

## REIN MOBILE

L'extrême fréquence des déplacements rénaux, l'intensité et la ténacité des troubles morbides qui en sont la conséquence dans nombre de cas, justifient la part prise par cette affection dans les traités de pathologie interne et dans ceux de pathologie externe, car médecins et chirurgiens revendiquent également, pour leur compte respectif, le soin d'y porter remède.

Placés de chaque côté de la colonne vertébrale, en avant du psoas, les reins sont contenus dans une loge formée par le dédoublement du fascia propria. L'un de ses feuillets passe en arrière du rein et se fixe à la colonne lombaire; l'autre passe en avant, se prolonge sur le pédicule vasculaire et se continue avec le feuillet antérieur du fascia périrénal du côté opposé. Au pôle supérieur de chaque rein, les deux feuillets du fascia qui prend le nom de fascia périrénal, se réunissent et s'attachent au diaphragme, tandis qu'au pôle inférieur, ils restent séparés et se perdent en s'amincissant dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque.

La loge fibreuse du rein étant fermée en dehors et en haut, c'est donc par l'ouverture inférieure et interne que peut s'échapper le rein.

La loge périrénale est comblée par du tissu adipeux lâche, entrecoupé de travées conjonctives et de ramifications vasculaires qui vont de la face interne des feuillets du fascia périrénal à la capsule du rein. Il existe, de plus, des fibres qui relient l'extrémité supérieure du rein à la capsule surrénale (ligament réno-surrénal de Glénard). Ces trabécules, ligaments et l'atmosphère cellulo-adipeuse ne constituent pas des moyens de contention suffisants. Seuls les vaisseaux du rein relient l'organe à des parties fixes de l'organisme; mais s'ils l'empêchent de se porter en dehors (la loge est d'ailleurs fermée de côté), ils lui permettent de se porter en bas et en dedans.

Mais il existe d'autres moyens, qui normalement assurent la fixité du rein: ce sont le péritoine, qui double le feuillet antérieur du fascia périrénal; l'intestin et notamment l'angle du côlon (pour le rein droit); enfin la paroi abdominale. Vokoff et Delitzine ont mis en lumière le rôle de la pression abdominale sur le maintien du rein dans sa situation normale. Que la tension abdominale vienne à diminuer, le rein et avec lui l'intestin ne seront plus maintenus par la sangle physiologique; on s'explique ainsi la coïncidence fréquente de la néphroptose et de l'entéroptose.

Le rein droit se déplace plus facilement que son congénère du côté opposé parce qu'il est situé plus bas; parce qu'il est soumis, d'autre part, aux influences de l'abaissement ou de l'augmentation de volume du foie, à la pesée exercée par l'angle du côlon et aussi à celle des tractions exercées par le cæcum auquel le relie quelques tractus ligamenteux.

Enfin, la néphroptose est plus fréquente chez la femme, en raison de la conformation de la fosse lombaire qui est évasée.

La mobilité du rein dépend-elle de causes générales ou de causes locales, ou bien, suivant les cas, des unes et des autres? Il n'est pas douteux pour nous que les causes générales jouent un rôle prépondérant, mais ce rôle n'est pas exclusif.

On constate le plus souvent, en effet, chez les sujets dont un rein est mobile, un relâchement général des tissus; leur peau est flasque et ridée, les masses musculaires n'ont pas de relief; la paroi abdominale est relâchée et s'étale lorsque le malade est debout; il existe chez eux des hernies, des ptoses de l'intestin, de l'utérus, etc....

Cet état de relâchement des tissus qui supprime le moyen le plus puissant de contention du rein, c'est-à-dire la tension abdominale, cet état peut être acquis (maladies graves cachectisantes, privations, grossesses multipliées, etc.), ou congénital, dû à une dystrophie originelle des tissus. Strümpell a formulé nettement cette théorie qui depuis a été soutenue par de nombreux médecins. M. Glénard a bien mis en relief la fréquente

coïncidence du rein mobile et de l'entéroptose, mais il a formulé, suivant nous, des conclusions inexacts en déclarant que « la maladie dite du rein mobile est, sous toutes ses formes et à toutes ses phases, une affection digestive, et plus spécialement digestive intestinale ». En réalité, la mobilité du rein, le déplacement de l'intestin dépendent de la même cause générale....

D'ailleurs, pour si fréquente que soit la coïncidence du rein mobile et de l'entéroptose (70 pour 100 d'après Mongour), cette coïncidence n'est pas une règle absolue; on peut constater un rein mobile sans entéroptose. Ajoutons que dans ces cas la néphroptose est habituellement silencieuse, ce qui doit conduire à une certaine réserve, au sujet de l'intervention chirurgicale.

Mentionnons une théorie ingénieuse soutenue par Lindner, Litten, Ewald, Albarran, etc., qui considère la mobilité anormale du rein comme un stigmate de dégénérescence. Preuves: existence de malformations du rein et de ses vaisseaux, d'autres organes, enfin de troubles psychiques chez les sujets qui présentent cette mobilité....

Tout en faisant une large part aux causes générales, il ne faut pas négliger le rôle des causes locales. On a voulu faire jouer un rôle aux congestions cataméniales qui rendraient le rein momentanément plus lourd et détermineraient graduellement, par leur répétition, son abaissement (Roskam, de Liège; Mlle Rosenthal). Plus net est le rôle des adhérences contractées avec le cæcum enflammé, celui du foie; enfin celui des causes locales de diminution de la pression abdominale, comme les grossesses rapprochées, la reprise hâtive de la station debout après l'accouchement, les interventions pratiquées sur les annexes, l'ablation de toutes les grosses tumeurs abdominales.

Le rôle du corset, déjà signalé par Cruveilhier et Trousseau, a souvent été incriminé de nos jours; mais Lancereaux, Tuffier, Landau, Lindner ne l'admettent pas.

Les symptômes qui traduisent l'existence du rein mobile sont très variables; on distingue habituellement une forme douloureuse, une forme dyspeptique, une forme nerveuse. Cette division, forcément schématique, a cependant un avantage, celui de guider le médecin dans la direction du traitement.

Il convient, avant de mentionner les symptômes habituels de la néphroptose, de rappeler que cette maladie est parfois tout à fait latente et que sa découverte peut être due au hasard.

a) Dans la forme douloureuse, les douleurs sont continues ou paroxystiques; elles peuvent s'irradier, mais peuvent, néanmoins, être rattachées à leur véritable cause.... Dans certains cas de luxation brusque du rein, à la suite d'un violent traumatisme, la douleur peut revêtir une intensité extrême; les malades éprouvent une sensation de déchirure, on a la sensation de « quelque chose qui se décroche ». Habituellement la douleur est sourde; elle s'exagère par la marche, les cahots de la voiture, l'équitation, les efforts de toute nature et ces causes peuvent être alors l'occasion de véritables crises douloureuses. Les irradiations se manifestent sous forme de névralgies intercostale, iléo-lombaire, de douleurs le long des uretères, dans les cuisses, l'aîne, etc. Ces différentes douleurs sont apaisées par le repos dans la position horizontale; elles s'exagèrent au moment des règles (Becquet). Il faut distinguer la douleur plus ou moins permanente, mais tolérable en général, d'avec les crises paroxystiques de douleurs intenses, s'accompagnant de prostration, de vomissements et dues habituellement à la occlusion de l'uretère et à l'hydronephrose consécutive.

b) Dans la forme dyspeptique, les troubles digestifs occupent le premier plan et, comme ils n'ont rien de caractéristique, peuvent détourner l'attention de la néphroptose. Ils consistent en gastralgie, sensation de plénitude, de tiraillement, distension gazeuse de l'estomac, etc. Il n'est pas rare d'observer des crises très douloureuses avec vomissements incoercibles.

Du côté de l'intestin, tympanisme, constipation, etc....