

stances : le malade présente des accidents aigus (hydronéphrose intermittente, étranglement, congestion), ou bien des accidents moins bruyants, remontant à un certain temps déjà, plus ou moins long, qui sont, en un mot, chroniques, habituels.

1° En présence d'*accidents aigus*, le devoir du chirurgien est de s'abstenir de toute intervention sanglante. Sa conduite doit se borner à *calmer la douleur*, à *réduire l'organe* et à *maintenir cette réduction*. Les bains, les fomentations chaudes, le décubitus horizontal, la morphine à petites doses rempliront le plus souvent la première indication : calmer la douleur.

2° La *réduction* s'effectue soit par la position horizontale avec le siège élevé, soit par la pression de la main. Elle est quelquefois assez difficile et souvent le malade indique lui-même le mode de réduction, et il l'exécute par une série de manœuvres dont la plus fréquente est la flexion forcée du thorax. Chez certains malades, cette réduction s'accompagne d'une détente immédiate, absolument comme après la réduction d'une hernie. Ce résultat est obtenu par le maintien du sujet dans le décubitus horizontal, le siège élevé, et le soulagement consécutif indique bien la part du déplacement rénal dans l'ensemble des phénomènes observés. En tous cas la réduction est une manœuvre indispensable comme épreuve thérapeutique dans le rein mobile. Cette réduction ne peut être effectuée lorsque le rein est anormalement fixé en un point de l'abdomen.

3° *Maintenir la réduction*. — Pour cela nous avons à notre disposition un moyen qui réussit dans la très grande majorité des cas. W. Stuart⁽¹⁾, en effet, a publié 17 observations qui plaident en faveur du bandage. Le plus simple

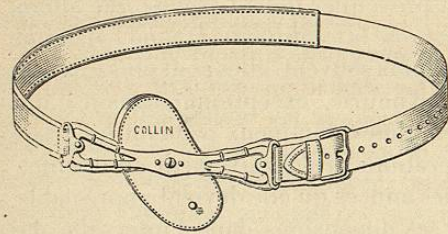


FIG. 112. — Bandage pour rein mobile.

appareil consiste en un ressort muni d'une pelote et soutenu par une ceinture élastique (fig. 112). Cet appareil m'a rendu les plus grands services. Il est basé sur le même principe que le bandage ombilical de Dolbeau. On pourra également employer les ceintures munies de pelotes à air. Quel que soit l'appareil, la pelote doit être large, elle doit s'appliquer en avant de l'échancrure costiliaire, le ressort doit présenter une élasticité bien calculée sur la résistance à vaincre et sur l'épaisseur de la paroi abdominale; et c'est là une difficulté sérieuse, car si son élasticité est trop faible, il ne maintient plus la glande, si elle est trop forte, il n'est plus toléré. La courbure, l'inclinaison, la forme de la pelote doivent être également variées suivant les sujets. L'appareil est placé pendant que le malade est dans le décubitus dorsal, le rein étant préalablement réduit. Enfin on doit examiner si, sous l'influence des mouvements ou des efforts, l'organe passe au-dessous du bandage. Tout ce qu'on peut demander à de tels appareils c'est de maintenir le rein, la réduction complète n'étant pas possible. Les malades en retirent souvent un bénéfice notable et quelquefois les accidents disparaissent complètement. Mais il ne faut guère espérer une guérison permettant à un moment donné de se passer de moyens de contention. Depuis dix ans j'ai vu un très grand nombre de reins mobiles et j'en ai opéré de moins en moins, les appareils de contention abdominale

(1) W. STUART, *Wig. Med. Rev.*, 1895, 47, p. 161.

m'ayant donné des résultats parfaits, surtout en y joignant le traitement habituel de l'ectasie gastro-intestinale.

2° En présence d'*accidents chroniques*, de douleurs, d'amaigrissement progressif, restés rebelles aux moyens non sanglants que je viens d'énumérer, le chirurgien se verra souvent dans l'obligation de recourir à l'opération : la *néphrorraphie* ou fixation opératoire du rein, dont la technique sera exposée plus loin, consiste essentiellement à provoquer des adhérences entre la glande et la paroi lombaire et, en somme, à maintenir la réduction. Elle doit être faite à *froid*, dans l'intervalle des crises (p. 408).

Les résultats opératoires qu'elle a donnés sont les suivants :

Nombre d'opérés	175
Guérisons opératoires	168
Morts	8, soit 4,54 pour 100.
Résultat inconnu	1

(dans ma statistique personnelle qui porte sur 72 opérés⁽¹⁾, dont 55 pour rein mobile simple et 17 pour rein mobile compliqué d'hydronéphrose, j'ai eu un mort par tétanos au trentième jour et un par broncho-pneumonie grippale); c'est donc là une intervention essentiellement bénigne et qui soutient la comparaison à cet égard avec la cure radicale des hernies. C'est une opération facile, dont j'ai à envisager ici les résultats fonctionnels immédiats et éloignés.

Ses *résultats immédiats* sont satisfaisants (échecs 1 sur 20). J'ai publié⁽²⁾ les *résultats éloignés*, vraiment thérapeutiques, de 10 observations, et, à cet égard, j'ai relevé l'état des malades avant et après l'opération au triple point de vue : douleurs, troubles dyspeptiques, neurasthénie. Les douleurs ont disparu chez 7 malades, les troubles dyspeptiques et la neurasthénie dans la moitié des cas. La fixation sous-costale était toujours parfaite⁽³⁾. Il suffisait de mettre les malades dans la position genu-pectorale, pour s'en assurer. C'est donc là une opération efficace et qui mérite d'être conservée, si l'on en juge par la statistique suivante :

Guérison absolue	86 soit 55 pour 100.
Amélioration persistante	25
Résultats satisfaisants	24
Amélioration temporaire	8
Insuccès ⁽⁴⁾	20

La *néphrectomie*, pratiquée par la région lombaire ou par la voie abdominale, a donné 27 pour 100 de mortalité; c'est donc là une intervention meurtrière et qui n'est pas justifiée. D'ailleurs le nombre de ces opérations a notablement diminué, et c'est bien plus vers ses indications que vers le choix du procédé lombaire ou abdominal que doivent tendre les recherches.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS. — En présence d'un rein mobile, la thérapeutique varie suivant qu'il s'agit de la variété *simple* ou *compliquée*.

Rein mobile compliqué. — Toute opération est contre-indiquée à moins que le déplacement du rein ne soit la seule cause des accidents, ce que la symptomatologie permet d'établir. La paroi abdominale s'effondre, il faut venir à son

(1) TUFFIER, *Congrès de Moscou*, 1897.

(2) TUFFIER, *Congrès de chirurgie*, 1891, p. 377.

(3) Voy. RIDEL, *Berl. klin. Woch.*, 1895, p. 686. — RILLMANN, *Deutsche Zeit. f. Chir.*, 1892, t. XXXIV, p. 627. — MALECOT, *Congrès de chir.*, 1895. *A. G. U.*, 1895, p. 586. — JEANNEL, *Congrès méd.*, 1895, t. II, p. 515. — ROSCH, *Boston med. and surg. Journal*, 26 mai 1892.

(4) DELAGENIÈRE. Thèse de Paris, 1892.

secours : souvent le maintien et le relèvement des viscères, en plaçant les deux mains sous le ventre de la malade, la soulagent immédiatement et dictent la thérapeutique à suivre. C'est à une ceinture avec pelote rénale qu'il faut recourir. Si, malgré ces appareils, les accidents persistent, si le rein ne peut être maintenu, la néphrorraphie est indiquée comme adjuvant, mais le port de la ceinture reste nécessaire. Si le rein mobile est *bilatéral*, c'est encore à la prothèse qu'il faut avoir recours sous forme d'une ceinture ou d'une double pelote rénale. Mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que ces malades présentent des signes de neurasthénie et des symptômes d'ectasie gastrique nécessitant un traitement spécial.

Rein mobile simple. — Le port d'un bandage approprié avec pelote rénale devra être tenté tout d'abord. S'il est insuffisant ou mal toléré, le chirurgien doit s'enquérir minutieusement des causes de l'échec, et si les accidents sont bien sous la dépendance du seul déplacement rénal, il peut proposer la néphrorraphie qui répond seule à l'indication, fixation du rein. Cette opération peut être indiquée plus tôt quand les signes d'hydronéphrose intermittente apparaissent. La *bilatéralité des lésions* n'est plus alors une contre-indication et j'ai opéré avec succès une malade atteinte de double néphroptose, il y a 7 ans. Tansini, de Palerme, et nombre d'autres auteurs ont publié ultérieurement des faits semblables⁽¹⁾. Les indications de la *néphrectomie* seraient les échecs successifs de la fixation par l'opération et la persistance des accidents. Avant de tenter cette ablation, il faudrait essayer de nouveau le traitement médical et le port de nouveaux bandages. Ce n'est que dans les cas d'altération notable du rein par une *pyonéphrose* qu'elle peut être primitivement tentée. Dans les cas d'*hydronéphrose* même accentuée, on doit toujours commencer par la fixation de l'organe. Enfin, si au cours de l'intervention on constate une *coudure urétérale réductible*, son redressement par fixation du rein est indiqué; en cas d'irréductibilité, sa résection avec transplantation de l'uretère ou l'anastomose urétéro-urétérale doivent être tentées avant toute ablation de l'organe (voy. p. 462 où ces différentes opérations sont décrites).

CHAPITRE XII

ANOMALIES DES REINS

TESTUT, *Anat. hum.* Paris, 1894, t. III. — POUSSON, Précis des maladies des voies urinaires. Paris, 1899. — SPALETTA, Thèse de Paris, 1895. — *Bull. de la Soc. anatom.* de ces vingt dernières années. — *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, depuis la fondation.

Les anomalies des reins sont assez fréquentes. Comme elles n'entraînent pas forcément avec elles des anomalies de l'uretère, nous pouvons jusqu'à un certain point séparer leur étude de celle de ces dernières.

Les anomalies du rein peuvent se diviser en deux grandes catégories : *anomalies de nombre*, *anomalies de situation*. Quant aux *anomalies de forme*, elles dépendent le plus souvent de l'une des deux variétés précédentes; aussi les

(1) *Gaz. hebdom.*, 15 août 1897.

retrouverons-nous signalées dans la rapide esquisse que nous allons en tracer.

1° ANOMALIES DE NOMBRE. — a. *Absence des deux reins.* — L'absence des deux reins peut tenir au défaut de formation de ces organes (*agénésie rénale*) ou bien à l'arrêt de développement des vaisseaux rénaux (*atrophie rénale*). Dans le premier cas, qui est du ressort de la tératologie et est incompatible avec l'existence, il existe simultanément d'autres vices de conformation, en particulier du côté du système nerveux; dans le second, les autres anomalies ne sont pas rares non plus et la survie est de courte durée.

Trois cas d'absence des 2 reins ont été rapportés par Pigné, Mayer (de Bonn) et Debierre⁽¹⁾.

b. *Absence d'un seul rein.* — Cette anomalie est loin d'être rare et la littérature anatomique en renferme un certain nombre de cas bien observés. Ce rein unique est tantôt à gauche, tantôt à droite (mais le plus souvent à droite), occupant sa position habituelle ou plus ou moins déplacé. Ordinairement pourvu d'un seul uretère, il peut parfois en présenter deux faisant suite chacun à un bassin et s'ouvrant dans la vessie aux angles postérieurs du trigone, en sorte qu'on peut se demander dans ces cas s'il n'existe pas plutôt une *fusion* des deux reins en un seul⁽²⁾.

Dans le cas de rein unique, ce viscère est ordinairement hypertrophié et, à lui tout seul, suffit amplement à la fonction urinaire. Aussi l'absence de l'un des deux reins est-elle non seulement compatible avec la vie, mais le plus souvent elle n'entraîne aucune *condition* physiologique spéciale. Il n'en est plus de même lorsque ce viscère unique est malade; on comprend alors que le maintien de ses fonctions est une question d'une importance capitale pour le chirurgien et que ce dernier doit, dans tous les cas, avant d'intervenir d'une façon quelconque, se convaincre de l'existence des 2 glandes rénales. Aujourd'hui la cystoscopie et le cathétérisme des uretères permettent presque à coup sûr de s'en assurer. Cependant on voit combien, dans les cas de Pousson et de Poulailon, par exemple, ces données peuvent être mises en défaut.

J'ai dit plus haut que ces cas de rein unique avec 2 uretères pouvaient être considérés comme le résultat de la fusion de 2 organes en 1 seul. Cette *fusion complète des 2 reins en 1 seul* est cependant très rare. L'organe est alors placé le plus souvent sur la ligne médiane en avant de la colonne vertébrale; il possède presque toujours un double pédicule vasculaire et 2 uretères, mais 1 unique bassin.

La *fusion incomplète* ou *symphyse rénale* est beaucoup plus fréquente; elle est constituée par la soudure des reins par l'une de leurs extrémités (les inférieures le plus souvent), de manière que les 2 viscères forment une sorte de fer à cheval embrassant la colonne lombaire dans sa concavité. Cette malformation exigeant, pour se produire, un déplacement des 2 organes fusionnés, nous la retrouverons plus loin dans les anomalies de *situation*. La fusion et la symphyse rénale ne déterminant aucun trouble fonctionnel passent inaperçues pendant la vie. D'ailleurs comme chaque organe conserve ses vaisseaux et ses uretères propres, la fusion et surtout la symphyse n'offriraient, ainsi que nous l'avons fait remarquer ailleurs, aucun obstacle à une intervention au cas où l'un des reins serait seul malade.

c. *Triplicité des reins.* — Ces cas sont excessivement rares à moins d'y faire

(1) SPALETTA, *loc. cit.*, p. 11.

(2) POUSSON, *loc. cit.*, p. 798. — POULAILLON, *Soc. anat.*, 1890.