

kyste étant alors largement incisé, une sonde fut introduite et poussée jusque dans la région lombaire, pour servir de guide à une seconde incision pratiquée à ce niveau. Les deux ouvertures furent drainées, le contenu évacué et l'on appliqua un pansement antiseptique. Au bout d'une année il restait encore dans la région lombaire une petite fistule ne suppurant presque plus.

Dans la plupart des cas, on observe à la suite de l'opération des fistules persistantes lorsque le tissu rénal n'a pas complètement disparu, et nous devons pour le moment nous contenter le plus souvent d'un pareil résultat, car l'extirpation du sac ne saurait être conseillée à cause des difficultés déjà signalées plus haut, et, d'autre part, les tentatives qui ont été faites pour rendre l'uretère perméable au moyen d'une sonde introduite par le bassinnet ou la vessie (chez la femme), n'ont pas donné jusqu'ici les résultats désirés.

Un traitement analogue peut être appliqué aux **kystes à échinocoques du rein**. La ponction exploratrice doit toujours dans ces cas venir en aide au diagnostic; ce dernier ne peut être posé d'une façon certaine, en dehors de la ponction, que lorsqu'on constate l'issue d'hydatides par l'uretère. L'extirpation des kystes à échinocoques a déjà été tentée et menée à bonne fin dans un cas où, par suite d'une erreur de diagnostic, on avait cru avoir affaire à un kyste de l'ovaire (SPIEGELBERG). On peut, du reste, soupçonner une tumeur à échinocoques lorsqu'un kyste du rein s'est développé sans donner lieu à aucun symptôme relatif soit à la sécrétion urinaire, soit à l'état général du malade.

§ 52. — Les reins peuvent être le siège d'un certain nombre de troubles pathologiques qui, surtout dans ces derniers temps, grâce aux améliorations apportées à la technique de la laparotomie, ont mis à contribution l'activité des chirurgiens. Aussi pensons-nous devoir leur accorder ici quelques lignes.

Le cas le plus fréquent est celui où un malade vient nous consulter pour une inflammation catarrhale des voies urinaires qui, après examen, se trouve être une pyélite. Cette dernière se présente le plus souvent sous des formes chroniques, dont les plus communes reconnaissent pour cause une tuberculose des voies urinaires; parmi ces dernières formes, les plus fréquentes sont celles qui ont pour point de départ une tuberculose du rein. Il existe, il est vrai, des tuberculoses rénales à marche relativement aiguë; telles sont particulièrement celles qui s'accompagnent d'une tuberculose grave antérieure d'autres organes; mais la tuberculose rénale affecte tout aussi souvent une marche extrêmement lente; il peut se passer nombre d'années avant qu'elle se manifeste par des symptômes graves, et après que ces derniers ont fait leur apparition, le malade peut vivre encore des années. C'est que, assez fréquemment, un seul rein est malade ou du moins gravement affecté, et que la tuberculose se propage souvent avec une lenteur extraordinaire. En règle générale, les

premiers symptômes graves ne se montrent que lorsque la tuberculose a envahi le bassinnet ou qu'un foyer caséeux s'est ouvert dans ce dernier. Très souvent le malade ne s'est plaint jusque là que de légères douleurs dans la région du dos et des reins; quelquefois aussi le rein modérément tuméfié se déplace et vient former au-dessous du rebord des côtes une tumeur appréciable à la palpation. Lorsqu'un foyer caséeux s'ouvre dans le bassinnet, il n'est pas rare que le malade soit pris de douleurs analogues aux coliques, et qui cessent après l'écoulement de faibles quantités de sang par l'uretère. Souvent on voit survenir alors des phénomènes d'irritation de la vessie, c'est-à-dire des douleurs dans l'uretère et le gland et des accès très fréquents de ténésme vésical. Bientôt également apparaissent les premiers symptômes de catarrhe. A cette période il est le plus souvent difficile de décider si l'on a affaire ou non à des coliques néphrétiques. Le diagnostic est d'autant plus difficile que des concrétions calcaires se forment assez souvent dans le bassinnet enflammé et tuberculeux, et sont évacuées avec l'urine. Il est vrai que le doute ne subsiste pas longtemps, car il est exceptionnel d'observer une interruption ou une amélioration des symptômes, lesquels, au contraire, tendent à s'aggraver continuellement; mais souvent ce n'est qu'après des années de persistance de ces symptômes qu'une tuberculose généralisée ou une fonte putride du rein malade — due probablement à la soudure et à la communication de cette glande avec l'intestin — viennent mettre un terme à l'existence. Assez souvent aussi ces phénomènes se compliquent du développement d'un abcès périnéphritique.

Dans d'autres cas, la pyélite chronique est due à la propagation d'une inflammation catarrhale de la vessie. Cette forme également peut être tuberculeuse, mais plus souvent encore elle est en relation avec la blennorrhagie et ses conséquences. Il se produit un catarrhe de la vessie, ainsi qu'un rétrécissement de l'uretère; l'urine en stagnation dans la vessie détermine une dilatation et un catarrhe des voies urinaires au-dessus de l'obstacle. Le même fait s'observe lorsqu'une sonde infectée a provoqué un catarrhe vésical dans les cas d'hypertrophie de la prostate avec dilatation consécutive de la vessie et des voies urinaires supérieures. Par contre, la lithiase rénale, la formation de concrétions uratiques dans le bassinnet, ne donne lieu à la pyélite que dans des cas exceptionnels, soit que l'on ait été obligé de pratiquer le cathétérisme, soit qu'un catarrhe de la vessie ait succédé à la lithotritie. En général, les accès de coliques néphrétiques sont faciles à reconnaître aux douleurs rénales violentes et unilatérales, à l'écoulement assez fréquent de sang avec l'urine, à la sortie par l'uretère des calculs arrivés dans la vessie, enfin à la disparition complète de tous les symptômes et à l'absence de tout catarrhe des voies urinaires après la sortie des calculs.

§ 53. — Abstraction faite des tumeurs que nous venons d'étudier, le rein peut par ses déplacements donner lieu à certaines difficultés de diagnostic.

Rappelons d'abord que l'on a observé des déplacements locaux d'un seul ou des deux reins. Contrairement au rein mobile sur lequel nous aurons à revenir plus loin, les reins déplacés localement dont il est ici question, forment des tumeurs **fixes**. Le changement de position peut intéresser les deux glandes rénales, et dans ce cas il s'accompagne le plus souvent d'un vice de conformation de ces organes (réunion en forme de fer à cheval, rein aplati, transformation des deux reins en une masse informe, bosselée), ou d'anomalies de l'uretère et des vaisseaux (les artères naissent alors le plus souvent, soit de l'aorte à un niveau plus bas qu'à l'état normal, soit des artères iliaques). Le rein unique se trouve situé au-devant de la colonne vertébrale, et peut descendre jusqu'au niveau du promontoire et même dans le bassin; il est fixé dans sa nouvelle position par de courts tractus de tissu conjonctif. Dans d'autres cas le déplacement n'intéresse qu'un seul rein, et ce dernier est alors plus ou moins aplati avec son hile tourné en avant; il est situé tantôt plus ou moins latéralement, tantôt sur la ligne médiane; on l'a rencontré au-devant de la quatrième vertèbre lombaire et même dans le petit bassin. Ici encore on observe des anomalies vasculaires analogues à celles que nous venons de signaler. Le plus souvent c'est le rein gauche qui est déplacé, et il est également fixé dans sa position par du tissu conjonctif à fibres courtes.

Tandis que les anomalies que nous venons de passer en revue ont surtout de la valeur au point de vue du diagnostic, les **déplacements acquis du rein sans fixation de l'organe (rein mobile, rein flottant)** sont, par contre, d'une haute importance en pathologie. On les observe principalement chez les femmes des classes ouvrières et du côté droit, rarement des deux côtés. Parmi les causes capables de contribuer à la production de ces formes d'ectopie rénale, nous signalerons le déplacement du péritoine par le corset, plus marqué à droite, grâce à la pression exercée par le foie dans ces conditions, puis les déplacements qui se produisent dans la cavité abdominale pendant la grossesse, l'allongement de l'enveloppe péritonéale du rein, et peut-être aussi la disparition du tissu adipeux de la région. Quelquefois aussi le rein est refoulé en bas par une tumeur développée entre le bord supérieur de cet organe et le diaphragme ou le foie, ainsi que je l'ai observé dans un cas. D'après NEWMAN, sur 30 reins mobiles, 19 siégeaient à droite; la fréquence plus grande de cette affection du côté droit reconnaît comme cause la fixation plus solide du rein gauche, due en partie au mésentère et à sa situation du côté gauche, en partie à la brièveté de l'artère rénale et à la fixation des vaisseaux rénaux au pancréas (LANDAU). Depuis que RAYER esquissa le premier le tableau symptomatique du rein flottant, le cercle de nos connaissances relatives à ce sujet s'est considérablement agrandi. Dans leur déplacement, les reins se coiffent du péritoine, qu'ils attirent avec eux et dont ils se forment une sorte de mésentère. L'artère et la veine rénales s'allongent naturellement d'une quantité proportionnelle au degré de déplacement. Habituellement l'ectopie rénale n'entraîne pas de troubles fonctionnels; dans quelques rares cas seulement elle provoque une

pyélite ou des dégénérescences kystiques de l'organe (MOSLER), phénomènes qui doivent être mis sur le compte d'une stase urinaire due à la compression de l'uretère ou à une inflexion de ce conduit. Quelquefois aussi le rein déplacé comprime d'autres organes, dont il trouble mécaniquement les fonctions, par exemple le colon ascendant (ROLLET), ou les vaisseaux tels que la veine cave inférieure; dans ce dernier cas on observe un œdème des extrémités inférieures (RAYER). Enfin le rein peut contracter des adhérences avec un point quelconque de la paroi abdominale à la suite de processus inflammatoires développés à la périphérie de l'organe.

Tandis que, dans un certain nombre de cas, le rein mobile gêne peu l'individu qui en est affecté, par contre, d'autres fois, la santé en subit une atteinte grave. Ainsi, parfois, le malade se plaint d'une constipation très opiniâtre et de troubles graves de la digestion. En outre on voit survenir des symptômes nerveux de même genre que ceux que l'on observe dans les maladies de l'utérus, et consistant en douleurs dans la région du dos, en douleurs et sensations anormales dans les extrémités inférieures, ainsi qu'en une certaine difficulté des mouvements. Par suite des troubles fonctionnels, le malade s'affaiblit au plus haut point, il maigrit et devient incapable de tout travail. KEPPLER (Langenb. Arch. vol. 23, p. 520), a attiré dernièrement l'attention sur ces désordres graves et prouvé qu'ils sont vraiment la conséquence de l'ectopie rénale, le malade guérissant rapidement à la suite de l'extirpation de l'organe déplacé.

Dans un certain nombre de cas on a observé des symptômes péritonéaux. Même dans ces formes graves la sécrétion rénale reste le plus souvent normale.

Les **symptômes** essentiels du rein mobile consistent dans la présence d'une tumeur qui, au début, surtout après une station debout prolongée, apparaît sous le rebord des côtes. On reconnaît surtout bien cette tumeur en refoulant d'arrière en avant la région rénale, de façon à augmenter encore un peu le déplacement; pendant ce temps, on palpe de l'autre main la tumeur ordinairement recouverte par l'intestin. Presque toujours, grâce à la forme de la tumeur, à la présence du hile, etc., on parvient à reconnaître que l'on a affaire à la glande rénale; celle-ci paraît agrandie grâce à l'épaisseur des parois abdominales à travers lesquelles s'exerce la palpation. Le plus souvent, le rein déplacé est recouvert d'anses intestinales, mais lorsque le pédicule est très long, l'organe en question peut venir se placer directement sous les parois abdominales sans interposition d'intestins. Quelquefois la glande rénale descend jusque dans la cavité pelvienne, d'où l'on peut la refouler de bas en haut. L'affaissement de la région lombaire a été aussi considéré comme un signe de diagnostic, mais, comme KEPPLER le fait remarquer avec raison, il est, sans doute, simplement la conséquence de l'amaigrissement du malade.