

leur flexion et leur compression mutuelle se vident et se déplissent de proche en proche ; et souvent, s'il s'agit d'une occlusion de cause mécanique, elle se résout spontanément. Si elle persiste, on peut tenter dans le bout inférieur des injections laxatives lorsque les adhérences de l'intestin à la plaie extérieure sont solidement organisées.

Quand la perméabilité du tube digestif est rétablie dans tout son parcours, on n'a plus qu'à traiter l'anus contre nature pour en obtenir l'oblitération. Si, au contraire, l'occlusion persiste, ou si elle est de cause organique et par conséquent presque nécessairement incurable, il faut maintenir définitivement la fistule stercorale pour acheter la prolongation de la vie au prix d'une pénible infirmité.

Lorsque, d'une manière ou d'une autre, l'obstacle est levé et lorsque l'occlusion a disparu, le malade ne reviendra que graduellement à son régime habituel. Il faut songer que l'intestin ne peut pas retourner subitement à ses conditions normales : irrité, phlogosé ou au moins congestionné par la maladie et par le traitement, affaibli dans sa contractilité, demi-paralysé dans certaines parties, souvent même ayant subi dans la portion étranglée des altérations plus profondes, il pourrait ne pas supporter une alimentation très-substantielle. Il est important de ne lui confier pendant quelques jours que des aliments légers, commençant par les boissons alimentaires : le bouillon, le lait, les potages ; éprouvant la tolérance et le mode fonctionnel des organes digestifs avant de passer aux aliments solides, explorant la sensibilité du ventre, veillant sur sa liberté, car, comme nous l'avons vu dans une de nos observations, l'occlusion tend quelquefois à se reproduire.

Quand on permettra au malade de se lever, on lui fera porter une ceinture de flanelle qui soutienne et comprime légèrement les viscères abdominaux, relâchés et affaiblis par la distension qu'ils ont subie. Le malade devra éviter les efforts et les secousses violentes. Enfin, rendu à la santé complète, il s'interdira les excès de table et veillera avec soin à la régularité des fonctions intestinales.

## DES REINS FLOTTANTS (1)

Sommaire. — Aperçu historique.

Conditions anatomiques, physiologiques et pathologiques de l'ectopie rénale. — Influence des congestions répétées.

Symptômes. — Des douleurs qui accompagnent les reins flottants : elles peuvent occuper divers sièges.

Quelques faits de guérison spontanée.

Difficultés du diagnostic. — Manière d'examiner les malades.

Traitement. — Moyens de contention.

Observations.

MESSIEURS,

Les reins flottants ont été signalés par d'anciens observateurs : Riolan les décrit et attribue le déplacement de ces organes à la présence de tumeurs ou de calculs ; M. Rayet, dans ces derniers temps, a surtout contribué à rappeler l'attention sur l'ectopie mobile des reins. Dans une note de son excellent *Traité des maladies des femmes*, le docteur West analyse dix observations de cette affection sous le titre de *Tumeurs abdominales flottantes* ; il craint d'affirmer que ces tumeurs soient constituées par des reins déplacés, et cependant cette hypothèse lui semble très-probable. Fritz, trop tôt enlevé à la science, a résumé, dans un mémoire inséré aux *Archives de médecine* en 1859, la plupart des observations publiées jusqu'à cette époque. Plus tard, Trousseau a fait sur les reins mobiles une de ces leçons dont les échos de l'Hôtel-Dieu garderont longtemps le souvenir, dans lesquelles l'incomparable éclat de la forme faisait ressortir l'originalité puissante et l'ingéniosité du fond ; et il nous y a initiés aux recherches du docteur Walther. Enfin, M. Becquet, en 1865, a exprimé des vues nouvelles sur la pathogénie de cette affection.

L'ectopie mobile des reins est incontestablement plus commune chez

(1) Leçon publiée dans l'*Union médicale*, 1867, 20 et 25 juin.

les femmes que chez les hommes ; ma mémoire m'en rappelle distinctement seize cas, et, à coup sûr, j'en ai rencontré un nombre plus considérable ; quinze ont été observés chez des femmes, un seul chez un homme. Ainsi, ma pratique personnelle me donne le rapport de quinze à un ; il ne serait que de six à un, selon Fritz. M. le professeur Trousseau accueille ce résultat avec une certaine réserve, et la majorité des observations qu'il cite se rapportent à des hommes. Peut-être, en effet, cette différence est-elle moins grande qu'elle ne le paraît ? peut-être, pour des motifs que nous exposerons plus tard, la mobilité des reins est-elle, moins souvent que chez la femme, accompagnée chez l'homme de troubles fonctionnels qui en trahissent l'existence ? C'est une question qui appelle de nouvelles recherches.

Tous les observateurs s'accordent à reconnaître que le rein droit est beaucoup plus souvent déplacé que le gauche. L'un et l'autre peuvent l'être en même temps, et, dans ces cas d'ectopie double, Fritz signale encore la mobilité plus grande du rein droit. Dans le relevé du docteur West sur les tumeurs flottantes de l'abdomen, ces tumeurs se sont montrées sept fois à droite, une seule fois à gauche, et deux fois elles étaient bilatérales. Dans les quinze cas dont j'ai conservé le souvenir précis, quatorze fois le rein droit, une fois seulement le rein gauche, étaient déplacés.

Les femmes qui ont eu des enfants y sont plus exposées que les autres : dans une de mes observations, la tumeur rénale s'est fait sentir peu de temps après l'accouchement. Le docteur Becquet croit que cette anomalie se produit rarement en dehors des limites de la vie menstruelle.

Pour se rendre compte du mode de production de l'ectopie mobile des reins, il faut se rappeler la disposition normale de ces organes. Placés de chaque côté du rachis, au devant du muscle carré des lombes, entourés d'une couche épaisse de tissu connectif, les reins sont fixés dans la place qu'ils occupent par le pédicule vasculaire qui pénètre dans leur hile, et par le péritoine qui passe au devant d'eux. De pareils moyens de contention seraient bien insuffisants pour maintenir une glande d'un tissu lourd et compacte, et qui, dans la station verticale, fait effort contre ses attaches, si la masse intestinale remplie de gaz et comprimée par la paroi antérieure de l'abdomen ne formait au devant d'eux une sorte de pelote élastique qui assure leur immobilité. Aussi, chez les personnes qui ont subi un amaigrissement rapide, après avoir présenté un embonpoint considérable, et surtout chez les femmes après la grossesse, la ceinture des muscles abdominaux ayant perdu son res-

sort, la paroi antérieure contient d'une manière moins efficace les viscères qui pèsent sur elle : quelquefois alors le relâchement de la ligne blanche fait que, pendant la contraction des muscles droits, le ventre prend une forme trilobée. Dans ces conditions, les reins soumis à une trop faible pression surmontent plus facilement la résistance du péritoine ; la séreuse elle-même est ébranlée par le poids des intestins qui se portent vers l'hypogastre et tirent sur le mésentère, comme j'ai pu le constater dernièrement chez une femme qui avait subi plusieurs ponctions pour un épanchement ascitique : les reins étaient tous deux abaissés, et le déplacement augmentait par la plus légère traction exercée sur les anses intestinales. La fréquence plus grande de l'ectopie du rein droit me semble avoir une raison anatomique : ce rein est situé plus bas que le gauche, dans une fossette creusée sur la face inférieure du foie ; toutes les secousses imprimées par le diaphragme à la glande hépatique, toutes les modifications de volume que celle-ci éprouve sous l'influence d'un afflux sanguin plus ou moins actif, retentissent sur lui. Ne serait-il pas permis d'admettre aussi que l'utérus gravide, étant le plus souvent incliné vers l'hypochondre droit, il puisse modifier les rapports des organes qui y sont placés, et, après l'accouchement, les laisser moins fixes et moins bien contenus ? Enfin, ajoutons, suivant la remarque du professeur Cruveilhier, que les corsets trop serrés, en étouffant la base du thorax, allongent le foie, qui se file en quelque sorte sous cette pression, peut venir faire saillie jusque dans la fosse iliaque, et doit nécessairement changer la situation du rein dans ce mouvement de projection. Telles sont les diverses circonstances qui peuvent favoriser la migration des reins, et du rein droit en particulier.

Quelques malades font remonter à des contusions de la région lombaire ou à une violente secousse les premières manifestations de leur maladie. Ces accidents peuvent sans doute jouer le rôle de causes occasionnelles, mais il est rarement permis de déterminer la part qu'on leur doit attribuer, tant l'évolution de l'ectopie rénale est souvent latente, et tant il est difficile, au milieu des phénomènes morbides qui l'accompagnent, de démêler ceux qui lui sont propres ! Les maladies qui augmentent le volume et le poids du rein, comme les tumeurs, les calculs, l'hydronéphrose, en favorisent le déplacement. Riolan avait déjà fait cette remarque, et le mémoire du docteur Becquet tend à la confirmer. Ce médecin distingué croit que, dans bon nombre de cas, des congestions rénales, retentissement ou déviation du molimen menstruel, précèdent et préparent l'ectopie ; il cite à ce propos une malade chez

laquelle il a pu suivre l'évolution morbide. Chaque crise menstruelle était précédée d'une congestion des reins, assez douloureuse parfois pour causer la syncope, et qui cessait quand les règles prenaient franchement leur cours. Pendant toute la durée de cette fluxion, le rein, tuméfié, très-sensible à la pression, venait proéminer sous les côtes, puis, le mouvement congestif passé, il reprenait son volume et son siège habituels en même temps que s'éteignait son exquise sensibilité. Plus tard, à ces déplacements passagers succéda une mobilité permanente : la fluxion cataméniale continuait à retentir sur la glande rénale déplacée; mais, un jour, dépassant ses limites ordinaires, elle atteignit le péritoine voisin, devint le point de départ d'une péritonite circonscrite dont les produits pseudo-membraneux fixèrent le rein dans sa situation anormale. S'appuyant sur ce fait très-bien observé, l'auteur pense que la congestion domine toute la pathogénie des reins flottants, quelle que soit d'ailleurs la cause du travail fluxionnaire. M. Becquet me paraît avoir trop généralisé ce fait, qu'il a eu l'incontestable mérite d'avoir indiqué le premier, et à l'appui duquel on a pu invoquer d'autres observations. J'en ai recueilli moi-même une qui peut être interprétée en faveur de cette théorie. On conçoit que la congestion menstruelle puisse retentir dans les reins déplacés; dans ce cas, l'hypérémie dont ils deviennent le siège, et à laquelle peuvent les prédisposer les troubles circulatoires produits par l'ectopie, expliquerait les phénomènes morbides qui surviennent alors, comme elle explique ceux qui succèdent à des traumatismes et à des fatigues. Mais il est rarement possible de déterminer si cette hypérémie est la cause du déplacement ou si elle ne fait pas que provoquer les troubles fonctionnels qui en révèlent l'existence. En résumé, tout en faisant une large part à la congestion, en reconnaissant qu'elle peut intervenir, tantôt comme condition pathogénique, tantôt comme épiphénomène dans la maladie qui nous occupe, nous devons avouer qu'elle n'en est ni la cause constante, ni la complication nécessaire; ainsi que nous l'avons dit, les reins flottants sont assez communs chez l'homme, et leurs déplacements ne sauraient toujours être imputés à un travail fluxionnaire.

En récapitulant dans ma mémoire les cas de reins flottants que j'ai rencontrés, je vois que, le plus souvent, je les ai observés chez des sujets hystériques ou arthritiques. C'est chez ceux-là sans doute qu'ils sont surtout accompagnés de troubles fonctionnels; chez les hystériques, la plus légère anomalie des organes peut être prétexte à névralgie, et, chez elles, la congestion menstruelle se dévie avec facilité. La même mobi-

lité congestive se montre dans l'arthritisme dont l'hystérie ne semble souvent qu'une transformation. Quant à la goutte, elle agit directement sur la glande urinaire qui doit éliminer les produits urates; il en résulte une incitation anormale de cette glande qui y favorise l'afflux sanguin.

On a rarement eu l'occasion de vérifier après la mort les caractères anatomiques des reins flottants; du moins, on les a rarement décrits. La glande, déplacée, s'arrête ordinairement au flanc; d'autres fois, elle atteint la fosse iliaque ou se porte vers l'ombilic et dépasse la ligne médiane. Souvent elle a augmenté de volume; sa surface est lisse, si elle ne renferme pas de productions accidentelles. Sa direction est telle, que son bord externe regarde en bas et en dehors; son bord concave en haut et en dedans. Très-mobiles, en général, les reins flottants fuient sous la moindre pression, et leurs mouvements s'exécutent autour du pédicule vasculaire qui aboutit à leur hile. Le péritoine les enveloppe par leurs deux faces; il s'est laissé distendre et allonger comme dans les sacs herniaires, et il leur forme quelquefois une sorte de méésentère.

Il est difficile d'indiquer avec précision les symptômes propres à cette affection: souvent, en effet, d'après les recherches du docteur Walther, elle ne produit aucun trouble fonctionnel, et, quand il en survient, on a le droit de se demander dans quelle mesure ils lui sont imputables. Ainsi que le fait remarquer avec tant de justesse Trousseau, quand, appelés par un malade qui accuse des douleurs abdominales, nous trouvons un rein mobile, notre esprit est porté à établir entre ces deux faits un rapport de causalité, comme pendant longtemps on a attribué aux déplacements et aux inflexions de l'utérus tous les phénomènes morbides observés chez les femmes qui présentaient ces dispositions anormales. Mais quand on les eut constatés un très-grand nombre de fois chez des femmes en très-bonne santé, on chercha dans la métrite ou les lésions circumutérines la cause des accidents imputés jusqu'alors aux changements de position ou de direction de la matrice, et contre lesquels on épuisait en vain toutes les ressources de la mécanique. J'ajouterai que, dans cette réaction, on a peut-être été trop loin, et que ces ectopies utérines, effets ou complications d'autres conditions pathologiques, peuvent contribuer à les entretenir et à en prolonger la durée par la gêne qu'elles causent dans la circulation de l'organe déplacé ou déformé, et par les troubles nerveux auxquels elles servent de prétexte. Si j'insiste sur ces considérations qui se rapportent à un autre sujet, c'est qu'elles me paraissent éclairer d'une vive lumière la pathologie des reins flottants. Je crois, avec le docteur Walther, que, dans beau-

coup de cas, leur mobilité ne donne lieu à aucun désordre fonctionnel. Mais tout ce que j'ai dit de la mobilité et des déplacements de la matrice leur est applicable, et de ce que, dans beaucoup de cas, cette ectopie aura été inoffensive, on ne peut en conclure avec une rigueur absolue qu'elle n'ait aucune part dans les troubles fonctionnels qui l'accompagnent; elle n'en est pas, j'en conviens, l'unique facteur, mais elle peut contribuer cependant à leur développement.

Les phénomènes morbides qui ont le plus souvent coïncidé avec les reins flottants sont : de la gêne dans la marche, des douleurs et de l'hyperesthésie lombaires, des pleuralgies et des troubles dyspeptiques. En général, le repos, le décubitus horizontal, apaisent ces accidents, qui s'exagèrent ou renaissent sous l'influence de la marche, de secousses violentes, ou bien encore à propos des règles ou d'une fluxion goutteuse. Dans cette dernière circonstance, la position du malade est impuissante à calmer les douleurs; celles-ci durent aussi longtemps que la condition morbide qui les a fait naître. Nous avons dit que ces douleurs ont quelquefois provoqué des syncopes, surtout aux époques menstruelles; d'autres fois, elles retentissent au loin, à la cuisse par exemple; chez une de mes malades, elles irradiaient à la fois vers la cuisse, vers l'épigastre et vers deux espaces intercostaux *du côté gauche*. Cette personne éprouvait en même temps des vomissements quotidiens, et tous ces symptômes disparaissaient après quelques jours de repos au lit. J'ai hâte d'ajouter que cette malade était hystérique, sans avoir eu jamais d'attaques convulsives; en constatant chez elle l'efficacité constante du repos pour faire taire les phénomènes morbides, il m'est impossible de ne pas faire une part dans leur apparition à la mobilité du rein, au stimulus que l'organe flottant doit exercer sur les nerfs qu'il tire ou sur les organes qu'il heurte dans ses migrations vagabondes.

La douleur crurale me paraît être ici un phénomène réflexe analogue à ceux que nous constatons si souvent; elle témoigne d'une connexion anatomique et sympathique entre les ganglions du trisplanchnique et les nerfs spinaux. J'ai vu chez un malade, deux années de suite, une douleur violente dans le nerf crural indiquer le début d'une pneumonie dans le poumon du même côté. Il me semble aussi qu'on peut sans trop de difficulté établir un rapport pathologique entre la névralgie intercostale gauche qui existait chez ma malade et l'ectopie du rein droit; si l'on se rappelle surtout que le côté gauche est le siège de prédilection des névroses hystériques, et que, s'il existe une névralgie intercostale, la pression exercée sur la région ovarienne, souvent même

sur la région opposée au nerf douloureux, y réveille la sensation névralgique. Pourquoi l'incitation anormale d'autres filets ganglionnaires ne produirait-elle pas le même effet? Je le répète, il s'agit d'hystériques, de malades prédisposés à tous les troubles d'innervation, dont le système nerveux possède une excitabilité excessive, transporte avec une facilité extrême d'un point à un autre les impressions qu'il reçoit, et où, comme je le disais, la douleur n'a en quelque sorte besoin que d'un prétexte pour éclater.

Si j'ai commenté le fait que je viens de citer, c'est qu'il nous montre l'influence des reins flottants sur les phénomènes morbides qui les accompagnent et permet de concilier ces observations en apparence contradictoires dans lesquelles, tantôt les reins mobiles ne se manifestent par aucun symptôme, tantôt troublent la santé et sont accompagnés de douleurs très-violentes. Comme toutes les maladies des organes génito-urinaires, les reins mobiles deviennent souvent la cause occasionnelle de l'hypochondrie chez les arthritiques et chez les hystériques surtout. Alors même qu'ils sont éclairés sur la nature de cette tumeur, objet de leurs préoccupations, souvent ces malades restent tristes et inquiets.

Dans les mêmes conditions, j'ai plusieurs fois observé la coïncidence d'une ectopie rénale et d'accidents cardialgiques qui s'étaient répétés avec une opiniâtreté invincible et une violence exceptionnelle. Il m'a paru que, dans ce cas, le déplacement du rein pouvait jouer un rôle dans la production de ces accidents. Dans les mêmes circonstances, une dent cariée ne peut-elle pas produire des troubles nerveux très-divers, depuis des névralgies de la cinquième paire jusqu'à des attaques d'épilepsie? L'ectopie de l'utérus, inoffensive ou à peine sentie chez beaucoup de femmes, ne peut-elle pas chez d'autres provoquer des souffrances parfois intolérables? Pourquoi s'étonner si le rein mobile, dans ses courses vagabondes, tirillant les filets nerveux qui accompagnent ses vaisseaux, en comprimant d'autres qu'il trouve sur sa route, détermine une stimulation anormale qui retentisse sur les centres nerveux ganglionnaires, qui puisse même remonter jusqu'à l'axe cérébro-spinal et fasse éclater chez nos malades une névralgie à laquelle elles étaient peu disposées.

Je vais analyser quelques-uns de ces faits pour en faire mieux saisir la physionomie.

Madame M..., âgée d'une trentaine d'années, est nerveuse, hystérique même, et un peu anémique; elle est de race goutteuse, et le ter-