

On a noté la dilatation fréquente de l'estomac, l'ictère (Litten, Stiller).

De ces troubles, les uns ont une origine mécanique (pression exercée sur la deuxième partie du duodenum, d'où dilatation de l'estomac; sur les voies d'excrétion biliaire d'où l'ictère, sur l'intestin, d'où obstruction intestinale, etc.); les autres, c'est le cas le plus fréquent, sont d'ordre réflexe. Ce sont en somme les mêmes symptômes que l'on observe dans le cas d'entéroptose qui coïncide si fréquemment, nous l'avons noté, avec la néphroptose.

c) Les troubles nerveux sont habituels et revêtent, dans certains cas, une intensité exceptionnelle; au degré le plus atténué, ils consistent en palpitations, névralgies diverses, irritabilité du caractère. A un degré plus marqué, ils revêtent la forme de neurasthénie ou d'hystérie.

Tels sont les symptômes habituels, mais des complications peuvent survenir : complications mécaniques ou inflammatoires, telles que : hydronéphrose, pyonéphrose, lithiase rénale, hématurie, albuminurie. La compression ou la torsion de l'uretère donne lieu à des crises douloureuses d'une intensité extrême, avec lipothymie, ballonnement du ventre, facies grippé, petitesse du poulx, en un mot au syndrome de la péritonite, moins la fièvre. C'est l'étranglement rénal.

Malgré tout, le pronostic du rein mobile n'est pas grave; il ne faut pas oublier, lorsque la question de l'intervention vient en discussion, ce qu'a écrit Trousseau : « Le pronostic du rein déplacé n'a vraiment pas de gravité, il ne devient grave que par les erreurs auxquelles il peut donner naissance et le traitement erroné qui en découle, traitement ordinairement d'autant plus actif que le médecin est moins convaincu ».

Le traitement du rein mobile doit viser le traitement du déplacement et celui de ces diverses complications.

Le traitement du rein mobile non compliqué est avant tout médical, pour deux raisons : la première est qu'il suffit le plus souvent à rendre l'existence supportable pour les malades ou même à supprimer complètement leurs malaises; la seconde c'est que l'intervention chirurgicale, lorsqu'il y a coïncidence avec d'autres ptoses, ne peut évidemment donner que des résultats incomplets.

En somme, le médecin qui a constaté la mobilité anormale du rein ne doit pas perdre de vue que cette mobilité n'est habituellement qu'un des éléments du syndrome morbide des ptoses et il doit mettre en œuvre tous les moyens que nous avons indiqués précédemment au chapitre qui leur est consacré; c'est-à-dire relever la nutrition générale par un régime de suralimentation méthodique, par l'hydrothérapie, le massage, l'électrothérapie, le séjour au grand air, les injections sous-cutanées de strychnine, de cacodylate de soude. Il va sans dire que le repos dans la position horizontale, qui s'impose lors des crises paroxystiques, pourra être utilement employé, au début du traitement; il facilite la suralimentation, en supprimant les malaises digestifs qui y mettaient obstacle; il fait disparaître les douleurs continues, atténue l'irritabilité nerveuse générale, en un mot, facilite l'application du traitement.

Alors que les malades seront autorisés à reprendre la vie active, après la période préliminaire du repos absolu, ils n'en devront pas moins s'étendre après les repas, pour éviter le retour des malaises digestifs.

L'intestin devra être surveillé attentivement et la constipation combattue, non par les purgatifs quotidiens, comme le recommande à tort Glénard, car ces purgatifs finissent par irriter l'intestin, mais par les lavements d'huile ou les

lavages intestinaux, par le massage, la galvanisation, ces deux derniers moyens s'adressant directement à la cause même de la constipation.

S'il existe des hernies, celles-ci doivent être maintenues; il faudra également traiter, s'il y a lieu, les prolapsus pelviens qui peuvent favoriser la ptose rénale en troublant l'équilibre intra-abdominal.

On veillera également à ce qu'un corset trop serré n'abaisse pas le foie et ne contribue par suite à déplacer le rein.

Ajoutons qu'au moment des règles on s'efforcera de prévenir le réflexe congestif qui retentit sur le rein par le repos horizontal, les lavements chauds, l'hydrastis canadensis, le viburnum prunifolium.

En même temps que l'on s'adresse aux causes générales ou locales, on doit combattre directement la mobilité anormale du rein et ses diverses complications.

Le massage a été proposé, soit comme moyen palliatif pendant les crises douloureuses, soit comme moyen curatif.

Lors des crises on peut essayer de réintégrer le rein dans sa loge par des pressions exercées sur lui. On fait cesser ainsi le tiraillement des nerfs, on redresse les vaisseaux et l'uretère fléchi qui sont les facteurs des crises. Spontanément, certains malades procèdent eux-mêmes à la réduction de leur rein.

En dehors des crises le massage a également été employé (Mlle Rosenthal). Il agirait en dissipant l'hypérémie rénale qui augmente le volume et le poids de l'organe et en favorise le déplacement. Mais cette hypérémie ne peut être invoquée avec quelque vraisemblance que chez une catégorie restreinte de malades : chez les jeunes filles ou les femmes atteintes de dysménorrhée, de métrite et de périmétrite. D'après Roskam, le massage serait également utile dans les cas où la mobilité rénale est provoquée par la constipation habituelle, par des inflammations chroniques du gros intestin; il serait inutile dans l'entéroptose....

Quoi qu'il en soit, le massage contre la mobilité rénale consiste essentiellement en manœuvres dirigées de bas en haut sur l'extrémité inférieure du rein et lui imprimant une série de frémissements rapides. La durée des séances qui doivent être quotidiennes est de 5 à 6 minutes d'abord, puis de dix minutes ensuite.

Pendant le jour, le ventre est soutenu par une bande de crépon; pendant la nuit, on applique sur les reins une compresse de Priessnitz. 20 à 40 séances environ sont nécessaires pour obtenir un résultat.

L'électrisation a été appliquée au traitement du rein mobile douloureux (Laquerrière et Delherm). On peut utiliser tantôt le courant sinusoïdal, tantôt le faradique. On place un pôle sous forme de gros tampon ou de plaques à la région lombaire, du côté douloureux, un autre en avant de la région rénale et on fait une séance de 10 à 15 minutes avec le maximum d'intensité tolérable.

L'électricité ne peut avoir d'influence sur les phénomènes douloureux qui résultent d'une coudure brusque de l'uretère; elle ne s'adresse qu'à ceux qui sont symptomatiques des troubles circulatoires et des tiraillements du plexus rénal. Ces douleurs ne sont pas en rapport avec le degré de la ptose, tel malade ayant un rein légèrement déplacé et souffrant beaucoup, tel autre souffrant peu avec un déplacement marqué. Ce sont surtout les sujets névropathes qui souffrent de leur rein déplacé.

Le port d'une ceinture orthopédique est le véritable moyen palliatif à em-