

CHAPITRE VIII

EXAMEN DE L'APPAREIL URINAIRE

1. — Examen des reins (1).

L'examen direct des reins oppose aux méthodes physiques d'investigation de très grandes difficultés. En avant et sur les côtés, les reins sont masqués par des anses intestinales si nombreuses, en arrière ils sont recouverts par des couches musculaires si épaisses, qu'il est très difficile de les explorer directement. Aussi le diagnostic d'un grand nombre d'affections rénales n'est-il possible que par l'examen des urines, si on a établi au préalable que les altérations de ce liquide ne sont pas dues à une lésion des voies d'excrétion urinaire.

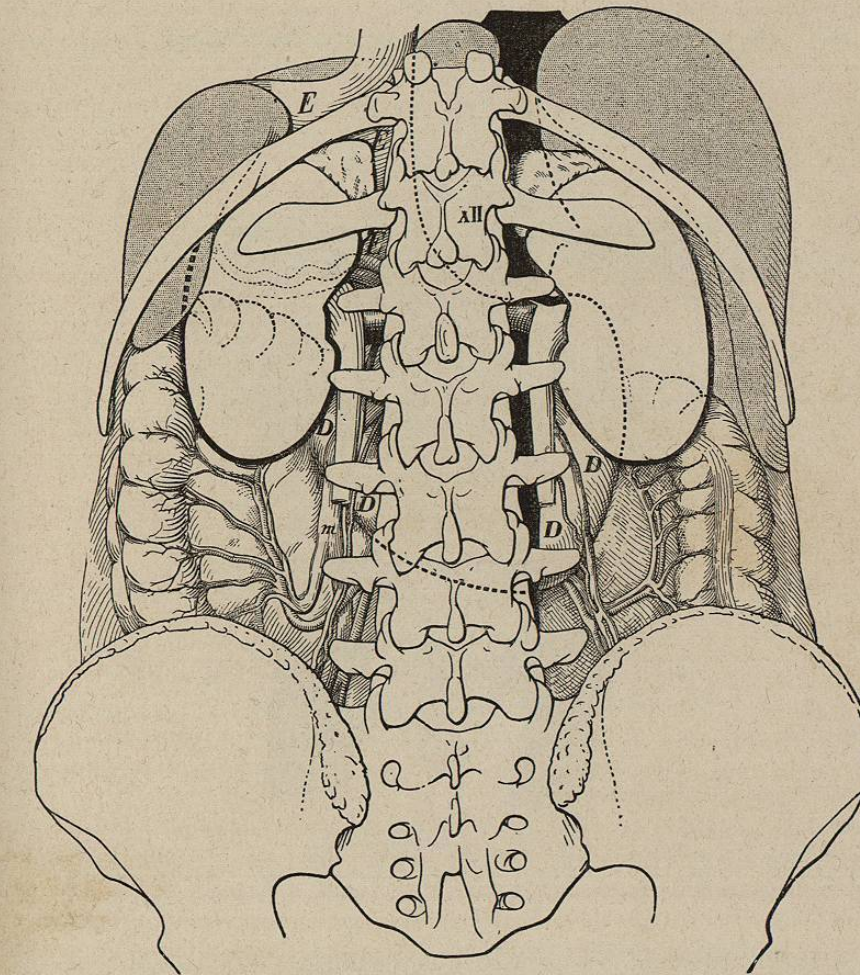
Les maladies des reins, accessibles à un diagnostic immédiat, sont bien peu nombreuses ; et alors même que les reins présentent des modifications accessibles directement, le danger de commettre des erreurs est encore grand. Bright prétendait que, de toutes les tumeurs abdominales, celles des reins étaient les plus difficiles à diagnostiquer d'une façon certaine ; aujourd'hui encore cette proposition est exacte, malgré les progrès du diagnostic.

Les méthodes d'investigation employées pour l'examen des reins sont principalement l'inspection, la palpation et la percussion. L'auscultation n'est d'aucune utilité.

Les difficultés du diagnostic ne pourront être surmontées que par celui qui connaît à fond les rapports anatomiques des reins ; car c'est sur l'anatomie que sont basées certains signes secondaires que l'on rencontre très régulièrement dans les affections rénales. Aussi commencerons-nous par rappeler les détails anatomiques les plus importants qui concernent ces organes ; chemin faisant, nous en montrerons les applications cliniques.

Les reins ont la forme de haricots ; ils sont situés de chaque côté de la colonne vertébrale, sur une hauteur qui est comprise en moyenne entre le commencement de la douzième dorsale et la partie moyenne de la 3^e lombaire, et qui correspond environ à 10-12 centim. En général, le rein droit est un peu plus bas que l'autre (à cause du foie), de sorte que son extrémité

(1) Voyez sur ce sujet l'excellente thèse du Dr Récamier : *Étude sur les rapports du rein et son exploration chirurgicale* (Steinheil, 1889, Paris). Cette thèse a été inspirée par M. Guyon.



Rapports de la face antérieure du rein avec les organes environnants. D'après FARABEUF et RÉCAMIER (1).
Le foie et la rate sont couverts par du pointillé. E est l'estomac ; D le duodénum. Cette figure est prise sur un cadavre ayant la 12^e côte courte.

inférieure de ces organes, parce que leur extrémité inférieure disparaît derrière la crête iliaque. La distance entre cette extrémité et la crête iliaque peut aller de 2 à 6 centim.

(1) Grâce à l'obligeance du Dr Récamier, nous pouvons intercaler ici l'une des figures de sa thèse, figures dessinées par le professeur Farabeuf.

La moitié supérieure des reins est recouverte encore en arrière par la paroi thoracique (fig. 216). Leur extrémité supérieure s'élève, à droite, jusqu'au niveau du 11^e espace intercostal, à gauche jusqu'au niveau du 10^e. Cependant elle n'est pas en contact direct avec la paroi pectorale; elle en est séparée, à droite par le foie, à gauche par la rate. D'où il résulte qu'en aucun cas les reins ne sont accessibles à la percussion sur toute leur longueur; et de plus qu'à leur partie supérieure, il est impossible de les séparer

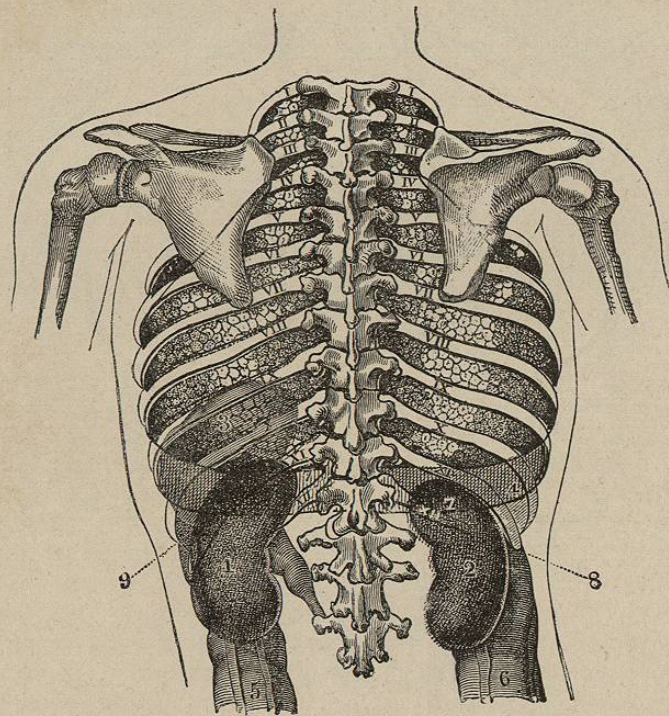


FIG. 216. — Position des reins.

1. Rein gauche. — 2. Rein droit. — 3. Rate. — 4. Foie. — 5. Côlon descendant. — 6. Côlon ascendant. — 7. Espace pleural complémentaire. — 8. Angle hépato-rénal. — 9. Angle spléno-rénal.

de la matité splénique et hépatique. Là où le rein gauche dépasse le bord de la rate, se trouve, au niveau du bord convexe externe de l'organe, l'angle spléno-rénal, auquel correspond à droite l'angle hépato-rénal (fig. 216).

L'axe longitudinal des reins se confond presque, il est vrai, avec celui du corps, mais ne lui est pas absolument parallèle. Cela tient à ce que les extrémités rénales supérieures sont plus rapprochées l'une de l'autre que les inférieures; car tandis que celles-là s'écartent de 4 à 5 centim. de la ligne vertébrale qui passe par les apophyses épineuses, celles-ci en sont distantes de 6-7 centim.

La plus grande distance entre le bord externe des reins et la ligne verté-

brale est en moyenne de 10 centim. (1). Ce chiffre peut naturellement devenir important pour la délimitation de ces organes par la percussion. Pour l'intelligence de la figure de percussion des reins, il faut se rappeler encore, chose importante, que, presque partout, le trajet de la limite rénale externe se confond avec le bord latéral du muscle sacro-lombaire. On a cru pouvoir délimiter en partie par la percussion le bord externe du rein, en tenant compte de ce fait qu'à droite il est limité en dehors par le côlon ascendant, à gauche par le côlon descendant, de telle sorte que, si le côlon contenait du gaz, la matité rénale pourrait être distinguée facilement de la sonorité

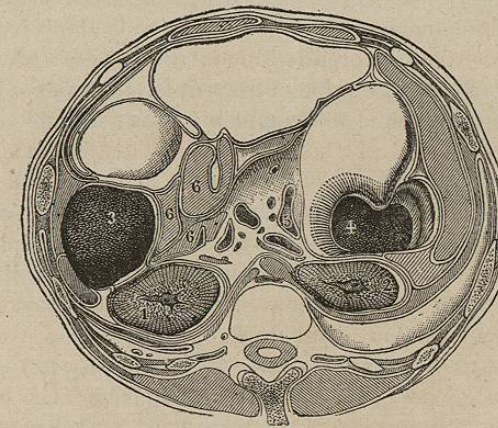


FIG. 217. — Rapports des reins avec le côlon. — Coupe transversale de l'abdomen au niveau du point de jonction de la 12^e vertèbre dorsale avec la 1^{re} lombaire. D'après PIROGOFF.

1. Rein gauche. — 2. Rein droit. — 3. Côlon descendant. — 4. Côlon ascendant. — 5. Portion descendante du duodénum avec l'embouchure du canal cholédoque. — 6. Anses d'intestin grêle.

tympanique de l'intestin. Nous verrons plus tard que les différences du son de percussion qui, le cas échéant, pourraient se produire, sont à imputer non aux reins, mais au bord latéral du muscle sacro-lombaire.

Pour apprécier une augmentation morbide du volume des reins, il faut tenir compte surtout des rapports de ces organes avec l'intestin. La face antérieure des reins, tournée vers la cavité abdominale, offre ordinairement une voussure un peu plus forte que la face postérieure. Celle-ci est située immédiatement sur l'aponévrose du muscle carré des lombes et sur la portion vertébrale du diaphragme, son bord médian arrivant au niveau du bord latéral du psoas. Ces couches musculaires sont encore épaissies notablement par l'adjonction des muscles sacro-lombaire et long dorsal; c'est ce qui explique les difficultés inhérentes à l'exploration des reins par la face postérieure du corps.

(1) D'après Récamier, le rein est plus rapproché de la ligne médiane qu'on ne le croit généralement et le chiffre de 9 centim. peut être pris comme une bonne moyenne, indiquant la distance où son bord externe se trouve de la ligne des apophyses épineuses. D'après les transfixions faites par MM. Guyon et Récamier, cette limite correspondrait à peu près au bord externe du muscle droit de l'abdomen.

La face antérieure des reins est tapissée par le péritoine, par l'intermédiaire duquel elle est en grande partie recouverte, à droite par le côlon ascendant; à gauche par le côlon descendant, qui tous deux, à l'état de réplétion, dépassent latéralement le bord externe convexe des reins (fig. 217). D'où il ressort que si les reins augmentent de volume, le côlon formera toujours au devant de la tumeur rénale un gros bourrelet à direction oblique, car au fur et à mesure de l'accroissement de la tumeur il sera refoulé d'arrière en avant. Dans le voisinage du bord interne concave du rein droit, on trouve la portion descendante de l'intestin grêle; le bord interne du rein gauche est contigu également à des anses d'intestin grêle. L'augmentation de volume des reins aura donc encore pour conséquence le déplacement des anses de l'intestin grêle, et l'on comprend aisément que celui-ci se fera d'abord dans la direction médiane. Il est également possible, en cas de déviation du rein droit, que le canal cholédoque soit comprimé dans son trajet ou à son embouchure dans le duodénum et qu'il se produise ainsi de l'ictère, comme Litten et Stiller en ont publié récemment des exemples. D'autres fois, la compression s'exerçant sur le pylore crée de la gastrectasie, ainsi que l'ont fait remarquer Bartels (1) et Müller-Warneke. En cas d'abcès périnéphrétique, le pus peut se frayer une voie dans des directions fort diverses; il peut se rompre dans les voies urinaires elles-mêmes, dans le côlon, dans l'intestin grêle, et en arrière ou en haut dans le poumon.

Pour terminer, nous attirerons encore l'attention sur les rapports des reins avec l'espace pleural complémentaire postérieur. Ces rapports ressortent clairement de la figure 216. Comme le bord postéro-inférieur du poumon ne descend pas jusqu'à la limite de l'espace complémentaire, on comprend la possibilité de blessures du dos, qui lésaient d'abord cet espace et puis les reins, alors que le parenchyme pulmonaire lui-même resterait intact. Cliniquement la chose se traduirait par une plaie des reins avec pneumothorax.

A. — INSPECTION DE LA RÉGION RÉNALE

Les reins ne sont accessibles à une inspection directe que lorsqu'ils sont déplacés ou notablement augmentés de volume. La première éventualité a été signalée par Bartels à l'aide d'une observation frappante. Elle concerne une femme amaigrie multipare. Au niveau de l'os iliaque droit, on trouva une tumeur proéminente qu'on reconnut être le rein droit à sa forme caractéristique; ce rein avait subi un déplacement de haut en bas.

Les tumeurs des reins occupent d'habitude d'abord les régions lombaire

(1) Cette opinion de Bartels sur l'ectopie rénale engendrant la dilatation de l'estomac est repoussée par les auteurs français. Pour M. Bouchard, c'est la dilatation de l'estomac qui est la cause première; la dilatation de l'estomac gonfle le foie, et le foie tuméfié abaisse le rein droit. Pour M. Glénard, la néphroptose est connexe de l'ensemble des déplacements qu'il désigne sous le nom de splanchnoptose.

et latérale de la cavité abdominale; c'est là que, le cas échéant, on remarquera suivant la nature de la tumeur des saillies uniformes ou circonscrites.

Elles peuvent s'étendre sur un espace qui embrasse tout le domaine compris entre la 12^e côte et la crête iliaque. Au fur et à mesure de leurs progrès, elles s'étendent vers la région ombilicale et même au delà et refoulent les parois abdominales en dehors. Lorsqu'elles ont atteint un très gros volume, elles déplacent vers le haut les organes avoisinants, la rate ou le foie, et produisent une distension des segments inférieurs de la cage thoracique. Contrairement aux tumeurs de la rate, du foie et de l'estomac, les tumeurs du rein ne présentent point d'excursions respiratoires. Il faut éviter de prendre pour des excursions respiratoires de pseudo-déplacements; quand les parois abdominales, pendant l'inspiration, se distendent, s'amincissent et se déplacent, un examen superficiel ferait en effet croire que la partie déplacée est la tumeur elle-même et non pas la paroi abdominale. Le plus sûr moyen, en ce cas, est de recourir à la palpation.

En cas de grosses tumeurs rénales, il est un signe très caractéristique qui consiste dans la constatation, sur la face antérieure ou plutôt latérale de la tumeur, du côlon ascendant à droite, et du côlon descendant à gauche. Le trajet du premier monte ordinairement de droite à gauche et de bas en haut; le côlon descendant se dirige de haut en bas et de dehors en dedans. L'intestin a la forme d'un bourrelet cylindrique, dont la nature ne peut être mise en doute, lorsqu'il se produit soit des contractions péristaltiques, soit, d'une façon transitoire, de la distension et du collapsus. Il est vrai que l'intestin peut être tellement comprimé par la tumeur, que ses limites visibles disparaissent; mais en ce cas, il se révèle encore à la palpation sous forme d'un cordon arrondi, qui est suffisamment caractérisé d'ordinaire par son trajet. Pour les cas douteux, Spencer Wells a proposé d'insuffler le côlon par le rectum avec de l'air et de le rendre ainsi accessible à la vue, à la palpation et à la percussion.

Sur les parois abdominales distendues par la tumeur peuvent se développer des veines cutanées dilatées et flexueuses.

Il ne faut pas omettre de signaler la possibilité de modifications dans les rapports entre l'intestin et la tumeur rénale. Rosenstein relate une observation du cancer du rein gauche chez un jeune garçon, où le côlon descendant avait été aplati et refoulé vers la partie postérieure. Il n'y avait donc pas d'anses intestinales au devant de la tumeur, et, à la percussion, la matité splénique se continuait directement avec la matité rénale. Hotz a observé et décrit un cas analogue.

Il y a également des exceptions pour la direction que suit une tumeur qui s'accroît. La preuve en est fournie par une observation de Bartels, où une tumeur cancéreuse du rein gauche avait soulevé les parois abdominales au-dessus de l'ombilic entre l'arcade costale gauche et la ligne médiane, sans produire aucune voussure, ni sur les côtés, ni en arrière.

En dehors des productions néoplasiques vraies et des autres affections rénales, il y a encore les *phlegmasies du tissu cellulaire paranéphrétique et périnéphrétique* qui peuvent produire des voussures de la région lom-

baire et des parois latérales du ventre. Il s'y joint souvent une rougeur érysipélateuse des téguments sus-jacents, ou bien la peau est extrêmement lisse, tendue et brillante; la palpation y décèle de l'œdème. Il n'est pas rare de voir le pus se frayer une voie vers l'extérieur à travers la région lombaire. En une zone circonscrite, il se développe de la rougeur et de l'œdème, une saillie fluctuante, et finalement la peau amincie se rompt et laisse échapper le pus au dehors.

On peut confondre ces abcès périnéphrétiques avec les abcès par congestion consécutifs aux lésions vertébrales; et l'on fera bien, dans les cas douteux, d'examiner avec soin le rachis. J'ai vu aussi un cas où une pleurésie purulente droite avait donné lieu à un empyème qui, après s'être ouvert sous la peau, s'était étendu sur toute la région lombaire droite qu'il avait soulevée, dont il avait ulcéré et œdématié les téguments et qui s'était évacué au dehors, à 3 centim. au-dessus de la crête iliaque. Le diagnostic différentiel put être édifié grâce à la palpation qui avait révélé l'intégrité de la région rénale en avant, et à la constatation de liquide dans la plèvre droite.

Les commémoratifs seront toujours très utiles à consulter.

Parfois l'on observe dans la région rénale des dépressions. Celles-ci peuvent se produire toutes les fois que les reins ont abandonné leur position normale; on ne les rencontre guère à la suite de la diminution de volume de ces organes. Le phénomène sera naturellement d'autant plus accentué qu'il s'agit, comme c'est habituellement le cas, du déplacement d'un seul rein. En cas de tumeurs abdominales douteuses, ce signe peut être d'un grand secours pour le diagnostic du rein flottant.

B. — PALPATION DES REINS

La palpation des reins exige, pour conduire au but désiré, certaines mesures de précaution. Il ne faut la pratiquer, comme tout examen des viscères abdominaux, qu'avec les mains chaudes; car si le contact est froid, les malades contractent instinctivement les parois abdominales et créent ainsi à l'explorateur des obstacles qu'il ne peut pas surmonter, ou dont il ne vient à bout qu'en exerçant des pressions très énergiques et très douloureuses pour le patient. Il faut veiller également à ce que la vigueur de la palpation ne soit augmentée que graduellement; il est même bon, en pénétrant dans la profondeur, de faire de petites pauses, notamment quand les malades résistent à l'examen en contractant les muscles de l'abdomen. On favorise le relâchement des parois du ventre en faisant fléchir au patient les genoux et les hanches et en plaçant les membres inférieurs dans l'abduction. Enfin, on fera bien le plus souvent de détourner l'attention du malade en conversant avec lui et de lui faire ouvrir la bouche largement (1).

(1) M. Guyon et son élève Récamier recommandent aussi le palper dans le décubitus dorsal; ils conseillent en outre de se conformer aux deux règles suivantes: 1^o ne pas

Pour le plus grand nombre de cas, c'est le décubitus dorsal qui convient pour l'exploration; cependant il peut y avoir quelquefois avantage à contrôler les résultats obtenus dans le décubitus latéral et la station debout. Lorsque le lit est accessible de tous côtés, l'examen est plus commode à pratiquer en se plaçant du côté opposé au rein à explorer. On insinue l'une des mains sous la musculature lombaire et on refoule avec elle le rein au devant de l'autre main qui cherche, en partant de la paroi abdominale, à pénétrer dans la région rénale. Guyon recommande, pour certains cas, la recherche de ce qu'il appelle le *ballotement rénal*, qui consiste à lancer le rein d'arrière en avant vers la paroi abdominale antérieure à l'aide d'une palpation saccadée et à l'envoyer ainsi au devant de la main qui explore la région antérieure (1).

La palpation des reins fournit des notions que ne donnent pas les autres modes d'exploration; en outre, elle sert à contrôler et élargir notablement les résultats de l'inspection.

La première chose à considérer, c'est la *sensibilité de la région rénale*. Celle-ci se produit dans beaucoup de maladies des reins, varie en intensité depuis la simple sensibilité à la pression jusqu'à la douleur la plus vive et s'observe, comme le remarque Frerichs, plus souvent à gauche qu'à droite, probablement parce que le rein gauche, un peu plus superficiel, est plus facile à atteindre (2).

Les reins qui sont dans leur situation normale et ne sont pas trop augmentés de volume, sont le plus souvent inaccessibles à la palpation. Si certains auteurs prétendent le contraire, mes observations personnelles m'empêchent de partager leur avis. Chez des femmes émaciées, multipares, ayant des parois abdominales très flasques, j'ai réussi souvent cependant à atteindre les reins avec la main et à les délimiter dans leur moitié inférieure. Je n'ai jamais constaté de déplacements respiratoires de ces organes. Bartels s'exprime d'une façon plus réservée. Dans un seul cas de néphrite parenchymateuse concernant une femme assez amaigrie il put palper les deux reins, augmentés de volume, et apprécier à peu près la mesure de l'hypertrophie. Dans tous les cas, mes observations ne concordent pas avec celles de Freund, où il est question de la constatation fréquente, chez des femmes, d'excursions respiratoires des reins et de la palpation possible de ces organes dans toute leur étendue.

Lorsqu'il y a *abaissement des reins*, ceux-ci deviennent souvent accessibles à la palpation. La palpation décide du diagnostic différentiel avec d'au-

faire fléchir les jambes du malade, comme on le conseille ordinairement, les laisser au contraire allongées et molles; 2^o il faut faire une *exploration en mesure*, c'est-à-dire qui suive exactement les mouvements respiratoires et ne gagne du terrain que pendant l'expiration.

(1) La perception du ballotement rénal indique que le rein est augmenté de volume ou légèrement abaissé (Guyon).

(2) C'est la pression postérieure qui donnera les meilleurs renseignements sur la sensibilité du rein; il faudra faire cette pression aussi localisée que possible, dans cet angle costo-vertébral où on est sûr d'être en contact avec le rein, au moins avec sa partie inférieure, s'il n'est pas abaissé.

tres tumeurs abdominales en ce qu'elle permet de reconnaître sans difficulté la forme en haricot de la tumeur. Parfois on arrive, comme l'a montré Frerichs, à sentir les battements de l'artère qui pénètre dans le hile du rein. Lorsque le rein déplacé est atteint de dégénérescence cancéreuse, sa surface, au lieu d'être lisse, sera fréquemment bosselée. Un rein non dégénéré ne sera guère sensible à la pression. Les malades accusent une douleur sourde, qu'un malade de Gerhardt, médecin lui-même, a comparée à la sensation éprouvée lorsqu'on comprime le testicule entre les doigts. Cette douleur est due probablement moins à la lésion des nerfs sensitifs de la glande qu'à la distension de la capsule rénale.

L'organe déplacé peut être mobile ou adhérent. Dans le premier cas, la mobilité sera extra-péritonéale, *rein mobile* dans le sens restreint du mot, ou bien l'organe est capable, par l'intermédiaire d'un mésonéphron plus ou moins long, de se mouvoir plus ou moins facilement et sur une étendue plus ou moins vaste dans la cavité abdominale, *rein flottant*. Mais le rein, d'abord mobile, peut se fixer à la suite de processus inflammatoires du voisinage. Le rein mobile et le rein flottant peuvent changer de place avec chaque attitude nouvelle du corps ; ils sont situés plus bas dans la station verticale que dans le décubitus dorsal. Dans certains cas aussi, on réussit à replacer le rein en ectopie ; alors la dépression rénale, peut-être visible auparavant, s'efface et les phénomènes de percussion se modifient. Pour les cas douteux et difficiles de rein flottant, on a recommandé pour l'exploration manuelle la position genu-brachiale, qui rapproche l'organe mobile de la paroi abdominale et le rend ainsi plus facile à atteindre. A l'inspiration, il peut se produire un léger abaissement du viscère ; dans ces conditions aussi, la palpation est moins distincte, parce qu'entre les reins et la paroi abdominale viennent s'insinuer des anses intestinales. Le degré de l'ectopie varie dans de très grandes limites ; les reins peuvent émigrer jusque dans le petit bassin (1).

(1) M. Glénard distingue quatre degrés de *néphroptose*. Pour bien comprendre ces quatre degrés, il est nécessaire de dire ici comment M. Glénard palpe le rein. Tandis que la majorité des auteurs palpe le rein par la méthode bimanuelle, M. Glénard fait une exploration unimanuelle. De plus M. Glénard admet dans une certaine mesure les déplacements respiratoires du rein, niés par beaucoup d'auteurs ; il admet que sous l'influence de la respiration, le rein subit un mouvement de va-et-vient et base sur ce fait son mode d'exploration qu'il appelle *palpation néphroleptique*. D'après M. Glénard la recherche du rein mobile comprend trois temps :

Premier temps. Affût. — On étreint solidement de la main gauche (nous supposons qu'on explore le côté droit), le pouce étant placé en avant, les parties molles sous-jacentes au rebord des côtes droites. Les doigts forment ainsi un anneau qui est complété en arrière par le rachis, en avant par la main droite déprimant la paroi antérieure dans le prolongement du pouce gauche qui se trouve au-dessous de l'extrémité de la 9^e côte gauche. Ceci étant fait, on ordonne au malade de respirer profondément ; si l'on ne sent rien entre les doigts, c'est qu'il n'y a pas de déplacement d'organe ; si l'on sent quelque chose, on cherche à s'assurer de ce que c'est à l'aide du 2^e temps de la palpation.

Deuxième temps. Capture. — Ce temps consiste à saisir entre le médius et le pouce gauches l'organe déplacé. Pour cela, après s'être bien mis en tâtonnant sur le

Le déplacement rénal peut être *congénital ou acquis*. Jusqu'à présent, la première n'avait guère qu'un intérêt anatomique ; on la trouvait par hasard dans les autopsies, sans qu'elle eût attiré l'attention pendant la vie. L'ectopie congénitale du rein est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, frappe le plus souvent le rein droit et n'est que rarement double.

Signalons ici une malformation rénale appelée *rein en fer à cheval*, qui est due à la fusion en un organe unique des deux reins. Le plus souvent la jonction se produit entre les extrémités inférieures de ces viscères ; d'où développement d'une sorte de fer à cheval à convexité inférieure et à concavité supérieure, situé transversalement au devant de la colonne vertébrale et pouvant descendre jusqu'au niveau de la concavité du sacrum. La lésion est accessible à la palpation ; j'ai vu Frerichs, alors que j'étais assistant à sa clinique, poser ce diagnostic avec certitude. Il est vrai qu'on risque de se tromper. Ainsi, Sandwith rapporte une observation où la tumeur palpable fut prise pour un anévrysme, à cause des pulsations que lui communiquait l'aorte abdominale. Le diagnostic doit être basé sur l'existence dans les deux régions lombaires d'une dépression, sur les modifications fournies par la percussion et sur l'absence de symptômes propres à d'autres affections abdominales.

trajet de l'organe, on porte le pouce le plus haut possible ; puis, quand la « ptose » paraît avoir atteint la limite inférieure de son excursion inspiratoire, on serre brusquement en cherchant à rapprocher l'index et le médius gauches, la main droite s'opposant au déplacement de l'organe vers la ligne médiane, et l'organe est pris. Comment connaîtra-t-on alors sa forme, ses dimensions ? Par le troisième temps de la palpation.

Troisième temps. Échappement. — On écarte légèrement l'une de l'autre les extrémités du pouce et du médius et on abaisse légèrement la ligne de compression ; alors la ptose remonte, et en exerçant un serrement un peu brusque au moment où elle va s'échapper, on apprécie son degré de mobilité.

Le rein déplacé peut l'être plus ou moins. Aussi M. Glénard a-t-il décrit quatre degrés au rein flottant. Dans le *premier degré, pointe de néphroptose*, correspondant à la pointe de hernie, on ne sent que le pôle inférieur du rein. A la fin du temps d'affût, on palpe profondément un corps lisse, dur, gros comme une noix, qui, lorsqu'on le presse entre le médius et l'index, s'échappe comme une bille en fuyant en haut ; en même temps, le malade éprouve une sensation de ressaut. La *néphroptose du deuxième degré* est celle dans laquelle l'organe peut être saisi entre les doigts sans que cependant on puisse comprimer les tissus au-dessus de lui. Dans ce dernier cas, on aura la *néphroptose du troisième degré*. Enfin, celle du *quatrième degré* est le *rein flottant* que l'on sent par la palpation la plus grossière à travers la paroi abdominale antérieure.

Pour l'hypochondre gauche, on se sert de la main droite pour relever la région lombaire et pour procéder à l'affût dans la palpation néphroleptique. Du reste, la splénoptose est très rare, et la néphroptose gauche, quand elle est combinée à celle du côté droit, est beaucoup moins prononcée qu'elle.

M. Glénard a posé encore minutieusement les règles de la palpation du foie, par ce qu'il appelle le « procédé du pouce » (Thèse de A. Françon, Lyon, 1888).

M. Guyon et son élève Récamier ont critiqué le procédé de M. Glénard ; ils lui opposent d'abord ce fait que le rein est beaucoup plus près de la ligne médiane qu'on ne le croit ; et en second lieu, son caractère de méthode unimanuelle, la palpation bimanuelle étant bien supérieure. Cependant notre expérience personnelle nous permet d'affirmer que, *limitée à la recherche du rein déplacé*, cette méthode peut rendre de grands services.