

généralement grave; la *pyélonéphrite calculeuse*, la *puerpéralité*, sont les deux conditions pathogéniques les plus redoutables. Cependant Naudet a cité un bel exemple de guérison d'un abcès circumrénal développé chez une femme en couches.

Les rapports des diverses migrations du foyer avec le pronostic de la périnéphrite ont été précédemment indiqués; y revenir serait inutile.

TRAITEMENT.

L'indication thérapeutique primordiale, en face d'une périnéphrite à son début, sera de favoriser la résolution de la phlegmasie par tous les moyens appropriés : émissions sanguines locales, grands bains, cataplasmes émollients, pommades résolutives, onctions mercurielles et belladonnées sur la région douloureuse, vésicatoires volants appliqués coup sur coup. — A ces divers agents seront utilement associées les injections hypodermiques de morphine pour calmer les souffrances auxquelles les malades sont le plus souvent en proie. Mais presque toujours cette thérapeutique rationnelle restera sans effet sur l'évolution du travail phlegmasique, et l'on ne tardera pas à voir apparaître les premiers signes de la suppuration, révélée par l'œdème sous-cutané, par la fluctuation perçue à la région lombaire, et par le redoublement de la fièvre avec frissons multiples et répétés. En pareil cas, on doit procéder sans retard à l'ouverture de l'abcès, alors même que la fluctuation ne serait pas encore très manifeste.

Trois méthodes chirurgicales ont été mises en œuvre : l'incision avec le bistouri, la cautérisation, la ponction simple ou capillaire avec ou sans aspirateur. La première méthode est la meilleure; on lui a reproché d'exposer aux hémorrhagies, mais ce danger illusoire est amplement compensé par un avantage réel, celui de donner au pus une issue large et facile, de permettre une exploration complète des parties profondes, et des lavages quotidiens du foyer purulent, enfin de faciliter l'élimination des corps étrangers (calculs, graviers, etc.). Les caustiques ont une action plus lente et peuvent compromettre les résultats de l'intervention chirurgicale en en retardant les effets; aussi sont-ils aujourd'hui presque universellement abandonnés.

La ponction avec un gros trocart courbe combinée avec le drainage chirurgical, suivant l'ingénieuse méthode de Chassaignac, a le double avantage de donner au pus un écoulement facile et prompt, tout en permettant de pratiquer ultérieurement des injections détersives dans le foyer. C'est ce procédé que je préfère, sauf dans les cas où la périnéphrite est d'origine calculeuse; l'incision me semble alors plus utile, car elle permet d'apprécier l'état de l'organe, et d'extraire les corps étrangers qui

causent et entretiennent la suppuration dans le tissu cellulaire périnéphrique; même alors pourtant, le drainage peut rendre de véritables services. Quant à la ponction aspiratrice, elle ne peut être mise en pratique, dans l'espèce, qu'à titre de moyen d'exploration préalable, destiné à servir de guide et d'auxiliaire au véritable traitement chirurgical. — Les effets de ce dernier doivent être secondés par une alimentation et une médication toniques, qui en soutenant les forces du malade, favorisent indirectement la cicatrisation du foyer.

CHAPITRE XII.

ECTOPIE RÉNALE (1).

Le rein déplacé peut être fixé dans la situation anormale qu'il a prise, ou bien il peut conserver une mobilité plus ou moins grande; de là deux

(1) MESUE, *Opera omnia*. Venetiis, 1561. — RIOLAN, *Man. anat. et path.* Lyon, 1682. — PORTAL, *Cours d'anat. méd.*, t. V. — GIRARD, *Journal hebdom.*, 1836. — CRUVEILHIER, *Anat. descript.*, t. II. — HEUSINGER, *Die Krankheiten der Harnorgane* von Robert Willis; deutsch von Heusinger. Eisenach, 1841.

RAYER, *Maladies des reins*. Paris, 1839-1841. — HENOCH, *Klinik der Unterleibs-krankheiten*, III. — BRAUN, *Deutsche Klinik*, 1853. — BROCHIN, *Gaz. hôp.*, 1854. — OPPOLZER, *Wiener med. Wochen.*, 1856. — PRIESTLEY, *Med. Times and Gaz.*, 1857. — HARE, *Med. Times and Gaz.*, 1858. — FRITZ, *Arch. gén. de méd.*, 1859. — DIETL, *Wandernde Nieren und deren Einklemmung* (*Wiener med. Wochen.*, 1864). — GILEWSKI, *Ueber die Einklemmung beweglicher Nieren* (*Oester. Zeits. f. Heilkunde*, 1865). — BECQUET, *Essai sur la pathogénie des reins flottants* (*Arch. gén. de méd.*, 1865). — MOSLER, *Ueber sogenannte Einklemmung beweglicher Nieren* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1866).

E. ROLLETT, *Pathologie und Therapie der beweglichen Niere*. Erlangen, 1866. — DRYSDALE, *Case of movable kidney* (*The Lancet*, 1866). — EHRLE, *Hæmaturie bei beweglicher Niere* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1866). — SCHULTZE, *Ein Beitrag zur Casuistik der beweglichen Niere*. Berlin, 1867. — PIEPER, *Ueber Cystenbildung und Hydronephrose beweglicher Nieren*. Berlin, 1867. — STEIGER, *Fall von beweglicher Niere* (*Würzb. med. Zeits.*, 1867). — GUENEAU DE MUSSY, *Sur les reins flottants* (*Union méd.*, 1867). — WILTSHIRE, *Case of double moveable Kidneys* (*Transact. of path. Soc.*, 1868). — SCHIFF, *Obs. d'un cas de mobilité des deux reins* (*Presse méd. belge*, 1869). — HESLOP, *Case of moveable Kidneys* (*Brit med. Journ.*, 1869). — FLEMING, *Two cases of moveable Kidney* (*Eodem loco*, 1869). — GONTIER, *Sur un déplacement irréductible et douloureux du rein droit* (*Union méd.*, 1869). — THUN, *Ueber bewegliche Niere*. Berlin, 1869. — MAC EVENS, *Case of floating kidney* (*Glasgow med. Journ.*, 1870).

ROSENSTEIN, *Die Path. und Therapie der Nierenkrankheiten*. Berlin, 1870. —

sortes de dislocations : l'ECTOPIE FIXE (*dystopie*) et l'ECTOPIE MOBILE (*rein flottant*). La première, souvent congénitale, n'a pas à beaucoup près l'importance clinique de la seconde; ou elle ne donne lieu à aucun symptôme et ne constitue rien de plus qu'une anomalie anatomique, congénitale ou acquise; ou bien elle produit quelques phénomènes qui n'ont rien de spécial, et que l'on retrouve dans la symptomatologie du rein mobile. Cette dernière forme d'ectopie est seule l'objet de ce chapitre.

GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Le REIN DROIT est beaucoup plus souvent déplacé que le gauche. Dans un relevé de 91 cas de mobilité rénale, Ebstein compte 65 observations relatives au rein droit et 14 pour le gauche; dans les 12 autres les deux reins étaient déplacés. Cette prédominance tient sans doute à la situation plus profonde du rein droit et à la plus grande longueur de son artère. On a aussi invoqué, pour expliquer cette fréquence relative, une disposition anatomique rencontrée par Girard et Simpson, dans laquelle le rein

CHROBAK, *Ueber den Zusammenhang zwischen Hysterie und Beweglichkeit der Nieren* (Med. chir. Rundschau, 1870). — TZSCHASCHEL, *Dissertation inaugurale*. Berlin, 1872. — KLÜPPEL, *Ueber einige Fälle von beweglicher Niere* (Würtemb. med. Corresp. Bl., 1874). — PEEBLES, *Case of dislocation of the Kidney; renal abscess; recovery* (Med. Press and Circular, 1874). — LANCEREAUX, EBSTEIN, *loc. cit.*, 1875. — LECORCHÉ, *Traité des maladies des reins*. Paris, 1875.

GROUT, *De l'ectopie rénale*. Thèse de Paris, 1874. — DEFONTAINE, *Essai sur la pathologie des reins mobiles*. Thèse de Paris, 1874. — FOURRIER, *Réflexions sur plusieurs cas de reins flottants* (Bullet. de thérap., 1875). — CABANELLAS, *Sur un cas de rein flottant* (Eodem loco). — KOVATSCHEK, *Ueber bewegliche Nieren* (Memorabilia, 1876). — EGER, *Ueber eine eigenthümliche Verbindung von Wanderniere mit Hydronéphrose* (Berlin. klin. Wochen., 1876). — WICKHAM LEGG, *Displaced right Kidney* (Trans. of the path. Soc., 1876). — LE RAY, *Des reins mobiles*. Thèse de Paris, 1876. — HERTZKA, *Ueber dislocirte Nieren* (Wien. med. Presse, 1876). — LEGG and ORMEROD, *Three cases of displaced Kidneys* (Bartholom. Hosp. Report, 1876).

MÜLLER-WARNECK, *Ueber die widernatürliche Beweglichkeit der rechten Niere und deren Zusammenhang mit der Magenerweiterung* (Berlin. klin. Wochen., 1877). — UMÉ, *Ectopie mobile du rein droit* (Arch. méd. belges, 1877). — FRASER, *On movable Kidney* (Glasgow med. Journ., 1878). — BEAVER, *A case of movable Kidney* (Philad. med. and. surg. Report., 1878). — STILLER, *Bemerkungen über Wanderniere* (Wien. med. Wochen., 1879). — SCHENKER, *Ein Beitrag zur Beweglichkeit der Nieren* (Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte, 1879). — HUNTER, *Brief notes of a case of double floating Kidney* (Edinb. med. Journ., 1879). — PITOIS, *Essai sur l'ectopie rénale*. Thèse de Paris, 1879. — ORUM, *Den bevægelige Nyre* (Gynæk. og obstetr. Meddelelser, 1879). — HIRSCHSPRUNG, *Bevoegelig Nyre hos Barn* (Hospitals Tidende, 1879). — LANCEREAUX, *Les déplacements du rein* (Union méd. 1880).

possède une sorte de mésentère analogue à celui du côlon descendant; mais cette disposition est trop exceptionnelle pour rendre compte de tous les cas.

Le SEXE féminin semble plus particulièrement prédisposé à cette affection. La proportion comparative des deux sexes serait de 100 contre 1 d'après Diel, de 100 contre 18 d'après un relevé de Rosenstein qui porte sur 59 cas. Plus récemment Ebstein a rassemblé 96 observations, réparties ainsi qu'il suit, au point de vue du sexe : 82 chez la femme et 14 chez l'homme; proportion à peu près analogue à la précédente (100 : 17, 5).

Quant à l'ÂGE, c'est généralement de trente à soixante-cinq ans que l'ectopie rénale paraît le plus commune; mais elle a été également observée dans l'enfance. — Steiner l'a rencontrée 3 fois à cette période, 2 fois chez des petites filles de six à dix ans, et 1 fois chez un garçon de neuf ans.

Les conditions pathogéniques de la mobilité rénale ne sont pas encore bien établies; j'ai déjà signalé pour l'exclure la cause anatomique invoquée par Girard et Simpson; d'autre part, on a fait intervenir le *relâchement des parois abdominales* produit par des grossesses répétées ou par toute autre cause, la *pression du corset* (Cruveilhier), la *diminution du tissu graisseux périrénal* consécutive à un amaigrissement rapide chez les individus doués auparavant d'un embonpoint plus ou moins considérable (Adams, Oppolzer). — Parfois l'ectopie est survenue à la suite d'*efforts* pour porter de lourds fardeaux (Becquet), de quintes violentes et répétées de toux (Defontaine, Rosenstein), après des efforts de défécation, des marches forcées. — Dans quelques cas, elle semble résulter d'une *contusion* de la région lombaire (Richter, Ferber, Henoch); plus rarement, elle est sous la dépendance de certains états pathologiques, tels que l'*hypertrophie de la rate* ou du *foie* (Mesue), le *déplacement de l'utérus* ou de l'*intestin* (Rayer), ou l'augmentation de volume du rein, notamment l'*hydronéphrose* (Braun), le *cancer* (Rollett). — L'influence attribuée par Becquet à la congestion rénale sur la production des reins flottants est fort douteuse.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC.

L'un des premiers symptômes, et quelquefois même le seul qui éveille l'attention du malade est une DOULEUR siégeant dans l'un des flancs ou des hypochondres, ou bien une sensation de pesanteur et de tiraillement dans l'une des régions lombaires, le plus souvent du côté droit. — Tantôt ce n'est qu'un simple malaise, tantôt, au contraire, ce sont des élancements plus ou moins aigus. Ces sensations anormales, presque toujours permanentes, sont entrecoupées de paroxysmes douloureux, parfois d'une

violence extrême, exaspérations le plus souvent provoquées par un exercice violent, une marche forcée, l'équitation, les efforts de défécation, les quintes de toux. D'autres fois les accès douloureux coïncident avec l'époque cataméniale, et semblent liés à la congestion rénale concomitante (Roberts, Rollett, Becquet). Quelle que soit la cause des souffrances et l'interprétation pathogénique que l'on en puisse donner, elles offrent ce caractère presque constant de diminuer, ou de disparaître même complètement, sous l'influence du décubitus dorsal et partant du repos au lit.

A ces premiers phénomènes s'ajoutent des signes plus positifs, fournis par l'examen physique. On constate en effet, dans les parties latérales de l'abdomen, sous le bord libre des côtes, le plus souvent à droite, quelquefois des deux côtés, exceptionnellement dans la région ombilicale, la présence d'une TUMEUR de forme allongée, ovoïde, sans inégalités ni bosselures à sa surface, de consistance ferme et élastique, très douloureuse à la pression, qui provoque parfois une sensation caractéristique de tiraillement, ou bien des lipothymies et quelquefois même des syncopes, surtout aux époques menstruelles. Si les parois abdominales sont relâchées, on peut saisir la tumeur et en circonscrire nettement les contours; il est alors facile de reconnaître sa forme ovale et son bord convexe, ses deux extrémités arrondies, ses faces planes et son bord interne concave, de constater, en un mot, qu'elle est constituée par le rein lui-même. Mais ces caractères ne sont pas toujours aussi nettement tranchés; parfois la tuméfaction est à peine appréciable, et la douleur violente et circonscrite déterminée par les tentatives d'exploration abdominale fait seule soupçonner son existence; dans d'autres cas, elle n'est perçue que dans la station debout et semble disparaître dès que le malade prend la position horizontale. C'est qu'en effet la *mobilité* est un des caractères les plus habituels de cette tumeur; mobilité quelquefois si grande que l'on peut la déplacer en divers sens et dans une assez vaste étendue. D'autre fois le rein déplacé semble fuir sous les doigts qui le pressent et se dérober à l'examen; souvent aussi la tumeur se déplace d'elle-même sous l'influence de certains mouvements, et reparait à l'occasion de certains autres (inspiration profonde, décubitus latéral du côté sain), si bien qu'il peut se faire que le médecin, après avoir constaté son existence la veille, ne la retrouve plus le lendemain. Dans le cas de Drysdale, qui concerne une femme de vingt-trois ans, le rein occupait habituellement le voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, et il pouvait être reporté de là jusqu'aux fausses côtes gauches derrière lesquelles il disparaissait.

La percussion pratiquée au niveau de la tumeur, lorsqu'elle est accessible, donne un son sourd, distinct du son tympanique aigu de l'intestin.

Lorsque le rein déplacé échappe à l'exploration des parties antérieures de l'abdomen, l'examen comparatif des deux régions lombaires peut donner de précieuses indications, en faisant constater une dépression

plus ou moins profonde à la place de la saillie normale. Cet aplatissement unilatéral de la région lombaire, que l'on rend encore plus manifeste en faisant agenouiller le malade, n'existe pas toujours; ce symptôme faisait défaut dans le cas de Güterbok rapporté par Rosenstein.

Un signe négatif important est tiré de l'INTÉGRITÉ DE L'URINE; elle n'est altérée que si le rein déplacé est malade (ainsi il y eut de l'hématurie dans le cas de Ehrle par suite de calculs), ou s'il existe une lésion du rein opposé (comme dans le fait de Steiger). — L'émission de l'urine n'offre d'ordinaire aucun trouble, cependant Henoeh a observé une fois du ténésme et de la dysurie.

L'ectopie rénale peut donner lieu à un certain nombre de phénomènes inconstants et variables, suivant le siège et les rapports de l'organe déplacé. On a quelquefois observé des douleurs à forme névralgique et des irradiations le long du nerf crural et du sciatique, dues sans doute à la compression des filets d'origine de ces troncs nerveux; dans certains cas, on a vu survenir un *œdème des membres inférieurs* par compression de la veine cave; l'oblitération de ce vaisseau a même été notée dans le fait de Girard. La pression du côlon ascendant détermine habituellement une *constipation* opiniâtre, et peut même gêner le cours des matières fécales au point de provoquer tous les signes d'un étranglement interne (Rollett, Oppolzer). — La pression que le rein déplacé exerce sur l'utérus serait, suivant Vogel, la cause des troubles menstruels si fréquents en pareils cas, et pourrait même entraîner la stérilité; le fait en tout cas n'est pas constant.

La plupart des malades qui ont des reins flottants sont excitables, emportés, nerveux, d'esprit bizarre; fréquemment les hommes présentent l'ensemble symptomatique connu sous le nom d'hypochondrie, tandis que les femmes offrent plutôt des manifestations qui rappellent celles de l'hystérie (Lancereaux). Ces désordres nerveux protéiformes ont été attribués par Chroback à une irritation du plexus ovarique, anastomosé, comme on sait, avec le plexus rénal, dont le tiraillement résulte presque forcément du déplacement du rein.

D'après Bartels, le rein droit déplacé en avant et en dedans peut comprimer la portion descendante du duodénum, et amener par suite une *dilatation permanente de l'estomac*. Les observations de Müller-Warneck confirment ce fait intéressant.

Enfin Dietl a signalé le premier, sous la dénomination de PHÉNOMÈNES D'ÉTRANGLEMENT, un groupe de symptômes caractérisé par une augmentation de volume de l'organe déplacé, qui devient tellement douloureux que la moindre pression est insupportable, le plus léger contact arrache des cris aux malades. A ces douleurs s'ajoutent des frissons, de la fièvre, des nausées, souvent même des vomissements, des signes de collapsus en même temps que les urines sont rares, épaisses et sédimenteuses. Cet

épisode morbide est habituellement terminé au bout de quelques jours par une abondante émission d'urines mêlées de mucus et de pus. Gilewski explique les accidents par la rotation du rein déplacé sur son axe, et la compression de l'uretère amenant une hydronéphrose aiguë; mais cette hypothèse pathogénique n'est pas applicable à tous les cas (Mosler, Rosenstein). Quoi qu'il en soit, on doit toujours redouter alors le développement d'une péritonite plus ou moins circonscrite, qui peut immobiliser définitivement le rein dans sa position vicieuse.

Quant aux ALTÉRATIONS du rein déplacé, elles peuvent être très nombreuses; les plus fréquemment observées sont l'*hydronéphrose*, la *lithiase rénale*, la NÉPHRITE DIFFUSE (et ses suites), le cancer (Rollett), la suppuration, comme dans le cas de Nélaton que j'ai rapporté à propos du phlegmon iliaque, et dans le fait plus récent observé par Peebles.

Le diagnostic de l'ectopie rénale repose sur l'ensemble des caractères de la tumeur (siège, forme, consistance, mobilité, réductibilité, douleur à la pression et irradiations névralgiques) et sur la coexistence presque constante d'une dépression de la région lombaire du côté correspondant. Mais, en dépit de ces précieux éléments d'appréciation, l'affection est souvent méconnue, ou confondue au début avec les coliques néphrétiques, le lumbago, la névralgie crurale, sciatique ou iléo-lombaire, et plus tard avec les tumeurs de diverse nature.

Le rein déplacé est souvent pris pour une CHOLÉCYSTITE ou pour une tumeur formée par la vésicule biliaire. — Mais cette dernière est sphérique au lieu d'être oblongue et réniforme, elle est moins mobile et l'on ne peut en la repoussant lui faire prendre la place qu'occupe le rein à l'état physiologique; enfin il n'existe pas, dans ce cas, de dépression appréciable à la région lombaire, et de plus la coloration ictérique des téguments ne tarde pas à venir lever tous les doutes. — Une RATE MOBILE peut quelquefois simuler un rein flottant, mais la matité fournie par la percussion dans le premier cas diffère du son tympanique dû à la présence d'une anse intestinale, située toujours (sauf dans le cas de Braun) au-devant du rein déplacé.

L'ectopie rénale pourrait encore être confondue avec les tumeurs stercorales, la pérityphlite, la péritonite localisée, les ganglions mésentériques tuméfiés et dégénérés, les tumeurs des capsules surrénales, les corps fibreux pédiculés de l'utérus, les kystes de l'ovaire, etc. Mais il suffit de mentionner ces différentes causes d'erreur pour que la méprise soit évitée. Dans certains cas cependant le diagnostic est presque impossible en l'absence des signes anamnestiques. Ebstein rapporte un cas où la confusion fut commise pendant toute la vie du malade: il s'agissait d'un kyste hydatique du mésentère qui ne fut reconnu qu'à l'autopsie. Quant au diagnostic des phénomènes d'étranglement et des altérations conco-

mitantes du rein déplacé, il ne pourra être établi que par l'examen approfondi et répété des urines.

PRONOSTIC.

Si l'ectopie rénale n'offre pas par elle-même de dangers sérieux et ne compromet pas en général les jours du malade, elle n'implique pas moins un pronostic fâcheux, par sa longue durée et par les accidents qu'elle détermine. Le déplacement peut disparaître, soit sous l'influence d'un traitement judicieux et longtemps continué, soit spontanément à l'époque de la ménopause (Roberts), ou à la suite d'une grossesse comme dans le cas de Hare. Mais il ne faut pas oublier cependant que le déplacement rénal peut être l'occasion et le point de départ d'accidents graves (*pyélite*, *péritonite*), même mortels (*néphrite*, *urémie*), et que suivant Rayet et Klebs, il favorise la production des hernies.

TRAITEMENT.

Le traitement doit être avant tout palliatif et consister dans l'emploi de moyens contentifs appropriés (ceinture élastique avec ou sans pelote) destinés à maintenir le rein dans sa position normale une fois qu'il a été réduit.

Les accidents douloureux seront combattus par les émissions sanguines locales, les cataplasmes laudanisés, les fomentations émollientes et mieux encore par des injections hypodermiques de morphine, par les bains et le repos au lit. La régularité des fonctions digestives devra être surveillée avec attention, et favorisée par l'usage de laxatifs doux.

Quant au traitement chirurgical et curatif proposé par Rollett et consistant dans la rupture des adhérences qui fixent le rein dans sa position anormale, il est le plus souvent impraticable et toujours dangereux.