

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

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

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

Un certain nombre de complications peuvent se présenter :

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

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

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

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

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

tion du rein du côté opposé, on ne peut que laisser persister la fistule.

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

Marcel LABBÉ.

REIN MOBILE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Traitement palliatif et curatif. — I. REIN MOBILE SIMPLE.

— Il est des reins mobiles absolument latents qui ne sont révélés que par la palpation abdominale au cours de l'examen systématique d'un malade.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La néphropexie, imaginée par Hahn en 1881, est entrée aujourd'hui dans la pratique chirurgicale. M. Tuffier¹ en décrit ainsi la technique: « Situation du malade en décubitus latéral sur le côté sain, incision lombaire légèrement oblique de la onzième côte à la crête iliaque, à quatre grands travers de doigt des apophyses épineuses; sections musculaires successives; dissociation lente de la capsule graisseuse, le rein étant refoulé et fixé par un aide. L'organe mis à nu, dans toute l'étendue de son bord convexe et des deux faces adjacentes, on passe un fil de gros catgut en plein parenchyme dans sa partie inférieure, de façon à fixer et à amener l'organe entre les lèvres écartées de la plaie. On agit de même à son extrémité supérieure, environ à 4 centimètres du sommet du rein; puis, sur la face postérieure et le bord convexe; on dissèque la capsule propre de Malpighi, de façon à aviver ainsi le parenchyme cortical. Le léger suintement sanguin qui suit cette dissection est arrêté par la compression; on place alors un troisième fil au milieu du rein, en pleine substance rénale. Ces trois fils passés avec l'aiguille coudée de Reverdin sont simples ou doubles. Les substances employées sont:

1. TUFFIER, *Traité de chirurgie* de DUPLAY et RECLUS, t. VII.