

C'est à l'orthopédie que revient la première place dans le traitement.

Plus encore que dans la première forme, les moyens hygiéniques (repos au lit au moment des règles, interdiction des marches prolongées et des fatigues physiques) doivent être prescrits.

Le rein sera maintenu en place au moyen de bandages.

Le plus simple et le plus recommandé par M. Tuffier consiste en un ressort muni d'une pelote et soutenu par une ceinture élastique.

La pelote qui s'applique au-devant de l'échancrure costo-iliaque doit être large et réniforme; sa courbure, son inclinaison et sa forme peuvent être modifiées suivant les sujets. La pelote élastique en peau peut être remplacée par une pelote à air en caoutchouc. L'élasticité du ressort doit être calculée et essayée avec soin; il doit être assez fort pour maintenir le rein, assez faible pour que sa pression soit tolérée.

L'appareil est placé pendant que le malade est dans le décubitus dorsal, le rein ayant été préalablement réduit.

Tantôt la réduction du rein s'obtient naturellement, par le décubitus horizontal avec élévation du bassin au moyen d'un coussin; tantôt il faut agir directement sur le rein par la pression de la main. Cette réduction est quelquefois assez difficile, et ne se fait pas par les moyens ordinaires; c'est souvent le malade qui connaît par expérience les moyens de l'obtenir et qui y arrive par une série de manœuvres dont la plus fréquente est la flexion forcée du thorax. Les pratiques les plus étranges et les plus contraires en apparence à la fixation du rein peuvent parfois en amener la réduction; témoin le cas d'une malade qui fut à plusieurs reprises guérie des accidents douloureux dus à un rein mobile par des voyages en chemin de fer.

Après l'application du bandage, on examine s'il maintient suffisamment le rein et si, sous l'influence des mouvements et des efforts, l'organe ne file pas au-dessous du bandage.

Bien appliqué et bien construit, cet appareil peut rendre de grands services et faire disparaître les troubles dont se plaignait le malade; mais il ne procure pas la guérison.

Dans les cas où l'entéroptose est très marquée et généralisée, ce simple bandage est insuffisant. Il faut avoir recours à une ceinture abdominale qui soutient tous les viscères de l'abdomen et renforce la paroi prête à s'effondrer.

La sangle abdominale de Glénard est la plus employée.

Chez les personnes dont le ventre est aplati, sans relief, qui sont de toutes les plus rebelles à la thérapeutique, il faut, suivant M. Mathieu, renforcer la ceinture par un coussin placé à la partie

inférieure de l'abdomen. Ce coussin n'a pas pour but de maintenir le rein par une pression directe, ce que M. Mathieu croit impossible même à l'aide des bandages à pelote, mais simplement de servir d'intermédiaire entre la ceinture et la paroi abdominale, de façon à augmenter la pression abdominale et à immobiliser, sinon à relever, les viscères.

Le massage abdominal, en augmentant la résistance de la paroi, sera un utile adjuvant de l'orthopédie.

Enfin, lorsque la réduction du rein est difficile à maintenir, même à l'aide d'une ceinture, la néphropexie est indiquée à titre d'opération auxiliaire; elle ne dispensera nullement le malade de porter une ceinture.

Les troubles dyspeptiques, la constipation, qui accompagnent si souvent cette variété de rein mobile, seront utilement combattus par le massage abdominal, par l'usage de laxatifs quotidiens, par l'institution d'un régime alimentaire approprié, et par les alcalins.

Les troubles névropathiques et les douleurs relèvent de l'hydrothérapie, de l'hygiène morale et des calmants.

III. ACCIDENTS. — Un certain nombre d'*accidents* peuvent se produire chez les sujets atteints de rein mobile et réclamer une thérapeutique spéciale.

*Hydronephrose*. — Le plus fréquent est l'*hydronephrose intermittente*, qui survient sous forme de crises douloureuses durant quelques heures ou quelques jours, et rappelant par leur intensité les crises de coliques néphrétiques: ce sont des douleurs lombaires très vives irradiant vers le thorax ou vers l'aîne et vers la jambe, accompagnées de céphalalgie et de vomissements; la quantité des urines est diminuée, et le volume du rein est augmenté pendant la crise. Celle-ci se termine souvent avec brusquerie par l'élimination d'une grande quantité d'urines.

L'hydronephrose intermittente est due à la coudure de l'uretère par abaissement du rein.

En présence d'une crise douloureuse d'hydronephrose intermittente, la première chose à faire est de tenter la réduction du rein, suivant la méthode que nous avons donnée plus haut.

Dans certains cas, la réduction calme immédiatement les phénomènes douloureux, et ce résultat fournit une confirmation du diagnostic; mais souvent elle n'amène qu'une atténuation des phénomènes; il faut alors compléter son action par l'emploi des moyens analgésiques ordinaires.

Un grand bain chaud, l'application sur la région douloureuse de fomentations chaudes, de compresses chaudes, d'un sac d'eau ou de sable chaud, donnent habituellement de bons résultats; mais le



remède le plus efficace consiste dans l'injection sous-cutanée de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine.

La guérison de la crise obtenue, le malade ne doit pas rester exposé à la possibilité d'une nouvelle crise; les mesures d'hygiène et de prophylaxie ne sont pas suffisantes; on aura recours à la fixation du rein par un bandage ou, mieux, par l'opération de la néphrorraphie.

Si le rein déplacé se trouve fixé en une position vicieuse par des adhérences inflammatoires, l'*hydronéphrose* devient permanente. Elle relève alors exclusivement de la chirurgie (voir p. 76).

*Pyonéphrose.* — L'infection des voies urinaires peut atteindre le bassinet et donner lieu à une *pyonéphrose*.

En général, la pyonéphrose ne s'installe pas d'emblée; elle succède à l'hydronéphrose. Cette complication peut céder au rétablissement du cours des urines; la fixation chirurgicale du rein est donc indiquée. Mais, si cette opération se montre insuffisante, si la pyonéphrose persiste, il faut recourir, si celle-ci est unilatérale, à la néphrectomie.

Le rein mobile peut être le siège de *tumeurs* bénignes ou malignes, dont le diagnostic est rendu très difficile par la situation anormale de l'organe; dans ce cas, la néphrectomie est indiquée.

Le rein mobile prédispose à la *lithiase urinaire*. Les urines des malades atteints de néphroptose doivent donc être surveillées à cet égard, et dès qu'on pourra soupçonner l'existence de la lithiase, le traitement propre à cette affection sera institué.

Enfin, l'*albuminurie intermittente* qui accompagne parfois le rein mobile nécessite un régime spécial.

Marcel LABBÉ.

## URÉMIE

**Indications pathogéniques générales.** — Sous le nom d'*urémie*, on a décrit les accidents morbides les plus complexes, au point de vue clinique et pathogénique.

Au point de vue clinique, on a classé les accidents urémiques sous des formes très variées selon qu'ils surviennent d'une façon aiguë ou chronique, ou qu'ils dénotent un fonctionnement anormal de tel ou tel système organique (nerveux, pulmonaire, gastro-intesti-

nal). C'est dire que les formes cliniques de l'urémie ont été multipliées à plaisir, et que tout médecin qui examine soigneusement un urémique peut, en se fondant sur un caractère anormal, décrire une nouvelle forme et c'est ainsi qu'à côté des grandes formes classiques, on a décrit des formes articulaire, tétanique, etc., qui ne se distinguent des autres que par l'existence d'un symptôme prédominant.

Au point de vue pathogénique, l'urémie est tout aussi complexe: depuis les travaux du professeur Bouchard et de ses élèves, il est classique de dire que l'urémie est causée par tous les poisons de l'urine, qui ont des actions extrêmement variées sur l'organisme. On admet même que chacun de ces poisons peut agir à l'exclusion des autres, la rétention ne se faisant pas également pour tous, et d'après M. Le Gendre, « il est vraisemblable que la pluralité des formes cliniques dépend de la nature des poisons non éliminés, de la prédominance de tels ou tels ». Cette complexité pathogénique de l'urémie est encore plus marquée, si l'on considère que tous les poisons introduits dans l'organisme ou formés dans son intimité peuvent contribuer à causer l'urémie. Nous voulons dire que, sur deux malades ayant des lésions rénales identiques, l'un fera une crise d'urémie parce qu'il aura ingéré des substances toxiques (viande, bouillon), ou bien parce qu'il sera la proie d'une légère infection surajoutée, telle que la grippe, ou bien parce que, sous l'influence d'une cause quelconque, il se sera formé une grande quantité de produits toxiques dans son tractus gastro-intestinal; le second malade, au contraire, dont la perméabilité rénale est identique (autant qu'on en puisse juger) à celle du premier, qui retient dans son organisme la même quantité de poisons urinaires, ne présentera pas d'accidents urémiques, tant que son régime alimentaire n'introduira dans sa circulation aucun nouveau produit toxique et que son équilibre organique se maintiendra fixe.

On le voit donc, si la notion pathogénique qui fait des poisons de l'urine la cause productrice de l'urémie reste vraie, on doit être bien convaincu, au point de vue pratique, que le plus souvent s'ajoutent à ces poisons d'autres produits toxiques qui peuvent jouer le rôle prédominant dans l'apparition des accidents.

Comme corollaire, il faut bien être persuadé que si l'imperméabilité rénale est la principale cause de l'urémie, les accidents urémiques peuvent cependant éclater chez un malade atteint de néphrite, par une simple variation de régime, ou bien encore par une lésion des organes vicariants du rein, sans que l'état de la perméabilité rénale se soit modifié.

M. Huchard a, le premier, bien établi l'existence d'une urémie