

## CHAPITRE XI

## DU REIN MOBILE

La mobilité anormale du rein peut provoquer des phénomènes douloureux qui deviennent justiciables des moyens chirurgicaux; c'est à ce titre que le rein mobile trouve ici sa place.

RAYER, *Maladies des reins*. Paris, 1841. — KEPPLER, *Archiv. klin. Chir.*, 1879, t. XXIII, p. 520. — LANDAU, Berlin, 1881. — HAHN, *Centr. für Chir.*, 1881, p. 449. — MARTIN, *Berl. klin. Woch.*, 1882, p. 154. — BRAUN, *Correspondenzblatt des allgem. ärztl. Vereins von Thüringen*, 1885. — BRENNER, *Wiener med. Woch.*, 1885, p. 985. — BRODEUR, Thèse de Paris, 1886. — AGNEW, *Med. News*, 1887. — FISCHER BENZON, *Dissert.* Kiel, 1887. — LINDNER, Berlin, 1887. — ZUELZER, *Berliner klin. Woch.*, 1887, p. 374. — DURET, Acad. de méd. belge, 1888. — LE CUZIAT, Thèse de Paris, 1889. — LLOYD, *Practitioner*. London, 1887. — VANEUFVILLE, Thèse de Paris, 1887. — STILLER, *Wiener med. Woch.*, 1889. — TUFFIER, *Études expérimentales sur la chirurgie du rein*. Paris, 1889. — KEEN, *Annals of surgery*, 1890, t. XII, p. 81. — SULZER, *Deutsche Zeit. für Chir.*, 1891, p. 506. — DUCHÈNE, Thèse de Paris, 1892. — STIFLER, *Munch. med. Woch.*, 1895, p. 491. — THIRIAR, *Mercr. med.*, 12 octobre 1895. — SCHMITT, *New-York med. Rec.*, 22 octobre 1895. — EDEBOHLS, *Amer. Journal of med. Scien.*, mars 1895. — KOFMANN, *Wien. klin. Woch.*, 17 avril 1895. — WILLIAM W. STUART, Le rein mobile. Étiologie. Traitement. *Medic. Record*, 1895, vol. XLVII, n° 6, p. 161. — M. GUIBÉ, Rein en ectopie pelvienne. *Soc. anat.*, 7 juin 1895. — KUSTER, LINDNER, *Berliner klin. Woch.*, 20 mai 1895. — LEGUEU, *Soc. anat.*, juillet 1895. — FRANKS, *Brit. med. Journal*, 12 octobre 1895. — DAVID NEWMANN, Rein mobile provoquant de vives douleurs par torsion du pédicule. *The Glasgow med. Journal*, juillet 1896, t. II, p. 11. — OCTAVE PASTEAU, Anomalie rénale et rein flottant. *Soc. anat.*, mars 1897. — CRAMER, Opération du rein mobile hydronéphrotique. *Centralbl. f. Chir.*, 1897, n° 21, p. 585. — VOLKOFF et DELITZINE, Pathogénie du rein flottant. 1 vol. (en russe.) Saint-Petersbourg, 1897. — GLANTENAY et GOSSET, *Soc. anat.*, 5 mars 1897.

Dès 1561, Mesnié lui consacre un chapitre que l'on croirait écrit de nos jours; Rayer en rapporte des exemples intéressants, mais ce n'est qu'en 1878 avec Martin<sup>(1)</sup> de Berlin, qui fit la première néphrectomie pour rein flottant et surtout avec Hahn<sup>(2)</sup> qui, en 1880, exécuta la fixation de la glande déplacée, que la question entra dans le domaine chirurgical.

Toutefois si la symptomatologie se complétait, la thérapeutique n'était point fixée sur les indications opératoires et ses résultats éloignés. Les travaux de Glénard<sup>(3)</sup> sur l'entéroptose et les études de Tuffier<sup>(4)</sup> montrèrent alors que le rein mobile douloureux n'était souvent qu'un épiphénomène de l'entéroptose ou mieux d'une déchéance organique de tous les tissus, et l'on put ainsi établir la cause de l'affection et lui opposer une thérapeutique rationnelle et pathogénique<sup>(5)</sup>. En même temps les travaux de Landau<sup>(6)</sup>, de Newmann, Terrier et Baudouin établissaient la relation entre la mobilité du rein et l'hydronéphrose intermittente, apportant de nouveaux faits à l'actif de la thérapeutique conservatrice.

<sup>(1)</sup> MARTIN, *Berl. klin. Woch.*, 1882, p. 154.

<sup>(2)</sup> HAHN, *Centralblatt für Chir.*, 1881, p. 499.

<sup>(3)</sup> GLÉNARD, *Lyon médical*, 1885, t. XLVIII, p. 449, et t. XLIX, p. 8.

<sup>(4)</sup> TUFFIER, *Congrès de chirurgie*, 1889, p. 565, et 1891, p. 577. — TUFFIER, Sur une maladie générale caractérisée par le relâchement des tissus. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1898.

<sup>(5)</sup> CHARRIN, Des déplacements du rein. *Ann. de méd.*, 5 sept. 1894.

LANDAU, *Centr. für Chir.*, 1881, p. 745.

J'emploierai ici, comme synonymes, les termes de *rein mobile* et de *rein flottant*. Les chirurgiens anglais réservent le terme de *mobile* à la glande dépourvue de péritoine, le rein *flottant* étant recouvert d'une séreuse et pourvu d'un mésonephron : cette distinction ne peut tenir devant les faits cliniques, et elle a été condamnée par la Société pathologique de Londres elle-même. J'éliminerai de cette description les *ectopies fixes* du rein qui sont des anomalies de développement constatées en général à l'autopsie. De même, je ne m'occuperai pas de la *mobilité rénale consécutive à la présence d'une tumeur*, distinction que fait déjà Mesnié au XVI<sup>e</sup> siècle, en insistant sur la descente du rein devenu le siège d'un néoplasme et que Riolan, en 1682, avait bien précisée en disant que tous les reins atteints de tumeurs « flottent et ballottent ».

**Étiologie. — Causes prédisposantes.** — La mobilité rénale ainsi précisée est fréquente, mais les statistiques diffèrent à cet égard, puisque Ebstein, sur les 5698 autopsies de la Charité de Berlin, ne relève que 5 reins mobiles et Neumann 11 sur 11 000, tandis que Skorckewsky<sup>(1)</sup> en trouve 52 sur 1422 malades. Cette différence tient tout simplement à ce que les premiers ont examiné des sujets *post mortem* alors que le dernier examinait des vivants et qu'il faut des déplacements considérables pour qu'ils soient appréciables à l'autopsie. Sans tomber dans l'opinion peut-être excessive émise par Lindner<sup>(2)</sup>, qui voit un peu trop souvent le rein mobile, mes recherches me font pencher vers le maximum de fréquence signalé par Skorckewsky, car il est rare, en examinant les malades d'une salle d'hôpital prises au hasard, de ne pas trouver une ou plusieurs femmes dont le rein est anormalement mobile. S'il existe des divergences sur la fréquence absolue, les auteurs sont unanimes sur la fréquence relative suivant le sexe et le côté. Les *femmes* sont infiniment plus souvent atteintes que les hommes : Lancereaux trouve 55 femmes et 9 hommes, Landau 275 femmes et 41 hommes<sup>(3)</sup>. Le *côté droit* est le siège d'élection dans la proportion de 4 contre 1, alors que les deux côtés seraient atteints 14 fois sur 514 cas : Stifler<sup>(4)</sup> a observé, sur 100 cas, 75 fois le rein mobile à droite, 15 fois à gauche et 10 fois des deux côtés.

C'est en général à l'*âge moyen* de la vie, pendant la période sexuelle, de vingt à quarante ans, qu'on observe cet accident. Ma pratique, qui porte sur plus de 500 cas, me conduit à cette conviction que le rein droit est atteint 95 fois sur 100 et, dans les 5 autres cas, les deux sont mobiles. J'en ai vu plusieurs cas chez des jeunes filles de 12 à 18 ans et même chez des enfants. Le rein flottant peut être *congénital* ou *acquis*; mais nous verrons que le rein mobile congénital est rarement le siège de douleurs vives et qu'il regarde plutôt la tératologie que la chirurgie; c'est une trouvaille d'autopsie, ou une découverte sur un malade qui est examiné pour une affection toute différente, et qui ne se doute pas qu'il porte un rein flottant. Mais la disposition anatomique qui facilite sa production peut être congénitale.

**Causes déterminantes.** — Les causes déterminantes nous sont mal connues. Toutefois, comme pour le mécanisme des hernies, il faut incriminer, ou la *pression abdominale exagérée*, ou l'*insuffisance des moyens de contention*.

<sup>(1)</sup> SKORCKEWSKY, in *Morris*, p. 27.

<sup>(2)</sup> LINDNER, *Ueber die Vanderniere der Frauen*, 1887.

<sup>(3)</sup> Mathieu (*Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 8 déc. 1895) a trouvé 86 reins mobiles sur 506 femmes.

<sup>(4)</sup> STIFLER *Munch. med. Woch.*, 1892, p. 491.

La pression abdominale peut agir sur le rein par l'intermédiaire du foie; c'est là une cause indéniable. Les tuméfactions hépatiques s'accompagnent d'un abaissement du rein<sup>(1)</sup>: j'en ai cité plusieurs exemples. Lorsque le foie revient sur lui-même, le rein peut rester mobile. Cette pression s'établit encore pendant les efforts, surtout pendant l'effort thoraco-abdominal, effort d'expulsion, et nombre d'observations démontrent l'efficacité de cette cause. Elle agit surtout pendant l'accouchement, alors que la paroi abdominale distendue et ramollie va subitement se relâcher, en même temps que le plancher pelvien devient insuffisant. Que, dans ces circonstances, la femme soit obligée de se lever trop tôt et de se livrer à des efforts répétés, toutes les causes de prolapsus rénal seront réunies et on comprend pourquoi les femmes pauvres de certaines régions d'Autriche et du Holstein, obligées de travailler immédiatement après l'accouchement, donnent une proportion de 10 pour 100 de néphroptoses. Cette cause est plus efficace encore, si plusieurs grossesses se succèdent à court intervalle. Mais si la grossesse est une cause de mobilité rénale, elle peut devenir un agent curateur, quand elle réduit, par son volume, la glande déplacée et susceptible de rester fixée dans sa loge. — Il ne faut pas cependant exagérer ces causes, et, à la vérité, rein et foie sont mobiles sous la même influence. Un effort passif est constitué par la constriction lombo-costale due au corset (Cruveilhier)<sup>(2)</sup>, aux liens, quels qu'ils soient, appliqués sur la région (Bartels)<sup>(3)</sup>. Les controverses ont été nombreuses sur ce point. Il est certain que le corset peut provoquer un trouble dans la situation et dans l'équilibre des viscères abdominaux, mais de là à en faire un facteur univoque, il y a bien loin, et le nombre des corsets trop serrés est heureusement bien plus élevé que celui des reins flottants. Pour ma part, j'ai vu que, chez la très grande majorité de mes malades, cette cause ne pouvait être incriminée. Enfin les traumatismes de la région lombaire et les chutes sur le siège ou sur les pieds sont des causes actives indéniables, témoin cet officier qui tombe de cheval sur les pieds et se relève avec une double luxation du rein (Hench)<sup>(4)</sup>. J'ai vu un fait bien net: un jeune homme de 15 ans saute du haut d'un portique, tombe sur les pieds et ressent une vive douleur dans le rein droit: on constate un rein flottant qui résiste à tous les moyens de contention. Un an après, je pratiquai la néphropexie au cours de laquelle je trouvai un rein normal, mais si augmenté de volume que je le crois unique. Il est certain que là encore il y avait une cause probablement anatomique qui facilitait ce déplacement. C'est en exerçant ainsi une traction active sur le rein que les hernies du cæcum, lié à la glande rénale par son ligament supérieur, entraîneraient la néphroptose, ainsi qu'une observation de Rayer<sup>(5)</sup> en fait foi. Quant à la traction exercée sur le rein par le péritoine rétracté par une péritonite, je n'en connais que l'exemple cité par Lancereaux<sup>(6)</sup>. Dans tous ces cas, je croirais que la hernie et la néphroptose dépendent l'une et l'autre de l'insuffisance de leurs moyens de fixité. J'ai vu un grand nombre de hernies du gros intestin s'accompagnant de néphroptose.

L'insuffisance des moyens de contention peut permettre à elle seule le déplacement de l'organe, créant une variété pour ainsi dire passive. Le rein est

(1) LE GENDRE, Bull. de la Soc. méd. des hôp., 12 déc. 1895.

(2) CRUVEILHIER, in RAYER, loc. cit.

(3) BARTELS, in LE DENTU, p. 575.

(4) HENOCH, cité par MORRIS, p. 59.

(5) RAYER, loc. cit.

(6) LANCEREAUX, art. REIN du Dict. Dechambre.

maintenu un peu par sa capsule fibro-adipeuse et par son pédicule, beaucoup par le péritoine pariétal, et surtout par la sangle abdominale agissant par l'intermédiaire de l'intestin. Dans leur étude récente sur le « Fascia péri-rénal », MM. Glantenay et Gosset<sup>(1)</sup> ont montré qu'il fallait accorder à cette membrane une importance plus grande qu'on ne l'avait cru jusqu'alors, dans la fixation de la glande rénale. Leur mémoire confirme en même temps, en le précisant, un point de la pathogénie du rein mobile, à savoir la direction et les limites dans lesquelles cette mobilité peut s'exercer. Le fascia propria sous-péritonéal, en touchant le bord externe du rein, se dédouble en deux lames: lame antérieure ou feuillet pré-rénal; lame postérieure ou feuillet rétro-rénal dont l'ensemble constitue le fascia péri-rénal (voy. fig. 76 et 111).

Sur une coupe transversale, ces deux feuillets ont le trajet suivant (fig. 76, p. 256): Le feuillet postérieur ou feuillet rétro-rénal s'insinue entre le rein et le muscle carré lombaire revêtu de son aponévrose, tapisse le psoas dont il renforce la gaine celluleuse et vient sur les parties latérales de la colonne vertébrale s'insérer sur les corps vertébraux et les disques intermédiaires, immédiatement en dedans des attaches du psoas, sans cependant franchir la ligne médiane et sans se réunir avec le feuillet rétro-rénal du côté opposé. Le feuillet antérieur ou feuillet pré-rénal, plus mince, continue à doubler le péritoine dont il suit exactement le trajet. C'est dire qu'il passe en avant du rein, en avant de son hile et de son pédicule, puis en avant de la colonne vertébrale et des gros vaisseaux prévertébraux, pour venir finalement au delà du plan médian se continuer avec le feuillet correspondant du côté opposé. Vue sur

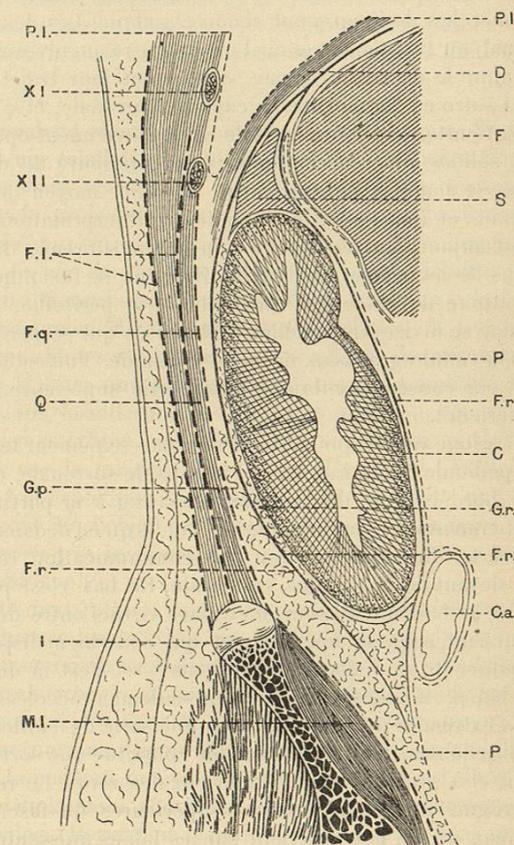


FIG. 111. — Coupe verticale du rein droit vue par la partie antérieure. (D'après Volkow et Delitzine.)

C, capsule propre du rein. — Ca, colon ascendant. — D, diaphragme. — F, foie. — Fr, fascia renalis. — Fq, fascia propria du carré des lombes. — FI, fascia lombo-dorsalis. — Gr, capsule adipeuse du rein. — Gp, capsule graisseuse pararénale. — P, péritoine. — PI, plèvre. — Q, muscle carré des lombes. — I, os iliaque. — MI, muscle iliaque. — XI, 11<sup>e</sup> côte. — XII, 12<sup>e</sup> côte.

(1) GLANTENAY et GOSSET, Annales des mal. des org. génito-urin., février 1898.

une coupe transversale, la loge rénale est donc fermée à sa partie externe, tandis qu'en dedans elle communique largement, au-devant de la colonne vertébrale, avec la loge du côté opposé. La conséquence clinique qui en découle, c'est que, dans le sens transversal, le rein ne peut se déplacer que vers la ligne médiane.

Sur une coupe verticale antéro-postérieure (fig. 111, p. 375), il est facile de constater que le trajet des deux feuillets diffère beaucoup de celui que les recherches de Sappey ont rendu classique. Les deux feuillets pré-rénal et rétro-rénal, au lieu de se réunir l'un à l'autre au niveau du pôle supérieur du rein, comme le décrivait Sappey, continuent leur trajet ascendant, l'un en avant, et l'autre en arrière de la capsule surrénale, et c'est seulement au niveau de l'extrémité supérieure de celle-ci qu'ils viennent opérer leur fusion et contracter de solides adhérences avec la face inférieure du diaphragme. Les adhérences avec le diaphragme constituent un solide moyen de suspension pour les fascias rénaux et fournissent une meilleure interprétation du rôle prépondérant qu'il faut aujourd'hui accorder à l'enveloppe fibreuse dans la fixité du rein. Au-dessous de cet organe les deux feuillets ne se fusionnent pas : le feuillet pré-rénal continue de descendre en doublant le péritoine, tandis que le feuillet rétro-rénal se divise en lamelles celluluses qui se perdent insensiblement dans le tissu cellulo-graisseux de la fosse iliaque. Vue en coupe verticale, la loge rénale est par conséquent fermée à sa partie supérieure, déhiscente à son extrémité inférieure.

La loge rénale qui contient non pas seulement le rein, mais à la fois le rein, le pédicule rénal, l'uretère et la capsule surrénale, est fermée en dehors le long du bord externe du rein, fermée aussi à la partie supérieure au niveau des adhérences avec le diaphragme, tandis qu'en dedans et en bas elle est largement ouverte. En dedans, c'est une communication réelle, et à peu près directe au-devant de la colonne vertébrale. En bas, c'est plutôt un canal tout préparé pour la descente du rein, un espace virtuel entre deux feuillets cellulux qui se touchent sans se fusionner et qui sont bien disposés pour s'écarter sous la poussée du rein. Dans bien des cas — et c'est là une considération importante, — les deux lames ne restent pas seulement accolées. Elles échangent au niveau de l'extrémité inférieure du rein une série de feuillets cellulux qui les relient et les fusionnent et dont l'ensemble constitue une sorte de coussinet destiné à recevoir et à soutenir le pôle inférieur des reins. Le rein est ainsi tiré vers le diaphragme par les adhérences supérieures du fascia péri-rénal et soutenu au niveau de son pôle inférieur par les lames unissantes jetées entre les deux feuillets de ce fascia. L'on conçoit combien l'absence ou le peu de développement de ces travées celluluses peut nuire à la fixité de la glande rénale.

Lorsque le rein s'abaisse, deux directions seulement lui sont permises, imposées l'une et l'autre par le trajet anatomique des fascias : il peut se porter en dedans vers la colonne vertébrale, ou en bas vers la crête iliaque. Mais un second facteur intervient pour modifier le sens du déplacement, c'est le *pédicule rénal*. Attaché aux gros vaisseaux prévertébraux, le rein ne peut se mouvoir qu'en décrivant un segment de cercle autour du point d'implantation de ses vaisseaux comme centre. Il descend d'abord verticalement, utilisant la faculté que lui laisse sa loge anatomique de se déplacer vers la crête iliaque, et il descend jusqu'au maximum d'élongation que peuvent fournir les vaisseaux. Dans un second temps, amarré par son pédicule, le rein ne peut plus descendre et se trouve porté vers la ligne médiane, en même temps que son orientation change

et que le bord convexe devient inférieur, le hile regardant en haut et en dedans. Le péritoine pariétal et la sangle musculaire sont en général en défaut simultanément. La paroi est molle, flasque, le ventre est trilobé, il existe fréquemment des hernies, des prolapsus des organes génitaux ou une déviation utérine (Tuffier). Les moyens de fixité de l'intestin sont également insuffisants.

En résumé, les efforts et les traumatismes d'une part, l'insuffisance des moyens de fixité du rein d'autre part, telles sont les deux grandes causes du rein flottant, mais c'est à l'insuffisance de ses moyens de contention qu'il est dû le plus souvent.

**Pathogénie.** — Si nous voulons maintenant établir la pathogénie de ce déplacement et chercher la valeur relative de ces deux facteurs, les observations nous prouveront qu'il existe deux variétés de rein flottant : l'une, véritable hernie de force, luxation rénale préparée par une insuffisance probablement congénitale des ligaments du rein et qui se manifeste par une vraie luxation traumatique ; l'autre, vraie hernie de faiblesse, dépendant de la débilité de la paroi abdominale et de l'insuffisance des tissus. Si l'on examine de près les malades, on trouve que leur estomac et leur intestin sont dilatés, le foie est abaissé ; ils portent des varices ; leur système nerveux est altéré ; ils présentent des signes de neurasthénie ; si bien que l'entéroptose, comme la mobilité du rein, ne sont que des expressions localisées d'une véritable affection générale, caractérisée par une mauvaise nutrition, une déchéance vitale, une véritable dystrophie spéciale, portant sur la majorité des tissus (Bouchard, Tuffier). Cette forme passive est plus fréquente que la première. Tous ces faits que la clinique m'avait démontrés ont été l'objet de confirmations anatomiques et expérimentales dans un mémoire très intéressant et très complet de deux anatomistes russes, Volkoff et Delitzine (!).

Ces recherches ont consisté dans l'étude, sur le cadavre, de toutes les conditions pouvant avoir une influence quelconque sur le déplacement des reins. Pour étudier la forme de la fosse rénale, les auteurs se sont servis de moulages. Voici les résultats de ces recherches qui confirment les données cliniques déjà acquises. Lorsque le cadavre est dans la position horizontale, les reins déplacés reprennent leur place normale ; on ne doit donc étudier leur mobilité qu'en mettant le sujet dans la position verticale. Lorsque le corps est dans la position verticale, l'ouverture de la paroi abdominale détermine un abaissement considérable des glandes rénales. On peut en conclure que la néphroptose peut exister sans qu'il y ait allongement des ligaments ou des vaisseaux du hile, ni diminution de la résistance du péritoine, ni augmentation du poids ou du volume des reins, ni disparition de la couche adipeuse péri-rénale. La mobilité du rein dépend, par contre, de l'état de l'équilibre intra-abdominal. En étudiant la mobilité des reins sur un cadavre normal, les auteurs ont constaté qu'il existe un certain degré de déplacement physiologique pouvant être aussi bien prononcé à droite qu'à gauche, chez l'homme que chez la femme, chez les gens maigres que chez les sujets ayant de l'embonpoint. Si l'on élimine la couche musculuse de la paroi abdominale, les reins se déplacent en bas et en avant par leurs pôles inférieurs. Si l'on produit une solution de continuité dans le péritoine, on provoque un déplacement des organes contenus dans

(!) VOLKOFF et DELITZINE, *Recherches expérimentales sur les causes du rein flottant*. Société des médecins russes de Saint-Petersbourg, 12 décembre 1897.