

X. — SYPHILIS RÉNALE

Les accidents rénaux observés au cours de la syphilis se groupent sous trois chefs : *néphrites syphilitiques secondaires et précoces*; *syphilis rénale tertiaire* ou tardive; *hérédosyphilis rénale*. A la période secondaire, la néphrite est diffuse, aiguë ou subaiguë, symétrique; à la période tertiaire, les lésions sont circonscrites, irrégulières, souvent unilatérales.

A. *Néphrite syphilitique secondaire*. — Elle éclate du 2^e au 6^e mois de l'infection, assez souvent à l'occasion d'un refroidissement. Le début est insidieux; l'albuminurie est fréquemment découverte par hasard; la marche est souvent aiguë ou suraiguë, mais apyrétique. On constate : des douleurs lombaires, de la céphalée, des nausées, des vomissements, quelquefois de la diarrhée; de l'œdème des membres inférieurs et de la face, rarement généralisé. Les urines rares, très denses (1050-1040), brunâtres ou sanglantes, contiennent parfois des flots d'albumine (110 grammes dans un cas). La nature de la néphrite ne peut être déduite que : de la notion d'une syphilis en activité; de l'efficacité du traitement spécifique; des recrudescences de l'albuminurie à l'occasion de tout exanthème spécifique. Dans les cas rebelles, la néphrite passe à l'état chronique et peut tuer par cachexie, urémie ou accidents broncho-pulmonaires. Les cas curables ne guérissent souvent que grâce à une cure mixte intensive et après des alternatives de rémissions et de recrudescences.

B. *Syphilis rénale tertiaire*. — La syphilis tertiaire frappe quelquefois le rein, moins souvent, il est vrai, que le foie et l'axe cérébro-spinal. Les signes cliniques ne diffèrent pas alors de ceux qui traduisent la sclérose rénale vulgaire, avec hypertrophie du ventricule gauche. Le diagnostic causal ne repose que sur les antécédents, les stigmates spécifiques constatés sur la peau, les muqueuses, le squelette, le foie (foie ficelé). Le traitement spécifique d'épreuve sera prudent, car s'il a donné des guérisons inespérées, il échoue dans bien des cas, imputables sans doute à la *parasyphilis*.

Hérédosyphilis rénale. — On observe non seulement la *variété précoce*, mais aussi la *forme tardive*. Non spécifiques, les signes cliniques sont ceux des néphrites subaiguë ou atrophique; ils ne valent que par leur association aux divers stigmates de l'hérédosyphilis (sur le foie et la rate surtout). La marche des accidents est lente, coupée de rémissions et de poussées subaiguës. Les récidives sont fréquentes.

XI. — TUBERCULOSE RÉNALE

Le rein subit soit l'invasion directe des bacilles de Koch (granulations ou tubercules caséux); soit, plus rarement, l'action de la tuberculine (néphrite par tuberculine). Le bacille parvient au rein par voie artérielle (*tuberculose*

descendante, généralement bilatérale et symétrique), ou, par l'uretère (*tuberculose ascendante*, habituellement unilatérale, consécutive à la tuberculose uro-génitale et impliquant l'oblitération préalable de l'uretère); ce mode d'infection aboutit, en général, à la caséification massive de la glande, souvent compliquée de péri-néphrite tuberculeuse.

A. *Néphrite par tuberculine*. — Chauffard en a observé un cas typique, consécutif à des injections de tuberculine. Les signes cliniques consistèrent en : albuminurie intense (6 à 20 grammes en 24 heures), polyurie, urines rouge sale puis claires, léger œdème des pieds et des jambes, non de la face; pâleur extrême, quelques douleurs lombaires, sans accidents urémiques, sans hypertension artérielle ni bruit de galop. Bien souvent, sans doute, l'albuminurie des phthisiques, si fréquente, trahit le passage de la tuberculine à travers le rein, quoique d'autres causes s'associent sans doute pour la produire (troubles du chimisme gastro-intestinal et hépatique).

B. *Tuberculose rénale*. — La *tuberculose rénale descendante* est assez rare, ses exemples les plus probants appartiennent à la *granulie*, et, d'habitude, les granulations rénales n'ont pas d'expression clinique propre, ou du moins, l'oligurie et l'albuminurie qui peuvent en résulter se perdent dans le syndrome complexe de l'infection générale.

La *tuberculose rénale ascendante*, lente, chronique, engendre des signes plus caractéristiques. Le diagnostic précoce n'est possible que grâce à la constatation antérieure d'une tuberculose uro-génitale. Sinon, la maladie est déjà constituée quand se montrent les grands signes : d'abord : pollakiurie, polyurie et hématurie; plus tard : oligurie et pyurie.

L'hématurie, souvent précoce et d'origine congestive, plus fréquente le matin, colore uniformément l'urine en rouge groseille. Elle est modérée et spontanée, parfois pourtant occasionnée par une fatigue légère. Est-elle abondante, le rein devient gros et douloureux et des caillots fibrineux provoquent, par leur progression dans l'uretère, des douleurs de colique néphrétique. Ces crises d'hématurie de quelques jours peuvent rester isolées, se répétant des mois, parfois des années (4 ans 1/2, cas de Tuffier). C'est la *forme hématurique* de Dieulafoy, surtout liée aux cas d'infection corticale par voie sanguine, sans pyélonéphrite ascendante.

Quand la pyélonéphrite est constituée, l'urine, devenue purulente, laisse déposer un sédiment abondant et épais dans lequel le *microscope* reconnaît, outre de nombreux globules de pus, des masses caséuses et amorphes, des fibres élastiques et conjonctives et des cellules épithéliales pavimenteuses. Cependant, les urines restent acides et ne contiennent d'albumine que grâce à la présence du pus et du sang. L'examen bactériologique d'un grumeau caséo-purulent permet d'y déceler des *bacilles de Koch* isolés, ou plutôt, formant des *faisceaux en broussailles*. Reste à démontrer qu'ils viennent bien du rein; cette origine est probable, quand existent des douleurs lombaires, des coliques néphrétiques, de la tuméfaction rénale, au palper bimanuel.

En certains cas, la *douleur locale* prime tous les autres signes; tantôt à

forme névralgique, exaspérée par tout mouvement, tantôt à forme de colique néphrétique, due à la migration des débris caséux.

Avec la fonte caséuse du rein, apparaissent la fièvre hectique, les sueurs nocturnes, l'anorexie, la pâleur terreuse et la cachexie mortelle (phtisie rénale), quelquefois terminée par un phlegmon périnéphrétique. Le malade peut encore succomber à la granulie, à la péritonite tuberculeuse, mais exceptionnellement, à l'urémie.

Primitive et isolée, la tuberculose rénale peut se prolonger deux ans. Quand un seul rein est pris, la guérison est même possible, par enkystement et calcification des noyaux caséux, quoique exceptionnelle.

Le diagnostic complet exige une analyse clinique méthodique comprenant l'exploration rectale ou vaginale de l'appareil génital, l'auscultation attentive de l'appareil pleuro-pulmonaire et la recherche des bacilles dans l'urine centrifugée.

XII. — DÉGÉNÉRESCENCES DU REIN

A. *Stéatose rénale*. — La dégénérescence graisseuse des épithéliums du rein, en dehors des cas où elle est circonscrite et partielle, comme dans les néphrites, offre une histoire clinique obscure. Ses causes principales sont des *toxi-infections* frappant de nécrose massive les cellules rénales et souvent aussi celles du foie; tels sont les *ictères graves*, la *fièvre jaune*, la *fièvre typhoïde*, la *variolo*, surtout hémorragique; les *pyémies*; plus rarement, le *choléra* et la *diphthérie*. Certains produits toxiques : l'*alcool*, l'*iodoforme*, et avant tout, le *phosphore* peuvent avoir des effets identiques.

Dans la grande insuffisance hépatique des ictères graves et de l'intoxication phosphorée, la note rénale aggrave la situation, en supprimant l'élimination des toxines, mais reste, cliniquement, silencieuse. En bien d'autres cas, la stéatose des cellules rénales n'est qu'un épiphénomène de la néphrite ou de la dégénérescence amyloïde.

B. *Amylose rénale*. — Toujours secondaire, la dégénérescence amyloïde complique les *suppurations chroniques*, pulmonaires ou pleurales et surtout osseuses ou articulaires, d'origine tuberculeuse, syphilitique (tertiaire) ou autre; elle est peut-être imputable à une toxine sécrétée par les bactéries pyogènes. Il est à remarquer qu'elle ne complique les abcès froids qu'après leur ouverture.

Le *diagnostic* repose sur : les troubles urinaires, l'état des autres viscères (foie et rate) et la notion étiologique.

Le *début* est insidieux; l'albuminurie recherchée de parti pris, en raison des conditions étiologiques, est le premier signe constaté. Les urines, copieuses (2 à 5 litres), à moins de diarrhée, peu denses (1008-1016) sont limpides, d'un jaune d'or, un peu verdâtres. Elles peuvent éliminer jusqu'à 20 et 50 grammes d'albumine en 24 heures; ce taux est fixe, sans grandes variations journalières. On trouve, dans le culot de centrifugation, des

cylindres cireux ou colloïdes. Le taux de l'urée et des principes minéraux est à peu près normal. On constate en outre : l'absence habituelle d'œdème (sauf cachexie), d'hypertension artérielle, d'hypertrophie du ventricule gauche et d'épistaxis; signes négatifs essentiels au diagnostic. Celui-ci est confirmé par les signes de dégénérescence amyloïde des autres viscères, consistant en hypertrophie lisse du foie et de la rate, diarrhée chronique ou vomissements répétés.

D'une pâleur blafarde et cireuse spéciale, ces malades échappent généralement à l'urémie et succombent plutôt, mais parfois, au bout de plusieurs années, aux progrès de la cachexie, accompagnée d'oligurie et d'asthénie cardiaque, à moins qu'une infection intercurrente ne hâte la fin.

XIII. — LITHIASÉ RÉNALE

Par *lithiasé rénale*, on entend la précipitation et la concrétion dans les voies urinaires supérieures, d'éléments habituellement dissous dans l'urine. Les symptômes diffèrent suivant que la lithiasé est pure (*lithiasé aseptique*) ou compliquée d'infection (*lithiasé infectée*).

Lithiasé rénale aseptique. — *Signes étiologiques.* — La gravelle fait partie de la *série* dite *arthritique* qui comprend : la goutte, le diabète, l'obésité, la migraine, l'asthme, etc., et dont tel ou tel élément se retrouve souvent chez les ascendants des graveleux. La vie sédentaire, un régime plantureux, surtout carné, favorisent la *lithiasé urique*; le régime végétarien, riche en oxalates (cacao, chocolat, oseille, tomates, groseilles) favorise la *gravelle oxalique*. Plus fréquente chez les hommes de 30 à 40 ans, la lithiasé semble imputable à toutes les fautes d'hygiène, alimentaire ou autres, tendant à réduire les combustions organiques, et ainsi, à exagérer la formation de l'acide urique, la concentration et l'hyper-acidité de l'urine. Le rôle lithogène du catarrhe n'a pas reçu pour les voies urinaires, comme pour les voies biliaires, de démonstration positive. L'instabilité des combinaisons formées dans l'urine, par l'acide urique, entre également en jeu.

Signes cliniques. — Les calculs rénaux manifestent leur présence par des signes variables avec leur volume, leur siège, leurs migrations ou leur immobilité. Leur migration présente trois principales étapes : 1° calice et bassinet, 2° uretère, 3° vessie.

Étape rénale. — Les substances précipitées le sont d'abord dans les tubuli et les tubes collecteurs, d'où elles s'éliminent par lavage, sans réaction douloureuse. Les petits graviers ou calculs du rein restent généralement latents. Le calcul grossit et ne révèle sa présence que s'il s'engage dans l'uretère, par l'apparition brutale de la *colique néphrétique*. En d'autres cas, les concrétions volumineuses enclavées dans les calices et le bassinet (voy. fig. 200, p. 784) provoquent sur place de la douleur et de l'hématurie. Cette *douleur*, lombaire, est sourde, profonde, réveillée par la palpation appuyée, le saut,

l'équitation, la voiture, le chemin de fer ou même la marche : elle peut rester isolée des années. Du reste l'intensité de la douleur n'est pas toujours proportionnelle au volume du calcul. Elle offre souvent des *irradiations* vers l'abdomen, la vessie, les plis inguinaux, et même le rein du côté opposé (*réflexes réno-rénal, réno-vésical*).

L'hématurie reconnaît les mêmes causes occasionnelles que la douleur. Peu fréquente, peu copieuse, suspendue par le repos, elle prouve son origine rénale par le dépôt de *cylindres fibrineux*. Les crises, douloureuses et héma-

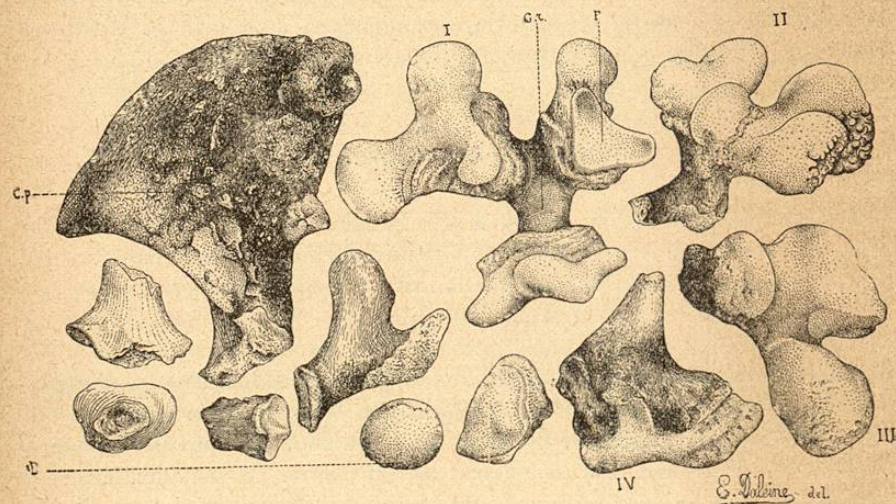


FIG. 200. — Différentes formes de concrétions calculeuses des calices et du bassinets.

turiques à la fois, provoquées par la fatigue ou les secousses, sont significatives.

La lithiase aseptique peut exister sans aucun signe physique. Quand le rein, abaissé, contient plusieurs calculs en contact, le palper bi-manuel peut constater une sensation spéciale de *collision crépitante*.

Étape urétérale. — Colique néphrétique. — Cette étape migratrice, dont on ne peut saisir le début, se traduit essentiellement par le syndrome de la *colique néphrétique*, car le calcul ne peut cheminer qu'en traumatisant la muqueuse, qui saigne souvent, et en éveillant de vives douleurs.

Quelquefois progressif, le début de la colique est plus souvent brusque, et même, suraigu, marqué par une douleur déchirante dans l'une des régions lombaires, douleur continue avec exacerbations, irradiant, le long de l'uretère, vers la vessie, vers une des grandes lèvres chez la femme, et, chez l'homme vers les bourses et le testicule qui est rétracté et douloureux. Exaspérée par tout mouvement, toute pression, tenant le malade plié en deux dans son lit, la douleur lui arrache des plaintes ou des cris, et altère profondément ses traits. Provoquant des vomissements, alimentaires puis bilieux, elle accélère le pouls, qui est petit et serré. La crise entraîne du ténésme vésical et l'expulsion d'une urine rare, concentrée, souvent sanglante. Avec les progrès du

calcul, le foyer douloureux se déplace de haut en bas, suivant une ligne oblique descendant vers le pli inguinal. L'accès dure quelques heures, ou, avec des rémissions, plusieurs jours. La chute du calcul dans la vessie est le signal d'une sédation brusque et complète et d'une polyurie claire, amenant parfois le rejet du gravier au dehors.

Formes. — Complications. — Les urines sont très sanglantes, par congestion aiguë du rein, dans la *forme congestive ou hématurique*, dont le diagnostic est difficile quand les douleurs restent sourdes.

Il arrive aussi que la douleur paraisse siéger plutôt dans la vessie que dans le rein, se prolongeant, pendant la miction, jusqu'au bout de la verge. On fera alors uriner le malade couché, manœuvre qui apaisera la douleur, si le calcul est dans la vessie.

La douleur des coliques néphrétiques a pu provoquer la *mort subite* par inhibition cardiaque. Le calcul a pu aussi perforer l'uretère, par ulcération ou éclatement (infiltration d'urine sous-péritonéale). Ailleurs, des calculs volumineux cheminent sans douleur. Le *rejet du calcul* peut être tardif, et sa constatation exige des recherches attentives durant plusieurs jours. La crise peut rester unique et ne pas reparaitre; d'autres fois, elle récidive à plus ou moins longs intervalles.

Diagnostic. — La colique néphrétique typique se reconnaît aisément. Il est pourtant des crises douloureuses capables de la simuler; tels sont : les accès paludéens avec congestion rénale douloureuse; les crises de colite membraneuse (Chauffard); le phlegmon péri-néphrétique, à son début; la pyélite; l'hydronephrose avec rein mobile; les douleurs ascendantes et rénales éveillées par la prostatite, par certains calculs vésicaux; les crises rénales du tabes (accompagnées parfois d'hématuries); les névralgies rénales idiopathiques (Royer-Legueu), souvent très trompeuses.

On se rappellera aussi que la migration, dans l'uretère, d'une hydatide, d'un caillot fibrineux, de débris surtout caséux (tuberculose rénale), peut engendrer des coliques néphrétiques.

Anurie calculeuse. — L'enclavement du calcul dans l'uretère (voy. *Anurie*) peut provoquer l'*anurie calculeuse* dont l'expression clinique est assez constante. Chez un calculeux en proie, ou non, à une colique néphrétique, l'émission des urines se suspend complètement ou non (100 à 200 grammes en 24 heures), pendant 1 à 2 jours, parfois 5 à 6, la vessie restant vide. Aucun malaise ne se produit d'abord (*période de tolérance*). Après 7 à 8 jours, si l'obstacle est levé, une débâcle polyurique se déclare; sinon éclatent des *accidents*

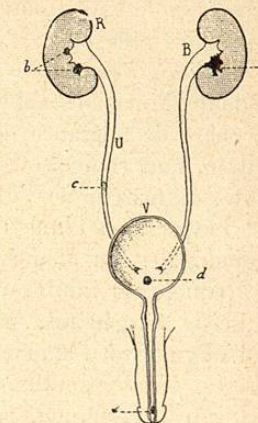


FIG. 201. — Schéma de la colique néphrétique. (Dieulafoy.)

R, rein. — B, bassinets. — U, uretère. — V, vessie. — U, urètre. — a, grand calcul ramifié du rein. — b, petits calculs arrondis du rein. — c, calcul engagé dans l'uretère (début de la crise). — d, calcul tombé dans la vessie (fin de la crise). — e, calcul engagé dans l'urètre (cause possible de rétention d'urine).

urémiques : torpeur, céphalée, hypothermie, sueurs froides, langue sèche, météorisme, hoquet, diarrhée, myosis; finalement, hébétude, attaques épileptiformes et coma. A défaut d'intervention, la mort survient dans 7 pour 100 des cas du 5^e au 25^e jour. L'anurie suppose : d'une part, un calcul enclavé dans l'uretère; de l'autre, un rein fonctionnellement détruit ou frappé d'inhibition sécrétoire réflexe.

Le *diagnostic* repose sur la notion d'accidents lithiasiques antérieurs. Dans le doute, l'incision exploratrice pourra s'imposer. En cas d'*anurie hystérique*, la phase de tolérance peut durer des semaines; les vomissements, chargés d'urée, sont copieux et répétés; on constate des *stigmates*. Beaucoup plus lente, la marche de l'*anurie par compression* cancéreuse (cancer utérin), est l'expression d'une urémie progressive. Certaines grandes interventions abdominales, ou même une simple instillation de nitrate d'argent, peuvent provoquer, par inhibition réflexe, une anurie de plusieurs jours (jusqu'à 10) qui cède, en général, spontanément (Legueu).

L'oligurie ou l'anurie chez les calculeux peut encore être imputable à la sclérose rénale (goutteux).

L'anurie reconnue, reste à savoir, en vue d'une intervention, quel est le *siège de l'enclavement*. Pour le préciser, on se base sur celui des crises néphrétiques antérieures et de la douleur provoquée par la palpation profonde; on ne constate parfois, du côté atteint, que la contracture de la paroi abdominale. On n'omettra jamais de pratiquer le toucher soit rectal, soit vaginal qui permet, dans quelques cas, de sentir le calcul à la partie inférieure de l'uretère, ou, provoque une douleur unilatérale caractéristique.

Lithiase rénale infectée. — L'infection du rein lithiasique est le signal de nouveaux accidents. Favorisée par un écart de régime, un refroidissement, l'infection frappe surtout les sujets âgés porteurs de lésions invétérées (néphrite calculeuse, hypertrophie prostatique, artério-sclérose); la cause efficiente en est un cathétérisme septique, une infection génitale (blennorrhagie) ou puerpérale (métrite). Le *colibacille* en est l'agent habituel.

L'infection se traduit par des signes généraux et locaux. Une fièvre vive s'allume, procédant par accès, intermittents ou rémittents, mais non périodiques, suivis de sueurs profuses. L'appétit se perd, la langue est sèche; il survient des vomissements, puis de la diarrhée fétide, du délire et des poussées de congestion pulmonaire. La cachexie s'établit et aboutit à la mort, dans le marasme, mais parfois après une longue série d'accidents.

Localement, le rein malade se révèle, au palper bimanuel, sous forme d'une grosse tumeur, ferme, arrondie ou ovoïde, douloureuse, quelquefois ballottante.

L'issue du pus dans l'uretère donne lieu à une *polyurie trouble*, laiteuse, dont le dépôt ne se forme que lentement et incomplètement. L'endolorissement lombaire, la fièvre, coïncident souvent avec des urines claires et, cèdent brusquement, quand la poche rénale a pu se vider, ce que révèle la polyurie trouble. Cette *pyonéphrose intermittente* indique nettement la lésion de l'un des reins et l'intégrité de l'autre.

La pyonéphrose calculeuse peut se compliquer d'*ulcération et de perforation du bassin*, d'où, *ouvertures anormales* de la poche, suivies, ou non, d'élimination des calculs et de trajets fistuleux persistants, dans la région lombaire, l'estomac, le côlon, le duodénum ou même les bronches. La suppuration peut encore se propager, par voie lymphatique, autour du rein, et déterminer un *phlegmon péri-néphrétique*.

Diagnostic. — Il doit établir : 1^o l'existence de la lithiase rénale; 2^o la nature chimique des calculs; 3^o l'état anatomique et fonctionnel des deux reins.

L'*existence de la lithiase* sera déduite des divers signes cliniques indiqués. Les résultats de la *radiographie* permettront quelquefois de l'affirmer (surtout chez les sujets maigres atteints de gravelle phosphatique) (Béclère).

La *nature chimique de la lithiase* peut être déduite : de l'état constitutionnel du sujet et de l'examen microscopique du sédiment urinaire. Le terrain arthritique ou goutteux, un régime surtout carné, des urines foncées, très acides, laissant déposer du sable rouge au fond du vase, sont en faveur de la *lithiase urique*. Le microscope constate alors dans le dépôt, des cristaux jaune fauve d'acide urique, *en pierre à aiguiser, en fer de lance*, donnant avec l'acide nitrique et une goutte d'ammoniaque, la *réaction de la murexide* (voy. *Examen des urines*).

La *gravelle oxalique* affecte plutôt les campagnards, les végétariens; elle donne lieu à un dépôt de sable gris bleuâtre formé de cristaux *en enveloppe de lettre*.

La *gravelle phosphatique*, secondaire à l'infection des voies urinaires, coïncide avec l'émission d'*urines alcalines* ammoniacales, déposant des cristaux dits *en tombeaux* (oxalate de chaux) et du carbonate de chaux amorphe.

L'état du rein malade sera apprécié par une palpation bimanuelle attentive. En cas d'hydronéphrose, la perméabilité de l'uretère pourra être recherchée, en injectant dans le bassinnet quelques gouttes d'une solution fuchsinée (urines colorées si l'uretère est perméable) (Chauffard). On ne négligera pas l'examen du rein présumé sain. L'épreuve de la perméabilité rénale par le procédé du bleu pourra fournir d'utiles renseignements.

XIV. — HYDRONÉPHROSE

Signes étiologiques. — L'hydronéphrose est une tumeur due à la distension du rein et du bassinnet par l'urine aseptique. Elle est *permanente*, ou *intermittente*, quand la perméabilité de l'uretère se rétablit momentanément.

L'hydronéphrose est tantôt *congénitale*, pouvant alors devenir une cause de dystocie, tantôt *acquise*; en ce cas, plus commune chez la femme, elle résulte de causes variables : *compression* de l'uretère, souvent par une tumeur utéro-ovarienne; *coudure*, en cas de ptose rénale; *sténose cicatricielle* ou *néoplasique* du même conduit, ou encore, *tuberculose* ou *lithiase rénales*. Dans tous les cas, l'hydronéphrose, exposée à s'infecter, peut devenir *septique*.

Signes cliniques. — L'hydronéphrose n'est reconnaissable qu'à condition de former une tumeur rénale accessible au palper bimanuel; celle-ci est arrondie, rénitente, quelquefois fluctuante, mobile, peu sensible à la pression et ballottante. On retrouve, à sa partie antéro-interne, la sonorité du côlon. La tumeur proémine en avant et tend à devenir abdominale. Ses progrès peuvent, par compression des branches du plexus lombaire, entraîner des douleurs ou des crises simulant la colique néphrétique avec ses irradiations habituelles. Le rein sain suffit, d'habitude, à la sécrétion urinaire qui est normale.

En cas d'*hydronéphrose intermittente*, la tumeur et les douleurs peuvent céder, du jour au lendemain, à une subite débâcle urinaire. Les jours suivants le retour de la rétention rénale rend, peu à peu, à la tumeur, son volume primitif, qu'elle conserve jusqu'à une nouvelle crise polyurique; ces alternatives sont, pendant longtemps, presque périodiques, jusqu'à guérison spontanée ou intervention.

Rare, l'*hydronéphrose double* est bien plus grave; elle aboutit plus ou moins vite à l'urémie.

La transformation de l'hydronéphrose en *pyonéphrose* est annoncée par l'apparition de la fièvre et du syndrome propre à l'infection urinaire. Quand l'hydronéphrose est intermittente, les crises de polyurie sont troubles, accompagnées de pyurie d'origine rénale.

Diagnostic. — Le diagnostic doit non seulement établir l'existence de l'*hydronéphrose*, mais encore évaluer le degré de perméabilité de l'uretère et l'état de la sécrétion rénale du côté atteint. Ce dernier point sera élucidé soit en administrant un médicament s'éliminant par le rein, comme le salicylate de soude, soit en injectant du bleu de méthylène, pour rechercher ensuite, dans le liquide extrait de la poche par ponction, soit l'acide salicylique, soit le bleu. Pour apprécier la perméabilité de l'uretère, on peut, à l'exemple de Chauffard, injecter dans la poche, une solution colorante (1 centimètre cube de solution de fuchsine), qui passe, ou non, plus ou moins vite, dans la vessie. Le *cathétérisme de l'uretère* est également utile, même dans un but thérapeutique.

Le diagnostic sera toujours complété par la recherche de la cause de l'*hydronéphrose*, qui exige une analyse clinique méthodique.

XV. — REIN MOBILE

Signes étiologiques. — La mobilité du rein ou *néphroptose*, ectopie passagère ou durable de l'un des reins (le droit surtout) hors de sa loge, grâce à l'insuffisance de ses moyens de fixité, coïncide souvent avec d'autres ptoses viscérales et avec l'ectasie gastrique (*entéroptose*); surtout commune chez la femme, elle semble favorisée par le port du corset, les grossesses répétées et la fonte rapide d'un embonpoint excessif.

Signes cliniques. — La *néphroptose* peut rester absolument latente et

n'être découverte que fortuitement. Plus souvent, elle occasionne des troubles nerveux ou dyspeptiques: accidents neurasthéniques ou hystéro-neurasthéniques; signes d'ectasie gastrique, d'entérite muco-membraneuse ou d'entéroptose.

La forme légère comporte des troubles en rapport avec l'atonie gastrique ou la constipation; et des vomissements. L'entérite muco-membraneuse et l'entéroptose coexistent souvent. Des crises de malaise nauséux, un nervosisme vague sont habituels chez ces malades. D'autres accusent, dans les lombes, la région ombilicale, le bas-ventre, le haut des cuisses, des douleurs sourdes, sujettes à des paroxysmes provoqués par la marche et surtout l'approche des règles, imputables à une *neurasthénie douloureuse* dont la *néphroptose* n'est que l'agent provocateur. Certains malades deviennent morphinomanes ou bien maigrissent et arrivent à une véritable cachexie.

Exceptionnellement, le rein flottant peut comprimer les organes voisins, le duodénum (ectasie gastrique, vomissements) ou le cholédoque (ictère passager); en d'autres cas, il donne lieu à l'*hydronéphrose intermittente*. Les urines se suspendent alors brusquement, tandis que se déclare une crise douloureuse qui ne cède qu'à l'apparition d'une diurèse abondante et claire, avec albuminurie légère parfois. Plus rarement, la *néphroptose* se complique inopinément d'accidents graves dus à la *torsion du pédicule rénal*. En pareil cas, une violente douleur abdominale apparaît subitement, bientôt accompagnée de nausées, de vomissements, de fièvre vive, ou bien, de sueurs froides et de collapsus cardiaque. Le facies est grippé, l'anurie absolue. La mort peut survenir, à moins d'intervention immédiate; ailleurs, la guérison succède à une polyurie muqueuse, quelquefois sanguinolente, ou, à l'apparition d'urines denses, albumineuses, contenant des cylindres.

Diagnostic. — Les signes fonctionnels ne servent qu'à attirer l'attention sur la possibilité d'une ectopie rénale dont l'existence ne peut être établie que par l'examen physique. L'ectopie rénale sera recherchée, par le palper bimanuel, tel que l'a réglé Fr. Glénard: une main, le pouce en avant, plonge en arrière avec les autres doigts, jusqu'à la masse sacro-lombaire; l'autre, atteignant, en avant, le bord externe du muscle droit de l'abdomen, cherche à aller rencontrer la première. Douce et continue, la palpation doit se faire plus profonde à la fin de chaque expiration. Non ectopié, le rein est inaccessible à cette exploration; il le devient plus ou moins, quand il est déplacé, suivant qu'il est *abaissé*, *mobile* ou *flottant*.

Le *rein abaissé* n'est senti que lors des profondes inspirations qui le poussent en bas, sous forme d'une masse globuleuse, ferme, sous-jacente au rebord costal; mais les doigts des deux mains, incapables de le saisir, le sentent se dérober (*échappement*).

Au second degré (*rein mobile*), les doigts qui palpent, arrivent à saisir et à fixer, surtout pendant l'inspiration, la moitié ou les deux tiers du rein qui, lorsqu'on cesse de le maintenir, glisse comme un noyau de cerise entre les doigts.

Au troisième degré, le *rein flottant* constitue une tumeur abdominale