

sa cavité, mais ce déplacement est alors moins prononcé que celui du foie, par exemple, tandis que l'ablation de la couche musculaire déplace plus les reins que le foie. Le mécanisme de la néphroptose semble être sans rapport avec l'état des ligaments péritonéaux, ni avec celui du poids et du volume de l'intestin. Par contre, l'évacuation rapide d'un liquide contenu dans la cavité abdominale (ponction) la favorise éminemment. A ce point de vue, le rôle attribué aux grossesses répétées est pleinement confirmé. De même, le déplacement du rein est favorisé par l'introduction d'air dans la plèvre et les mouvements imprimés au tronc pendant la respiration artificielle. Par contre, la ptose de ces glandes semble être sans aucun rapport avec l'état du foie. Les expériences relatives à l'augmentation du poids de l'estomac et à sa dilatation ont donné également des résultats négatifs. L'augmentation du poids des reins, obtenue à l'aide d'injections mercurielles par les uretères, produit inévitablement la chute de l'organe. L'ablation des 11^e et 12^e côtes ne joue pas un rôle constant sur la situation des reins. Les traumatismes des régions lombaires peuvent exercer une certaine influence en ce sens qu'ils peuvent chasser les reins de leur loge. Au point de vue de l'influence du corset, celui-ci diminue, à proprement parler, la mobilité des reins en les maintenant dans leur fosse; mais comme il est généralement mis pendant que le corps est dans la position vicieuse, il ne fait que fixer le rein dans une position anormale, et, en modifiant, à la longue, la forme du segment inférieur du thorax, le corset rend la réduction du rein très difficile. L'étude faite sur des moulages de fosses rénales démontre que, chez la femme, elles sont plus superficielles et plus ouvertes en bas que chez l'homme; les reins se portent directement en bas au lieu d'être inclinés en bas et en avant. Si les reins sont déplacés, le corps étant dans la position verticale, les fossettes rénales sont petites et cylindriques, tandis que, chez l'homme, elles sont piriformes et se rétrécissent en bas. Sous l'influence du corset, les loges rénales deviennent tout à fait superficielles, mais ne se modifient plus avec le changement de position du corps.

En résumé, l'équilibre des reins fait partie de l'équilibre intra-abdominal en général. L'abdomen peut, dans son ensemble, être considéré comme formé de trois cavités concentriques emboîtées : l'une, externe (*sphincter abdominal externe*), est exclusivement musculaire; par ses contractions, la paroi de ce sac régularise le volume du contenu. Dans la cavité musculaire s'en trouve une autre formée par le péritoine pariétal; enfin ce dernier contient une troisième cavité, celle de l'intestin, pourvue également d'une enveloppe musculaire contractile (*sphincter abdominal interne*). Grâce à leur inclusion hermétique, l'intestin et les autres organes contenus dans le sac péritonéal peuvent, au point de vue d'équilibre général, être considérés comme faisant un tout unique. Le sac musculaire agit donc, d'une part, sur les organes inclus dans ce sac péritonéal, et, d'autre part, sur les reins et les autres organes extra-péritonéaux. Les modifications qui peuvent survenir du côté de la paroi abdominale influeront beaucoup plus sur la position des reins que sur celle des organes intra-péritonéaux. La forme des loges rénales joue aussi un rôle des plus importants sur la situation normale des reins. En cas d'insuffisance anatomique de ces loges, insuffisance plus fréquente chez la femme et du côté droit, le rein ne peut être maintenu dans sa position normale que tant que l'équilibre intra-abdominal n'a pas été rompu. La mobilité du rein étant la conséquence d'une insuffisance anatomique, conséquence qui devient plus évidente en cas d'altéra-

tion de l'équilibre intra-abdominal, il n'y a donc rien d'étonnant à ce que cette anomalie se rencontre chez plusieurs membres d'une même famille et qu'elle puisse être héréditaire. J'ai développé ces différentes notions dans mes cours de 1895 et de 1896 à la Faculté de médecine et dans les thèses de mes élèves. Faraggi et Lévy Braun.

Anatomie pathologique. — Les autopsies⁽¹⁾ de malades atteints de rein flottant constaté pendant la vie sont très rares⁽²⁾ et de nouvelles recherches seraient utiles à cet égard. Morris nous dit que la capsule adipeuse peut être trop large pour le rein ou qu'elle peut être mobile avec l'organe; enfin le rein jouerait dans sa capsule et cette dernière serait mobile sur le péritoine. Rarement la capsule et l'organe s'encapuchonnent dans la séreuse. Cependant cette disposition était nette dans quelques cas, et elle a empêché la décortication du rein et sa fixation. On a même vu le péritoine adhérent à ce niveau aux organes voisins. En général la capsule est franchement adipeuse. Si elle présente une consistance fibro-lipomatéuse, si elle est indurée, il faut de suite penser à une lésion infectieuse du rein, et c'est un point qu'il ne faut jamais perdre de vue dans les interventions sur le rein mobile. Le rein lui-même est normal : sur une soixantaine d'opérations où je l'ai examiné sur le vivant, trois fois je l'ai trouvé allongé et aminci; il s'agissait de lésions symptomatiques, de dilatations rénales, d'accidents d'hydronéphrose intermittente, ou même de simple gêne dans la déplétion du bassinet. Je n'ai rencontré que deux fois une couture de l'uretère. Au contraire, les vaisseaux étaient allongés dans un grand nombre de cas, à tel point que le rein pouvait descendre verticalement sans pivoter autour de son rayon vasculaire. J'ai même vu un rein droit dont la veine rénale, qui n'a ordinairement que 5 centimètres, était assez longue pour permettre à l'organe d'être attiré à travers une plaie lombaire, jusqu'à la fesse du malade, c'est-à-dire à plus de 10 centimètres. Legueu a fait l'autopsie d'une femme dont les vaisseaux rénaux mesuraient 11 et 15 centimètres de long; la graisse péri-rénale manquait. On comprend facilement que, si, dans ce déplacement, l'uretère reste fixé en un point, il pourra se couder brusquement, et cela sans aucun tiraillement vasculaire⁽³⁾. La direction suivant laquelle se fait le déplacement, est commandée par les vaisseaux et leur insertion à l'aorte et à la veine cave. Ils exécutent une rotation autour d'un rayon donné par ces vaisseaux. La veine se coude la première dans cette rotation. J'ai reproduit expérimentalement ces déplacements, et j'ai vu l'uretère courbé ou coudé (voy. *Hydronéphrose intermittente*, p. 520 et suivantes).

Symptômes. — Il est un grand nombre de reins mobiles qui ne donnent lieu à aucun trouble fonctionnel et c'est par hasard que le malade ou le médecin en constatent la présence. Il est probable qu'il s'agit là de déplacements congénitaux, et on a voulu se baser sur ces faits pour admettre que le déplacement passe en général inaperçu, et que c'est à propos d'un traumatisme ou d'un effort que le prolapsus rénal est reconnu et devient le siège de douleurs. Voici comment les choses se passent en général : Une femme jeune, à la suite d'un effort, ressent une douleur vive dans le flanc droit; la douleur aiguë cesse et fait place

(1) LEGUEU, *Sur l'anatomie pathologique du rein mobile*. Soc. anat., 12 juillet 1895.

(2) CHAVANNAZ, Un cas d'ectopie rénale observé pendant la vie et vérifié à l'autopsie. *Journal de méd. de Bordeaux*, 9 oct. 1892.

(3) TUFFIER, *Comptes rendus du Congrès franç. de chir.*, 1891, observ. VII, p. 587.

à un endolorissement continu, exagéré par la station debout ou la marche. On l'examine et on trouve, au-dessous des fausses côtes droites, le rein mobile et ballottant, réductible dans la fosse lombaire. Si l'examen porte sur l'ensemble des organes, on trouve qu'il s'agit d'une femme neurasthénique, à ventre flasque, ayant une ectasie gastrique, un intestin distendu, un foie légèrement abaissé, un utérus en flexion ou version et souvent quelques varices crurales ou des hémorroïdes. Souvent, chez l'homme, un varicocèle accompagne cet état. Avec une ceinture bien faite, la grande majorité de ces malades sera soulagée et on évitera ainsi les crises douloureuses.

Au point de vue clinique, le début des accidents se présente sous deux aspects absolument distincts : il est *subit ou lent et insidieux*. Dans le premier cas, à la suite d'un *traumatisme*, après une chute sur les pieds, ou beaucoup plus souvent pendant un *effort* violent et instantané, une femme ressent une douleur vive dans le flanc ; quelquefois c'est une sensation de déchirure, de rupture, de décrochement. Puis à l'acuité des phénomènes douloureux fait suite un endolorissement continu, sorte de pesanteur exagérée par la station debout, la marche, l'effort. Ce mode de début est le plus fréquent dans le *rein mobile simple douloureux*. Dans les cas où le début est *lent et insidieux*, il passe inaperçu. C'est une simple pesanteur lombaire, une sensation de tiraillement, qui ne diffère que par son siège un peu plus élevé de ces douleurs sacro-lombaires vagues, si fréquentes dans certaines métrites. Le plus souvent, ces douleurs sont mises sur le compte des troubles digestifs qui les accompagnent généralement, et quelquefois les précèdent.

Quel que soit le mode de début, le déplacement effectué se caractérise par des *signes fonctionnels* et des *signes physiques*.

Symptômes fonctionnels. — Ils portent : 1° sur le rein déplacé ; 2° sur l'ensemble des organes et au premier chef sur le système digestif.

La *douleur* se présente sous deux formes : *endolorissement continu* ou *crises aiguës* rappelant la colique néphrétique. La première est une pesanteur continue, sorte de tiraillement dans le flanc : la malade a une sensation qu'un organe pend à ce niveau ; ou bien c'est un endolorissement indéfinissable. Ces accidents douloureux acquièrent une certaine acuité dès que le malade marche ou fait un effort ; j'ai vu ainsi des femmes clouées par ces douleurs dans le décubitus dorsal pendant des mois. Il en est d'autres qui ne peuvent faire un effort du côté du rein déplacé ; le simple mouvement d'élévation du bras droit détermine des douleurs dans le flanc. Ces sensations continues subissent des exacerbations, sous forme de *crises*, qui durent quelques heures ou quelques jours et rappellent par leur intensité une véritable colique néphrétique. Ces crises surviennent quelquefois sans cause appréciable, parfois après une *fatigue* prolongée, une *digestion* difficile, souvent au moment de la *menstruation*. Ce sont souvent de véritables accès névralgiques, s'irradiant autour du thorax, dans le pli inguinal et dans la cuisse, sur le trajet du crural ou du sciatique. Ces douleurs sont parfois assez violentes pour faire prendre aux malades les positions les plus bizarres ; en général la flexion forcée du tronc les soulage. Elles s'accompagnent de vomissements avec douleurs épigastriques, sur lesquels Mathieu a de nouveau insisté, et qui, joints à une céphalalgie violente, constituent, pour Newmann, de vrais signes d'urémie. Les mictions deviennent fréquentes et impérieuses et cependant la quantité d'urine éliminée peut diminuer. Cette crise se termine brusquement ou lentement ; souvent le malade la fait cesser en prenant certaine position ; sa défer-

vescence est suivie quelquefois de l'émission d'une quantité considérable d'urine pâle et limpide. J'ajouterai que ces douleurs peuvent s'accompagner d'une augmentation de volume du rein qui reprend ses dimensions après l'accès. Ces états douloureux ont été diversement interprétés. Considérés autrefois comme la conséquence d'un *état congestif*, on les regarde aujourd'hui comme des phénomènes d'*hydronéphrose intermittente* par coudure de l'uretère, due à la luxation du rein (1). Les deux opinions me paraissent devoir être conservées. J'ai même insisté sur l'importance de la coudure veineuse dans ce cas, et peut-être la torsion du pédicule pourrait-elle se rapprocher de celle des kystes de l'ovaire car elle provoque les mêmes accidents. Quand l'augmentation de volume de la glande et sa diminution sont en rapport avec l'émission des urines, pendant et après la crise, on peut mettre ces différences sur le compte d'une rétention temporaire du liquide dans le rein ; mais quand cette corrélation fait défaut, nous sommes obligés d'admettre une congestion rénale avec accidents névralgiques, le tout suivi de cette polyurie abondante qui suit toutes les crises névralgiques. Le fait de Nové-Josserand (2) en est une preuve : il s'agit d'un rein en ectopie congénitale ayant donné lieu pendant la vie à des crises douloureuses prises pour de l'hydronéphrose intermittente ; or, à l'autopsie, il n'y avait pas d'hydronéphrose. Ces accès se répètent plus ou moins souvent, tous les quinze jours, tous les mois, et ils peuvent par leur gravité constituer des indications opératoires.

En dehors des crises douloureuses et passagères qui provoquent des troubles gastriques réflexes, il existe souvent dans le rein mobile des accidents *gastro-intestinaux*, qui sont dus à des lésions concomitantes. L'ancienne dyspepsie flatulente, la dilatation de l'estomac avec son cortège habituel, clapotement, lenteur des digestions, tympanisme, éructations, congestion de la face, l'atonie intestinale et la constipation qui en est la conséquence, accompagnent souvent le rein flottant. Certains auteurs, poussant peut-être un peu loin les théories mécaniques, ont voulu voir la cause de cette ectasie stomacale dans la compression du duodénum par le rein déplacé. Bien plus, on a trouvé un rapport entre l'appendicite et le rein mobile. Le mémoire d'Edebohls (3) me paraît contenir, à cet égard, une erreur clinique qui consiste à prendre les douleurs du rein mobile pour des accidents d'appendicite et à appliquer une thérapeutique peu recommandable, qui guérirait l'appendicite chronique par la néphropexie. Je crois que s'il évalue à 60 pour 100 le nombre des malades chez lesquels le rein mobile est associé à une appendicite, c'est parce que l'ectasie caecale et par suite même une appendicite chronique peuvent être, comme la néphroptose, le résultat d'une véritable insuffisance physiologique des tissus. On a constaté les mêmes accidents quand le rein gauche se déplace ; il est donc certain que ce n'est pas là une cause univoque : nous en verrons d'ailleurs plus loin la pathogénie. En tous cas cet accident est fréquent, et les médecins de Carlsbad avaient déjà remarqué que nombre de malades, qui leur étaient adressés comme dyspeptiques, avaient des reins mobiles. J'ai insisté dans plusieurs publications sur les *diverses altérations organiques* qui accompagnent le rein mobile. Tout d'abord,

(1) Voy. VIGNERON, *Ann. des org. gén.-urin.*, janvier 1892. Congrès français de chirurgie, 1895.

(2) NOVÉ-JOSSERAND, *Lyon méd.*, 28 février 1892, et *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1892, p. 551.

(3) EDEBOHLS, *Centralblatt für Gynæk.*, 1898, n° 40.