

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.

rentrer les cas de reins plus ou moins fusionnés et qui, présentant 2 lobes rénaux, 2 ordres de calices, 2 bassinets et 2 uretères, pourraient être considérés comme 2 reins distincts, ce qui, avec l'autre rein normal, en ferait 3. Dans son *Traité d'anatomie* (1809), Boyer dit : « D'autres fois, il existe 3 reins et, dans ce cas, ordinairement 3 uretères qui se réunissent pour n'en former que 2. » Gavard⁽¹⁾ en a publié un cas dans lequel les 3 reins étaient superposés en avant de la colonne lombaire : l'uretère du rein central allait s'ouvrir dans celui du rein droit. Nous croyons pouvoir aussi considérer comme triple le cas de Josso⁽²⁾. Il s'agit d'une petite fille de trois semaines chez qui le rein droit était double et composé de 2 parties absolument indépendantes. Un uretère gros et flexueux venait s'ouvrir près du méat de l'urèthre; l'autre uretère, grêle, débouchait à sa place accoutumée. Le rein et l'uretère gauches étaient normaux. N'est-on pas là en présence de 3 reins et de 3 uretères?⁽³⁾

2° ANOMALIES DE SITUATION⁽⁴⁾. — Il s'agit ici, bien entendu, non pas de ces déplacements accidentels des reins qui surviennent à un âge plus ou moins avancé, mais toujours après la naissance, déplacements que nous avons étudiés au chapitre *Rein mobile*, mais des déplacements congénitaux constituant l'« ectopie rénale » dans le sens propre du mot.

Le rein déplacé ou ectopique se rencontre sur les points les plus divers : 1° au-devant de la colonne lombaire, un peu au-dessous de sa position normale; 2° sur l'angle sacro-vertébral ou sur la symphyse sacro-iliaque; 3° sur le détroit supérieur du bassin; 4° dans le bassin lui-même, en avant ou en arrière du rectum, etc.; mais jamais on ne l'a trouvé dans les hypochondres ou dans l'épigastre. Le déplacement peut être unilatéral ou bilatéral. Quand il est bilatéral, les 2 reins sont ordinairement fusionnés, comme nous l'avons dit plus haut, soit par leur extrémité inférieure (ce qui est le cas le plus fréquent), soit par leur extrémité supérieure; ils revêtent ainsi la forme d'un croissant ou d'un fer à cheval couché sur la colonne lombaire (*rein en fer à cheval*) dont la concavité regarde en haut dans le premier cas, en bas dans le second. Dans des cas beaucoup plus rares, les 2 reins se fusionnent à la fois par leur extrémité supérieure et par leur extrémité inférieure, constituant ainsi ce qu'on pourrait appeler le *rein annulaire*. Dans tous ces faits de fusion plus ou moins complète des 2 reins, on croit tout d'abord avoir affaire à un rein unique; mais, nous le répétons, un examen plus attentif, en mettant sous les yeux de l'observateur un double hile et un double uretère, établit par cela même la dualité réelle de l'organe.

Il est à remarquer que dans les déplacements, soit congénitaux, soit accidentels, la capsule surrénale n'accompagne jamais le rein, mais conserve invariablement sa position habituelle.

Le déplacement congénital du rein se distingue toujours du déplacement accidentel par un ensemble de caractères dont les principaux sont les suivants. Le rein congénitalement déplacé est fixe, tandis que le rein accidentellement déplacé est plus ou moins mobile et même flottant. Le premier est plus ou moins altéré dans sa forme générale, tandis que le second, à moins d'hydronéphrose, conserve sa configuration normale. Lorsque le rein se déplace pour venir flotter dans la cavité abdominale, son pédicule vasculaire s'allonge dans

(1) Cité par Spaletta.

(2) Josso, *Gaz. méd. de Nantes*, 1884.

(3) Voy. également WASSERMANN, *Berl. klin. Woch.*, 1897.

(4) TESTUT, *loc. cit.*, p. 808.

une étendue plus ou moins grande (voy. p. 577); mais, quel que soit cet allongement, l'artère et la veine rénales présentent avec l'aorte et la veine cave les mêmes relations qu'avant le déplacement, je veux dire qu'elles naissent sur leur point habituel. Or, il n'en est pas de même pour le rein congénitalement déplacé : celui-ci reçoit son artère du tronc le plus voisin, de l'extrémité inférieure de l'aorte, de l'une des iliaques, de la sacrée moyenne. Testut cite le cas d'un nouveau-né dont le rein droit, situé sur la symphyse sacro-iliaque, recevait 3 artères différentes, l'une provenant de l'iliaque primitive du même côté, les 2 autres fournies par l'iliaque primitive du côté opposé. De même la veine rénale, au lieu de remonter jusqu'à la partie moyenne de la veine cave inférieure, vient s'ouvrir dans la portion initiale de ce dernier vaisseau ou même plus bas, dans l'une des veines iliaques. Enfin, dans les cas de déplacement congénital, l'uretère est relativement court, d'autant plus court que le rein est plus abaissé.

Grâce sans doute à la disposition de ses vaisseaux lui assurant un régime circulatoire parfait et à sa fixité, le rein en ectopie congénitale ne donne lieu à aucun des phénomènes qui caractérisent le rein mobile. Aucun trouble ne trahit l'existence de cette anomalie qui passe le plus souvent inaperçue ou est découverte par hasard au cours d'une exploration minutieuse de l'abdomen ou d'une laparotomie pour une tout autre affection. Dans les cas d'inflammation ou de néoplasie du rein déplacé, l'embarras du chirurgien pourrait être grand à se rendre compte de l'organe malade. Il suffira de songer à l'ectopie pour reconnaître à la forme, à la consistance de la tumeur et surtout aux troubles urinaires que le rein est en cause.

CHAPITRE XIII

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LE REIN

BARDENHEUER, Drainirung der Peritonealhöhle. Chirurgische Studien nebst einem Bericht über sieben Nierenextirpationen. Stuttgart, 1881. — BARDENHEUER, *Berl. klin. Woch.*, 1888, p. 857 (statistique). — BARKER, Nephrectomy by abdominal section (statistique). *Med.-chir. Transact.*, 1880, p. 181. — BARKER, Nephrectomy by lumbar section (statistique). *Med.-chir. Transact.*, 1881, p. 257. — BRAUN, *Arch. für klin. Chir.*, t. LX, p. 4. — BREUNER, *Wiener med. Woch.*, 1885, p. 985. — BRODEUR, Intervention chirurgicale dans les affections du rein (statistique). Thèse de Paris, 1886. — Congrès français de chirurgie, 1886, p. 510 (Discussion). — CZERNY, Ueber Nierenextirpation. *Centr. für Chir.*, 1879, p. 757. — CZERNY, *Beitr. zur klin. Chir.*, 1886, t. VI, p. 521. — DOUILLET, Néphrectomie sous-capsulaire. Thèse de Lyon, 1887. — FOWLER, *New-York med. Journal*, 1891, t. LIII, p. 215. — GARDNER, Nephrotomy and nephrectomy. *Australian med. Journal*. Melbourne, 1885, p. 486. — GROSS, Nephrectomy. The indications and contrindications (statistique). *Amer. Journal of med. sc.*, 1885, t. II, p. 79. — HAMILTON, *New-York med. Journal*, 1890, p. LII, p. 170. — HARRIS, *Amer. Journal of med. sc.*, 1882, t. LXXXIV, p. 109 (statistique). — HEYDENREICH, *Sem. méd.* Paris, 1887, p. 89. — DE JONG, Beitrag zur Nierenextirpation (statistique). *Centr. für Chir.*, 1885, p. 904. — HANS BOLZ, Thèse de Dorpat, 1885 (statistique). — KÖNIG, *Centr. für Chir.*, 1886, p. 695. — KRONER, *Arch. für Gynæk.*, 1881, t. I, p. 87 (statistique). — LAUENSTEIN, Zur Chirurgie der Nieren. *Deutsche med. Woch.*, 1887, p. 508 et 568. — LE DENTU, Technique de la néphrectomie. *Revue de chir.*, 1886, p. 1 et 104. — LEOPOLD, *Arch. für Gynæk.*, 1882, t. I, p. 158 (statistique). — MEOLA, Della nephrectomia. *Rif. med. Nap.*, 1886, p. 45, 51, 57, 65. — MONOD, Congrès de chirurgie, 1889, p. 554. — OLDFIELD, Néphrotomie. Thèse de Paris, 1865. — OTIS, Operation upon the kidney. *Boston med. and surg. Journal*, 1887, t. LXVII, p. 552. — PILCHER, Surgical operation upon the kidney. *Annals of the anat. and surg. Soc.* Brooklyn, 1879, p. 45. — PONCET, De la néphrec-