

le rein gauche suit souvent le rein droit dans son déplacement, mais il est moins prolabé. La dilatation de l'estomac, l'ectasie cœcale et colique, l'entérite muco-membraneuse, la constipation sont l'apanage de l'entéroptose; le foie est abaissé et souvent mobile et je ne crois pas à une relation quelconque de cause à effet entre ces états. La preuve nous en est fournie par d'autres accidents éloignés tout aussi fréquents, tels que les hernies ou pointes de hernie, la flaccidité du ventre, sa forme trilobée, que Malgaigne décrivait déjà; aucune de ces altérations organiques n'est sous la dépendance du rein mobile. Bien plus, les déviations de l'appareil génital chez la femme, flexions ou versions portant sur le corps utérin, souvent prolapsus utérin avec ou sans cystocèle, sont si fréquentes que Thiriar voyait encore là une relation entre ces deux états, le rein déplacé provoquant une congestion utérine chez la femme ou un varicocèle chez l'homme⁽¹⁾. C'est là une erreur d'interprétation dont j'ai fait justice : déviations et néphroptose constituent des éléments d'un même état général, caractérisé par une insuffisance des moyens de fixité du rein et de l'utérus. Le varicocèle, alors si fréquent chez l'homme, n'est qu'une expression de plus du mauvais état de la trame organique. Les varices des membres inférieurs et du rectum, qui coïncident fréquemment avec le rein mobile, en sont une nouvelle preuve. Il n'est pas jusqu'au système musculaire qui ne soit insuffisant et qui, chez les jeunes gens, provoque une scoliose ou un pied plat d'origine musculaire. On comprend à quelles erreurs on serait exposé, si on ne tenait compte que de chacune de ces altérations organiques, et cette erreur est malheureusement fréquente. Les *médecins* voient la dilatation de l'estomac et l'entérite glaireuse; les *gynécologues* portent toute leur attention sur la déviation de l'utérus ou sur son prolapsus, et le *chirurgien* est consulté pour une tumeur abdominale, pour un varicocèle ou une scoliose. Dans un nombre de cas plus restreint, on peut constater toute la série des troubles fonctionnels qui caractérisent le *nervosisme* ou la *neurasthénie*. L'abolition du réflexe pharyngien et la diminution du champ visuel sont fréquents; des plaques d'anesthésie, des névralgies ovariennes, des bizarreries de caractère et jusqu'aux attaques hystéroriformes typiques, peuvent être observées, ainsi que j'en ai signalé des exemples.

Formes. — La prédominance de chacun de ces signes fonctionnels peut faire décrire trois formes cliniques du rein mobile⁽²⁾ :

I. Le rein mobile simple, douloureux, est une véritable luxation du rein, une hernie de force. Le rein est déplacé, tout le reste de l'organisme est intact. Le plus souvent, c'est à la suite d'un traumatisme ou d'un effort que la lésion s'est produite et elle revêt la forme douloureuse;

II. Le rein mobile avec hydronéphrose intermittente ou crises aiguës congestives;

III. Le rein mobile symptomatique d'une maladie générale caractérisée par une insuffisance des tissus avec la débilité souvent extrême qui en est la cause.

Symptômes physiques. — En présence d'un malade qui accuse des douleurs lombaires ou des troubles dyspeptiques, il faut faire l'exploration rénale et rechercher : 1° si le rein est à sa place; 2° s'il est mobile. Pour cette explora-

⁽¹⁾ THIRIAR, *Cong. de gynéc. de Bruxelles*, 1892.

⁽²⁾ TUFFIER, *Sem. méd.*, 16 sept. 1891.

tion, je préfère aux méthodes de Glénard⁽¹⁾ ou d'Israël⁽²⁾, la palpation bimanuelle dans le décubitus dorsal aidée de la recherche du ballotement.

Dans l'intervalle d'une crise, l'examen est facile. L'inspection de la région lombaire, le malade étant debout ou assis, permet quelquefois de constater un méplat ou même une dépression, un amincissement de la région costo-iliaque, la forme du ventre aplati d'avant en arrière ou le thorax très long simulant la forme du corset. La percussion dénote une sonorité plus étendue de la région, surtout à gauche. L'examen de l'abdomen, dans les cas où le sujet est maigre et le déplacement considérable, permet quelquefois de constater la présence d'une tuméfaction.

Le palper bimanuel pratiqué dans le décubitus dorsal à plat sur le lit (voy. *Exploration du rein*, p. 146) révèle au-dessous du rebord costal, ou même dans l'échancrure iléo-costale ou la fosse iliaque, une tumeur arrondie, lisse, oblongue à grand axe vertical ou oblique en bas et en dedans, échancrée légèrement et sans bords abrupts en son milieu, où l'on peut sentir battre une artère. Suivant l'étendue du déplacement, la tumeur peut être circonscrite en entier, ou elle est seulement appréciable par son extrémité inférieure; elle paraît un peu plus grosse qu'un rein normal. Elle est quelquefois indolente; plus souvent sa compression détermine une douleur soit locale, soit irradiée vers le pli inguinal ou même vers le méat. Elle est mobile spontanément et avec les mouvements respiratoires. Elle est mobilisable dans une étendue variable, en général des fausses côtes à l'ombilic, mais on peut exceptionnellement la voir passer d'un côté à l'autre de la ligne médiane et se laisser déplacer du pli de l'aîne jusqu'au thorax. Le caractère principal de cette tuméfaction est d'être réductible dans la fosse lombaire; elle fuit entre les deux mains ouvertes en haut et disparaît complètement. Souvent alors il faut : ou mettre le malade dans la station verticale ou le secouer vigoureusement ou même lui faire prendre des positions bizarres qu'il vous indique généralement lui-même pour faire apparaître de nouveau la tumeur. Le volume de la tuméfaction est quelquefois constant, mais il peut varier; au moment des crises douloureuses ou à l'époque de la menstruation, l'organe peut doubler de volume. Dans certains cas légers, ce n'est que par le palper sous-costal avec l'aide du ballotement qu'on sent l'extrémité inférieure seule de l'organe. La percussion fait entendre une sonorité intestinale très nette à la face antérieure de la tumeur. Cette sonorité disparaît par la réplétion du gros intestin suivant la méthode de Minkowsky et Naunyn (voy. *Exploration rénale*, p. 147), mais souvent cette réplétion réduit le rein dans sa loge. Il faut bien savoir que les douleurs et les symptômes fonctionnels ne sont nullement en rapport avec l'étendue du déplacement rénal.

Diagnostic. — 1° La lésion à froid peut être prise pour une tumeur du foie, de la rate, du mésentère et de l'épiploon. Je ne puis revenir ici sur le diagnostic différentiel de ces diverses tumeurs que j'ai étudiées (voy. *Exploration rénale*, p. 147, et *Tumeurs du rein*, p. 557). La clinique enseigne que ce sont généralement des vésicules biliaires distendues (7 sur 15, Lawson Tait)⁽³⁾, des kystes ovariens avec longs pédicules et enfin des tumeurs du pancréas qui ont donné lieu à des erreurs de diagnostic. La vésicule biliaire distendue forme bien une

⁽¹⁾ GLÉNARD, *loc. cit.*

⁽²⁾ ISRAËL, Ueber Palpation gesunder und kranker Nieren. *Berl. klin. Woch.*, 1889, p. 125 et 156.

⁽³⁾ LAWSON TAIT, *Brit. med. Journal*, 1889, t. II.

tumeur arrondie, descendant vers l'ombilic, elle peut être recouverte à sa partie inférieure par l'intestin sonore, mais elle est plus franchement ronde, irréductible, peu mobile et surtout il n'existe aucune zone de sonorité entre elle et la matité hépatique. Ce caractère distingue le rein flottant des tumeurs du foie, à moins qu'il ne s'agisse de ces cas tout à fait exceptionnels de kystes pédiculés de sa face inférieure, ou de lobe flottant coïncidant avec un rein mobile (Pichevin⁽¹⁾, Langenbuch⁽²⁾). Du côté gauche, la néphroptose est rare. Les tumeurs de la rate sont mates, accolées à la paroi thoraco-abdominale; leur bord inférieur est tranchant; elles présentent une échancrure à angles vifs.

Les tumeurs du mésentère sont médianes, mobiles, sonores à leur face antérieure, mais elles ne sont pas franchement réductibles (Guyon, Le Dentu), avec cet échappement subit, qui annonce la fuite dans la loge lombaire. Elles sont fixées en haut. C'est encore cette réductibilité lombaire parfaite qui manque dans les cas de kystes ovariens à longs pédicules, kystes dermoïdes, peu volumineux, mobiles au milieu des anses intestinales sonores, et pouvant se loger en partie sous les côtes; on sent alors que la tumeur est reliée à la partie inférieure de l'abdomen.

Les tumeurs du pancréas, nous dit Bœckel⁽³⁾, sont médianes et mobiles; on détermine par la percussion au-devant d'elles un son hydro-aérique (Le Dentu). Toutefois c'est toujours là un diagnostic difficile: une ponction exploratrice pourra être indiquée. Dans les cas où le diagnostic n'est pas net, on emploiera la méthode de Minkowsky et Naunyn qui, par la distension gazeuse de l'estomac et la réplétion du côlon par de l'eau, permettra de faire un diagnostic anatomique plus précis.

2° Pendant une crise d'étranglement, de torsion ou d'hydronéphrose, l'examen est des plus difficiles. Le malade est contracturé, il immobilise son flanc et l'échancrure iléo-costale est souvent encore diminuée par l'inclinaison du thorax de ce côté. J'ai trouvé, dans trois de ces examens, la tumeur arrondie, volumineuse, douloureuse, irréductible; mais je ne l'ai jamais trouvée absolument immobile. Lorsque, pendant cet examen, on arrive à réduire la tumeur, la crise disparaît subitement. Le diagnostic peut flotter ici entre une colique néphrétique, une colique hépatique, une névralgie lombaire, une appendicite, voire même une obstruction intestinale et une péritonite quand les vomissements sont répétés et l'abdomen un peu distendu. J'ai insisté ailleurs sur ces divers états douloureux. Ce sont les antécédents, la présence d'une tumeur dans le flanc droit, sa disparition brusque après la crise, la diurèse abondante consécutive qui formeront la base du diagnostic (voy. Hydronéphrose intermittente).

3° Le rein flottant étant reconnu, il est nécessaire de rechercher avec le plus grand soin si le parenchyme est sain ou altéré. Pour cela le volume et la forme de l'organe, les antécédents du malade et l'examen répété de l'urine permettront de savoir s'il n'y a pas de ce côté une tumeur ou une pyélo-néphrite. J'insiste sur ce point, parce que si une tumeur peut se développer dans un rein primitivement mobile, nous savons que l'augmentation de volume du rein s'accompagne très souvent de néphroptose, et les observations intitulées: *rein mobile cancéreux* ou *kystique* ne sont souvent que des tumeurs d'un rein normal

(1) PICHEVIN, Progrès méd., 1888, t. VIII, p. 255.

(2) LANGENBUCH, Centr. für Chir., 1890.

(3) BOECKEL, Kystes du pancréas. Paris, 1891.

devenu mobile. Si cette cause d'erreur a été évitée, il ne reste plus qu'à rechercher si le rein mobile est simple ou compliqué. Dans le premier cas, un traumatisme antécédent, l'intégrité parfaite de la sangle abdominale et des viscères voisins lèveront les doutes. Au contraire, les signes d'entéroptose, la bilatéralité du déplacement et les prolapsus viscéraux multiples dont nous avons parlé, démontreront la nature de l'affection. Dans tous les cas, il faudra, par un examen détaillé, établir le bilan exact des accidents imputables à chacun des organes déplacés, pour éviter de mettre sur le compte de la mobilité rénale des accidents uniquement imputables à l'appareil digestif.

Marche. — Pronostic. — Complications. — L'évolution de ce déplacement est variable suivant qu'il est simple ou compliqué. Dans le premier cas, le prolapsus du rein peut rester limité; il a quelquefois une tendance à augmenter, mais le rein seul est en cause. Dans certains cas rares, l'affection guérit par un processus naturel, à la suite d'une grossesse, d'une péritonite, d'une périnéphrite, à la suite d'une reprise d'embonpoint; le rein déplacé se fixe en un point de l'abdomen ou même dans sa loge et y reste. Au contraire, s'il s'agit d'une néphro-entéroptose au début, on constate bientôt la descente de l'autre glande, des signes de dyspepsie, la dilatation de l'estomac, une chute du rectum, un abaissement de l'utérus. Chacun de ces déplacements précède, accompagne ou suit la descente du rein; cet état complexe devient alors grave par les troubles de la santé générale, la perte des forces, l'impotence fonctionnelle qui l'accompagnent, et sans comporter un pronostic fatal, il constitue une maladie qui nécessite une thérapeutique, heureusement efficace. En dehors de ces faits, le déplacement en lui-même peut provoquer dans l'organe une altération et une destruction du tissu par hydronéphrose intermittente. Quand l'affection s'aggrave, les crises douloureuses se répètent plus souvent, elles sont plus intenses et plus persistantes, elles s'accompagnent d'anurie, exceptionnellement d'une légère hématurie. Le rein devient de plus en plus volumineux pendant les crises douloureuses et témoigne ainsi de ses altérations progressivement croissantes. Mais cette évolution est lente; c'est après des années qu'elle devient appréciable. Souvent même la glande ne reprend plus ses dimensions dans l'intervalle des accès, et il reste une tumeur volumineuse, indice d'une hydronéphrose devenue permanente. Cette dernière complication n'est pas fatale, et j'ai vu des malades qui présentaient depuis dix ans des crises douloureuses aiguës survenant à des intervalles irréguliers de quelques mois, et dont le rein reprenait son volume entre les accès. L'accident le plus grave est en somme l'infection, assez fréquente, de ces hydronéphroses qui deviennent alors des pyonéphroses avec le pronostic grave qu'elles comportent. Quant à l'occlusion intestinale par compression d'une anse de l'intestin, l'œdème des jambes dû à l'oblitération de la veine cave, le varicocèle symptomatique et les accidents d'urémie par coudure des deux uretères, ce sont des complications qui sont heureusement exceptionnelles.

Traitement. — En somme, le rein mobile ne compromet que bien rarement la vie, mais il peut, par la continuité des accidents qu'il détermine, devenir une cause perpétuelle de souffrances et de déchéance organique qui conduisent les malades à réclamer une intervention radicale. Je considère cette intervention comme rarement indiquée.

Le chirurgien est appelé à intervenir contre le rein mobile dans deux circon-