

contraire, celle-ci est altérée par la présence de bosselures irrégulières.

Au point de vue histologique, le cancer rénal est un *carcinome* le plus souvent *encéphaloïde*, quelquefois *squirrheux*, et le point de départ de la lésion réside dans les tubes urinaires. Nous nous abstenons d'entrer à ce sujet dans d'autres détails.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les symptômes par lesquels le cancer accuse sa présence, sont des hématuries, une douleur locale plutôt sourde que lancinante, enfin une augmentation de volume du rein. Celui-ci se développe surtout en dedans et en bas; la masse carcinomateuse, parfois d'une dureté fibreuse, est habituellement molle et donne alors la sensation d'une fausse fluctuation; on y a constaté des battements analogues à ceux d'un anévrysme et même un bruit de souffle. L'œdème des membres inférieurs et l'ascite, dus à l'obstruction de la veine cave par le cancer ou à la compression vasculaire exercée par des ganglions lymphatiques tuméfiés, enfin l'existence de tumeurs en d'autres points de l'économie, peuvent venir compléter le tableau, en même temps que surviennent la diminution de l'appétit et la teinte jaunâtre.

Insidieux à son début, le cancer du rein emporte les malades au bout d'un temps qui ne semble pas avoir dépassé trois ans. La mort est due le plus souvent aux progrès de la cachexie cancéreuse, quelquefois à une hématurie abondante, à un cancer secondaire, enfin, si les deux reins sont envahis, à des accidents urémiques.

TRAITEMENT. — Le médecin se trouve à peu près désarmé en présence de cette affection: il devra se contenter de soutenir les forces du malade et de soulager ses douleurs. Il aura parfois à combattre certains accidents: ainsi, si des caillots s'accumulent dans la vessie ou l'urèthre, il pratiquera le cathétérisme et fera des injections d'eau tiède. En face d'une hémorrhagie abondante, il aura recours aux applications de glace sur la tumeur.

Y a-t-il lieu d'intervenir d'une façon plus active? Dans ces dernières années, l'extirpation d'un rein cancéreux a été pratiquée par Barker, Martin et Jessop. Ces deux derniers ont obtenu un succès, mais une récurrence n'a pas tardé à survenir. Il ne nous semble pas que cette opération, malgré ces succès relatifs, doive être renouvelée. Les dangers sont très grands, en effet, et le meilleur résultat qu'on puisse en espérer est une prolongation de l'existence, dont la durée n'est pas en rapport avec les risques attachés à la néphrectomie.

ARTICLE III

DÉPLACEMENTS DU REIN

Les déplacements du rein ou *ectopies rénales* sont *congénitales* ou *accidentelles*.

La première n'affecte généralement qu'un seul rein, à moins qu'il n'y

ait fusion des deux reins. L'organe déplacé a été vu dans la région ombilicale, transversalement disposé en avant de la colonne lombaire, ou encore dans la région iliaque.

Il est bien rare que le fonctionnement des organes voisins se trouve gêné par le rein déplacé, mais il importe de ne pas prendre celui-ci pour un néoplasme; or on doit noter que, dans le déplacement congénital, le rein est fixe, tandis qu'il est mobile dans le déplacement accidentel.

L'*ectopie accidentelle* du rein, plus souvent désignée sous le nom de *rein mobile* ou *rein flottant*, consiste dans un déplacement de cet organe qui devient mobile dans la cavité abdominale.

Cette affection, qui est plutôt du domaine de la pathologie interne et qui, pour cette raison, nous arrêtera peu, a été signalée, dès 1561, par Mesue, par Riolan, et étudiée d'une façon complète par Rayet, Fritz, Becquet, Rollett.

Fritz, *Du rein flottant* (Arch. gén. de méd., 1859, t. XIV, p. 158). — E. ROLLETT, *Pathologie und Therapie beweglichen Niere*. Erlangen, 1866. — BECQUET, *Essai sur la pathogénie des reins flottants* (Archiv. gén. de méd., 1865, vol. I)

ÉTIOLOGIE. — Le sexe féminin semble plus particulièrement prédisposé au déplacement accidentel du rein. Le rein mobile se voit surtout de dix-huit à quarante-cinq ans, et beaucoup plus souvent à droite qu'à gauche.

Le rein occupe normalement une loge cellulo-fibreuse d'une capacité supérieure à son volume; de plus il ne peut se déplacer ni en haut, ni en dehors, mais il peut se porter directement en bas, en avant et en dedans. Sous quelle influence se produit ce déplacement? Il semble qu'il y ait un rapport entre cette affection et les fonctions menstruelles, la plupart des malades voyant redoubler leurs souffrances à l'époque des règles.

Parfois l'ectopie est survenue à la suite d'efforts ou après une contusion de la région lombaire. D'autres fois elle semble en rapport avec le développement d'une hydronéphrose, d'une hypertrophie de la rate ou du foie, avec un déplacement de l'utérus. Enfin, on a voulu faire jouer un rôle aux grossesses répétées, à la pression du corset, à la diminution du tissu graisseux périrénal, consécutivement à un amaigrissement rapide.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'un des premiers symptômes est une douleur ou une sensation de pesanteur siégeant dans l'un des flancs. A ces phénomènes s'ajoutent des paroxysmes douloureux, parfois d'une extrême violence, et provoqués le plus souvent par des efforts ou par un exercice violent; d'autres fois ces accès coïncident avec les époques menstruelles. En tout cas ces souffrances diminuent ou même disparaissent sous l'influence du décubitus dorsal.

L'examen physique permet de constater, dans la région du flanc, le plus souvent à droite, l'existence d'une tumeur de forme ovoïde, de consistance ferme et élastique, dont la pression est douloureuse et peut

même provoquer des lipothymies, surtout au moment des règles. Si les parois abdominales sont relâchées, il est possible de circonscrire les contours de la tumeur et de reconnaître qu'elle est constituée par le rein. Le grand axe de l'organe est dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, de telle manière que le hile regarde un peu en haut et en dedans.

Mais ces caractères ne sont pas toujours aussi nettement tranchés : le rein peut être extrêmement mobile, fuir sous les doigts qui le pressent, ou se déplacer sous l'influence de certains mouvements ou de certaines attitudes, de sorte qu'il est quelquefois très difficile de retrouver la tumeur dont on avait positivement constaté l'existence. Cette tumeur rénale donne à la percussion un son sourd, distinct du son tympanique aigu de l'intestin.

L'examen comparatif des deux régions lombaires peut donner des indications utiles. Du côté où le rein est déplacé, on constate moins de rénitence qu'à l'état normal, quelquefois même un aplatissement de la région, en même temps que la percussion donne un son tympanique.

Dans la plupart des cas, il n'existe aucun trouble des fonctions urinaires, si ce n'est parfois la fréquence des mictions, et l'urine n'est pas altérée, à moins de complications. Quelquefois, par suite de compression, on observe des douleurs névralgiques du crural ou du sciatique, de l'œdème des membres inférieurs, de la constipation.

Mais le déplacement du rein est la cause de désordres sérieux du côté du système nerveux. La plupart des malades sont excitables, emportés, nerveux, d'esprit bizarre; fréquemment chez les femmes on observe des manifestations nerveuses qui rappellent celles de l'hystérie, tandis que les hommes présentent l'ensemble symptomatique connu sous le nom d'hypochondrie.

Ce n'est que dans quelques cas que le déplacement du rein survient d'une façon brusque, à la suite d'un choc. Ordinairement il est lent et progressif : le rein commence par être douloureux au moment des époques menstruelles, puis il devient mobile et flottant, enfin il peut être immobilisé par suite d'une péritonite circonscrite. Le déplacement persiste presque toujours jusqu'à la mort, mais il paraît moins accusé chez la femme après la ménopause.

Les troubles que détermine le rein mobile ne compromettent pas en général les jours du malade. Mais le rein déplacé peut être atteint d'altérations diverses, et, d'autre part, on observe parfois des accidents que Dietl (1) a signalés sous le nom de *phénomènes d'étranglement*. C'est une augmentation de volume de l'organe; qui devient tellement douloureux que la moindre pression est insupportable. A ces douleurs s'ajoutent des frissons, de la fièvre, des nausées, même des vomissements, enfin des signes de collapsus. Cet épisode, pendant lequel les urines sont rares et

(1) Wiener med. Wochenschr., 1864.

épaisses, est habituellement terminé au bout de quelques jours par une émission abondante d'urine mêlée de mucus et de pus.

DIAGNOSTIC. — Le déplacement du rein peut passer inaperçu, surtout à son début. Pour éviter l'erreur, il faut, en cas de crises douloureuses du genre de celles que nous avons décrites, songer à la possibilité d'un rein mobile et porter de ce côté son attention. En faisant relâcher autant que possible les parois abdominales, et en appliquant une main derrière la région lombaire, tandis que l'autre main presse sur l'hypochondre et le flanc, on sentira presque toujours, entre les deux mains qui viennent à la rencontre l'une de l'autre, le rein déplacé ou du moins son extrémité inférieure.

Confondu au début avec la colique néphrétique, les névralgies lombaires, le lumbago, l'hystérie, l'hypochondrie, le déplacement du rein peut faire croire encore à un abcès ossifluent, à une tumeur du foie, de la rate, des capsules surrénales, des ganglions lymphatiques, des ovaires, etc.

Sans insister sur ce diagnostic différentiel qui nous entraînerait beaucoup trop loin, nous dirons seulement que les tumeurs du foie et de la vésicule biliaire sont fixes et ne se séparent pas du parenchyme hépatique, en même temps que leur forme est très différente de celle du rein flottant.

Les tumeurs de la rate susceptibles d'occasionner une erreur donnent lieu ordinairement à une matité qui occupe une grande partie de l'hypochondre gauche. Les tumeurs des capsules surrénales ne se déplacent pas. Celles des intestins s'accompagnent de troubles notables des fonctions digestives. Enfin les abcès par congestion sont fixes, profondément situés, fluctuants, accompagnés d'irradiations douloureuses au niveau de la colonne vertébrale ou sur le trajet des branches nerveuses qui traversent les trous de conjugaison.

Nous rappellerons, en terminant, que le rein mobile peut être ramené d'habitude à la place qu'il occupe à l'état physiologique, et, d'autre part, qu'il existe à la région lombaire une dépression appréciable. Lorsqu'il ne sera pas possible de constater nettement la forme de l'organe déplacé, ces signes auront une certaine importance.

TRAITEMENT. — Le traitement sera avant tout *palliatif* et consistera dans l'emploi d'un bandage approprié, dont le but sera de refouler le rein mobile en haut et en dehors. Mais il faut être prévenu des difficultés que présentera dans la pratique l'application de ce bandage, qui consiste en une ceinture élastique avec ou sans pelote. Les malades éviteront de plus les exercices violents, les fatigues, la station prolongée. Les accidents douloureux seront calmés par le repos au lit, les bains, les cataplasmes, les émissions sanguines locales, la morphine.

Quant au *traitement curatif*, Lancereaux propose de combattre au début les conditions pathogéniques ordinaires du rein mobile chez la femme, à savoir : l'altération de l'ovaire droit, l'ovarite et la chloro-ané-

mie qui l'accompagne; il recommande donc les révulsifs et même les antiphlogistiques sur la région de l'ovaire et un traitement reconstituant. Hare (1) a rapporté, sans l'expliquer, un cas de guérison de mobilité des reins à la suite de deux grossesses. Rollett (2) a conseillé de rompre les adhérences qui peuvent fixer le rein dans sa position anormale; mais ce traitement est le plus souvent impraticable et toujours dangereux.

Des tentatives plus radicales ont été faites. Keppler (3), considérant le rein mobile comme une source de dangers pour l'organisme, et même comme une menace de mort, regarde l'extirpation de l'organe comme parfaitement indiquée. Cette opération a été pratiquée quatre fois avec succès: 1 fois par Gilmore et 3 fois par B. Martin (de Berlin). Toutefois il ne nous semble pas, malgré ces résultats heureux, que les troubles provoqués par le déplacement du rein soient en rapport avec les dangers que fait courir une intervention chirurgicale de cette nature. Aussi la néphrectomie ne devrait-elle être proposée que lorsque les accidents causés par l'ectopie rénale compromettent l'existence.

ARTICLE IV

OPÉRATION QUI SE PRATIQUE SUR LE REIN

NÉPHROTOMIE ET NÉPHRECTOMIE

Pendant longtemps on a désigné sous le titre de *néphrotomie*, non seulement l'opération qui consiste à inciser le rein, mais encore l'extirpation complète de cet organe. Aujourd'hui on tend, dans le langage chirurgical, à réserver au mot *néphrotomie* son véritable sens (*incision du rein*), et à désigner l'extirpation de l'organe sous le nom de *néphrectomie*.

Nous traiterons donc successivement de ces opérations, qui sont parfaitement distinctes. On trouvera quelques détails sur ces questions dans les travaux suivants :

HÉVIN, *Recherches historiques et critiques sur la néphrotomie ou taille du rein* (Mém. de l'Acad. de chirurg., t. III, édit. 1819). — SMITH (T.), *Nephrotomy as a Means of treating renal calculus* (Med.-chirurg. Transactions, vol. LII, 1869). — GUSTAV SIMON, *Chirurgie der Nieren*. I. Theil. Erlangen, 1871. — MARDUEL, *Étude sur la néphrotomie* (Lyon médical, 1872). — NEPVEU, *De l'extirpation du rein* (Arch. gén. de méd., 1875, vol. I, p. 191). — SERVIER, article NÉPHROTOMIE (Dict. encyclop. des sc. méd., 2^e série, t. XII, p. 105). — MELCHIOR TORRÈS, *Des calculs du rein et de la néphrotomie*, thèse de Paris, 1878. — BOULAY, *De la néphrectomie*, thèse de Paris, 1880.

(1) *Med. Times and Gaz.*, t. XVI, p. 7, 85, 112.

(2) *Pathologie und Therapie der beweglichen Niere*. Erlangen, 1866.

(3) *Langenbeck's Archiv*, t. XXIII, p. 520.

1^o Néphrotomie ou incision du rein.

L'incision du rein dans son intégrité, faite dans le but d'extraire un calcul, ou *néphrotomie proprement dite*, semble n'avoir été pratiquée que dans ces dernières années. Cependant l'idée de cette opération n'est pas nouvelle, et l'on trouve, dans le mémoire de Hévin, le récit de plusieurs cas de prétendues néphrotomies, dont l'authenticité est fort douteuse; mais il n'en est pas moins vrai que l'attention était éveillée sur ce sujet.

Thomas Smith, en 1869, proposa formellement cette opération qu'il jugeait praticable sans grandes difficultés et sans dangers sérieux, pour extraire les calculs rénaux. Ses idées ne tardèrent pas à être mises en pratique par Durham, Moses Gunn, Bryant, Miquel (d'Amboise) et Callender. Les deux premiers se contentèrent d'arriver jusqu'au rein, mais s'abstinrent de l'inciser parce que l'exploration directe ne leur démontra la présence d'aucun calcul; fait remarquable, les deux malades se trouvèrent soulagés par cette opération incomplète. Bryant, ayant diagnostiqué un foyer purulent du rein avec calcul, ouvrit l'organe, donna issue à un flot de pus, mais ne découvrit pas de pierre dans son intérieur; le malade mourut de péritonite, et l'on constata que l'incision, qui avait porté sur la paroi du bassinnet, était à peu près cicatrisée. Miquel et Callender furent les seuls qui tombèrent effectivement sur des calculs et qui purent les extraire en totalité ou en partie; mais leurs opérés succombèrent.

Ce sont là les seuls exemples de néphrotomie proprement dite que nous connaissons. Mais si l'on fait entrer en ligne de compte les opérations, dans lesquelles une incision a été portée sur un foyer purulent occupant le rein, ou dans lesquelles un trajet fistuleux a été agrandi pour permettre l'extraction d'un ou de plusieurs calculs, les cas de ce genre ne sont pas très-rares. Il s'agit là, en effet, d'opérations que le chirurgien peut être conduit tout naturellement à pratiquer et qui semblent indiquées par la nature même des lésions.

Ainsi, supposons que, chez un sujet présentant les signes rationnels d'un calcul néphrétique, il apparaisse dans la région du rein un abcès se manifestant par une saillie avec fluctuation évidente. Dans ce cas, le rein peut se trouver transformé en une vaste poche pleine de pus et susceptible de s'ouvrir à l'intérieur de l'abdomen. Or, pour prévenir cette rupture et écarter les dangers de mort qu'elle entraînerait, il est indiqué de porter sur la collection purulente une incision profonde. Si alors des calculs sont rencontrés dans la poche, on en fera l'extraction. De même dans les cas où un ulcère fistuleux permettra d'arriver avec la sonde sur un calcul mobile dans le bassinnet, on ira à sa recherche en faisant les incisions nécessaires.