fait penser que, lorsque les phénomènes nerveux prédominent, il faut, avant d'opérer, essayer toutes les ressources de l'orthopédie. L'acte opératoire n'a pas seulement des chances d'être inutile, il peut encore être nuisible; les réactions nerveuses qui le suivent peuvent revêtir un haut caractère de gravité

et les phénomènes névropathiques peuvent s'aggraver. J'ai publié l'observation d'une malade hystérique chez qui, à la suite de la néphrorraphie, survinrent des vomissements incoercibles; le faciès grippé, le pouls extrêmement rapide et à peine perceptible, des lipothymies répétées nous inquiétèrent beaucoup pendant trois jours, lorsque, brusquement, la scène changea et les vomissements s'arrêtèrent à la suite de l'ingestion d'un grog très chaud. J'ai observé un autre cas analogue au précédent.

De tels accidents ne peuvent s'expliquer que par l'hystéro-traumatisme, et je crois qu'il faut interpréter dans le même sens les observations où l'on voit la névrose se développer consécutivement à l'opération: tel fut le cas chez trois malades opérées par Tillmans. La même interprétation permet de comprendre l'anesthésie du membre inférieur droit et de la cicatrice que Stonham observa après la néphrorraphie.

En résumé, je pense qu'on doit:

1° Lors d'accidents douloureux ou digestifs d'ordre mécanique, essayer le bandage. Si les accidents disparaissent par l'appareil orthopédique, donner au malade le choix entre l'opération et la ceinture. Si le bandage ne donne pas un résultat complet, opérer;

2° Dans les accidents de névrose hystérique ou neurasthénique, essayer le bandage et n'opérer que lorsque celui-ci ne donne pas de résultats;

3° Dans les cas d'entéroptose, s'en tenir à la ceinture et n'opérer que si le rein mobile détermine par lui-même des accidents sérieux, au-dessus des ressources de l'orthopédie. Même après l'opération il faudra, dans ces cas, conseiller le port d'une ceinture sans pelote;

4° Lorsqu'un rein mobile ne détermine pas d'accidents, conseiller le port d'une ceinture.

### III

## NÉOPLASMES DU REIN

Nous étudierons séparément les *néoplasmes du parenchyme rénal*, ceux qui naissent de sa capsule et ceux qui se développent primitivement dans le *bassinnet*.

Dans l'étude des néoplasies du parenchyme rénal nous distinguerons, en nous plaçant à un point de vue exclusivement pratique, le cancer, comprenant les tumeurs épithéliales et les sarcomes, les kystes du rein et des tumeurs variées de moindre importance (lipomes, fibromes, etc).

## NÉOPLASMES DU PARENCHYME RÉNAL.

### I. — CANCER DU REIN.

**Étiologie.** Le cancer du rein est relativement beaucoup plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte: il présente chez le premier des caractères assez particuliers pour que je croie utile de l'étudier séparément dans un paragraphe spécial. Chez l'adulte le maximum de fréquence est de trente à soixante ans. Le cancer primitif du rein est un peu plus fréquent chez l'homme que chez la femme (64 hommes sur 99 cas de Guillet). Dans quelques observations on a invoqué le traumatisme comme cause occasionnelle. D'autres fois on a constaté le développement d'un épithéliome du rein consécutivement à la lithiase; dans les observations d'Israël (1) et de Hartmann (2), il s'agit de cancers du bassinet coexistant avec des calculs; d'un carcinome du rein lui-même dans celles de Pollard (3), de Shattock (4) et de Newmann (5). On a invoqué dans ces cas l'irritation déterminée par le calcul comme point de départ du néoplasme. Plus rarement encore on peut observer la lithiase phosphatique secondaire dans les néoplasmes du rein (deuxième cas de Newmann).

**Anatomie pathologique.** — Les néoplasies du rein qui méritent le nom clinique de cancer peuvent être distinguées, au point de vue anatomique, suivant leur nature épithéliale ou mésodermique. Les néoplasies *épithéliales* comprennent les *adénomes* et les *épithéliomes*, qu'il est indispensable d'étudier dans le même chapitre pour comprendre, au point de vue pathogénique, les formes de transition; la clinique, d'ailleurs, est encore plus incapable que l'anatomie pathologique de séparer l'adénome du carcinome. Les néoplasmes *mésodermiques* comprennent les *sarcomes*, purs ou associés à des fibres musculaires lisses ou striées, au chondrome ou à l'angiome. Dans un certain nombre de cas, le néoplasme présente, mélangées en proportions diverses, la prolifération conjonctive et la prolifération épithéliale, ce sont les *adéno-sarcomes*.

**A. Tumeurs épithéliales.** Je distinguerai: 1° les *adénomes* et *tumeurs adénoïdes*; 2° les *cancers épithéliaux*.

**1° Adénomes et tumeurs adénoïdes.** Ces productions épithéliales se présentent, au point de vue macroscopique, sous deux formes principales:

a) LES NÉOFORMATIONS ÉPITHÉLIALES CONSÉCUTIVES A LA NÉPHRITE SONT des trouvailles d'autopsie assez fréquentes. Dans des reins manifestement atteints de néphrite interstitielle on rencontre à la surface, immé-

(1) ISRAËL, *Virchow's Arch. für pathol. Anat.*, 1881, p. 359. — (2) HARTMANN, *Bull. de la Soc. anat.*, 1886, p. 576. — (3) POLLARD, *Pathol. Soc. of London*, 1885, p. 272. — (4) SHATTOCK, *Deutsche med. Wochenschrift*, 1888, p. 260. — (5) NEWMANN, *Glasgow med. Journ.*, mars 1896.