

plus loin de son point de départ. C'est ainsi que lentement, mais non pas sans souffrances, le rein apparaît libre et flottant dans l'abdomen. »

L'influence de la période menstruelle sur le retour ou l'exagération des douleurs ne paraît pas douteuse; on peut admettre dans ces conditions une congestion rénale sympathique ou réflexe et la tendance du rein à tomber plus bas: il s'agit donc bien certainement d'une cause adjuvante et non productrice. Il n'est pas nécessaire, pour comprendre l'abaissement du rein, de supposer qu'il existe d'anciennes adhérences entre le rein et les ligaments larges (Labadie-Lagrave), ou des lésions matérielles des organes génitaux, ovaïres, ligaments larges, utérus (Lancereaux).

Toutes les conditions énoncées plus haut sont sans doute assez efficaces pour donner une idée satisfaisante du mécanisme qui préside à l'apparition du rein mobile; mais les observations sont parfois plus complexes et méritent une interprétation différente.

Rayer avait déjà signalé la coïncidence du déplacement de l'intestin et de l'utérus, sans y attacher toutefois la moindre importance, tandis que certains auteurs y voyaient une relation de cause à effet, la mobilité du rein étant secondaire. L'attention a été de nouveau attirée sur le développement successif de ptoses multiples depuis les travaux de Glénard et Cuilleret; les *moyens de fixité du rein, du foie, de la rate* subiraient un relâchement analogue à ceux de l'intestin, d'où la chute de ces organes accompagnant l'entéropiose. Les symptômes observés n'appartiendraient pas aux lésions du foie et du rein, mais aux troubles digestifs engendrés par l'entéropiose elle-même.

Tuffier propose une explication qui se rapproche de celle de Glénard, mais qui ne paraît exacte que pour les observations d'ectopie rénale compliquée. Certains malades présenteraient une véritable prédisposition au déplacement des organes par suite d'un état de faiblesse, d'un défaut de tonicité de certains tissus comme le tissu musculaire et le tissu fibreux. Le relâchement des attaches fibreuses expliquerait la chute des organes, la faiblesse des parois musculaires de l'abdomen, le ventre tombant à triple saillie de Malgaigne; celle du tissu musculaire lisse, la distension exagérée de l'estomac. Des modifications de même ordre portant sur les artères permettraient aux pédicules de certains organes de s'allonger. Tous ces troubles seraient la manifestation d'une affection particulière, d'une véritable *diathèse ptosique* (Duchesne) (1). Il est certain qu'il existe parfois un état de flaccidité tellement accusé des parois abdominales et des intestins, qu'il en résulte une disposition très marquée à la chute des organes.

Trekaki (d'Alexandrie) (2) a fait remarquer que le mode d'habillement des femmes arabes différant totalement de celui des femmes européennes, il fallait chercher comme explication au rein mobile autre chose qu'une simple constriction. Elles ne portent en effet ni corset, ni ceinture, ni lien d'aucune sorte. Or, la mobilité rénale a été constatée dans 42 cas sur 100. Il suppose donc qu'il existe une faiblesse organique des tissus en particulier des liens d'attache du rein.

**Anatomie pathologique.** — Les très rares examens nécroscopiques pratiqués sur des malades porteurs de reins mobiles sont insuffisants par eux-

(1) G. DUCHESNE. *Contribution à l'étude du rein mobile*. Thèse de Paris, 1891.

(2) TREKAKI. *Rein mobile*. Congrès de méd., Paris, 1900.

mêmes pour trancher les points en litige. D'après les relevés de Bruhl empruntés à Durham, Schultze, Virchow, et aux annales de la Charité de Berlin, on trouve sur 20 916 autopsies, 20 cas de rein mobile, ce qui ne donne pas tout à fait la proportion de 1 pour 1000. Ce chiffre paraît *a priori* trop faible; il faut en effet distinguer le vrai rein flottant du simple rein mobile et abaissé.

Le premier se rencontre rarement; on l'observe dans la fosse iliaque, la région de l'ombilic, au-devant de la colonne vertébrale (Cruveilhier); l'enveloppe cellulo-fibreuse du rein est résorbée en partie, cependant la capsule surrénale a conservé sa situation habituelle. Dans des circonstances exceptionnelles on a signalé le déplacement du foie, de la rate, de l'intestin, de l'estomac. L'angle que fait le côlon ascendant avec le côlon transverse peut être abaissé, il en résulte que le gros intestin dans sa première portion se dirige obliquement de la fosse iliaque droite vers l'hypocondre gauche (Aberle, Hepburn, cités par Bruhl). Le rein flottant peut avoir un *mésonephron*, ou prendre au contraire des adhérences avec les organes voisins (vésicule biliaire, côlon transverse, etc.).

Si le vrai rein flottant est si rarement observé aux autopsies, le *rein déplacé, mobilisé*, ayant subi un certain abaissement, se rencontre assez fréquemment (Heller, Weigert). Deletzine et Volkoff (1) ont remarqué que si on ouvre la cavité abdominale, le cadavre étant debout, les reins peuvent descendre très bas sans que les vaisseaux ou les ligaments soient allongés, sans qu'il y ait *mésonephron* ni altération préalable des reins. La mobilité exagérée est seulement en rapport avec l'état de l'équilibre intra-abdominal, d'où l'influence d'une évacuation ascitique rapide, de grossesses antérieures, etc. Cette proposition est bien en rapport avec l'idée de Lindner déjà énoncée sur la fréquence du rein mobile constatée pendant la vie; il s'agit là en effet d'une affection commune, le rein pouvant être perçu, soit par le procédé du ballotement (Guyon), soit par la méthode de capture de Glénard.

Le rein se fraye une voie par la seule issue qui lui est offerte, là où la capsule cellulo-adipeuse présente le moins de résistance, c'est-à-dire *en bas, en dedans et en avant*. Le rein en ectopie est d'ordinaire tordu autour de son axe; l'extrémité supérieure devient interne, le bord externe devient supérieur, le hile regarde en bas. Les vaisseaux sont allongés, les uretères tordus ou simplement coudés; il en résulte une *hydronéphrose intermittente* (Terrier et Beaudouin), ou définitive.

L'extrémité inférieure peut basculer en avant; le plus souvent, c'est l'extrémité supérieure d'après le mécanisme de l'*antéversion* bien indiqué par Potain: le rein, après avoir glissé sous la face inférieure du foie, devient presque horizontal et son extrémité supérieure, perçue au-dessous des fausses côtes, peut simuler une tumeur du foie, de la vésicule biliaire ou du pylore (Bruhl). Cette migration du rein est précédée par un travail de péritonite circonscrite dont l'un des principaux effets serait la destruction de la capsule cellulo-adipeuse dans sa partie supérieure; c'est par ce point affaibli que le rein s'échapperait. D'après Potain (2), la relation de ces lésions avec la *lithiase biliaire* serait établie.

Le rein flottant peut être *atrophie, congestionné, suppuré* (Cruveilhier, Andrew et Callender, Post, Peibler), simplement atteint d'*hydronéphrose* (Santifort, Haller). Hare, Wilse, Ahlfeld, Landau, Eger, ont mentionné des observations d'*hydronéphrose suppurée*; Walter a signalé la *dégénérescence*

(1) DELETZINE et VOLKOFF. *Rein mobile*. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1897.

(2) Congrès de Limoges, 1890.



*kystique*; Wolcott, Kocher, Jessup, Czerny, de Lossen et Bonker ont constaté des *tumeurs*. Tous ces faits constituent des exceptions.

**Symptômes.** — Il résulte de l'exposé précédent que le rein est un organe facile à déplacer. Il glisse, descend, franchit sa membrane d'enveloppe alors que la capsule surrénale conserve sa situation. Si telle est la tendance du rein à l'ectopie, on ne doit pas s'attendre à trouver dans tous les cas de troubles significatifs de ce changement de position. En réalité, les troubles auxquels donnent lieu le rein mobile sont extrêmement variables depuis les désordres les plus passagers jusqu'aux complications les plus inquiétantes.

Beaucoup de faits de rein mobile passent inaperçus; dans la plupart des cas cependant un déplacement notable du rein s'accompagne de sensations douloureuses d'intensité variée qui invitent le médecin à explorer les régions lombaires. Souvent il s'agit d'un *simple malaise*, d'un tiraillement dans la région rénale postérieure, d'une pesanteur assez pénible au niveau des lombes ou dans un point quelconque de l'abdomen. La *douleur* est parfois comparée par les patients à celle que provoquerait une masse libre dans le ventre pouvant se déplacer d'un côté à l'autre. Il semble aux malades qu'un de leurs organes s'est décroché (Trousseau). Cette sensation est rarement accusée par eux au début de leur affection; elle est perçue quand le rein devient flottant ou lorsqu'il a été luxé par un violent traumatisme. La douleur ressentie peut être assez forte pour déterminer une syncope.

Les *irradiations douloureuses* peuvent se propager dans plusieurs directions et faire songer à l'existence d'une névralgie crurale, sciatique, intercostale ou pleurale (Guéneau de Mussy), iléo-lombaire.

Il n'est pas rare non plus d'observer de *véritables crises paroxystiques*, rapportées presque toujours à une colique hépatique, une colique néphrétique (Buret), une péritonite par perforation ou un étranglement par volvulus. Les malades accusent tout à coup une *douleur d'une intensité* extrême, accompagnée de nausées, de vomissements, de sensation de froid, avec petitesse du pouls et facies grippé, quelquefois compliquée de fièvre. Ces paroxysmes en apparence spontanés ont presque toujours été provoqués par des exercices violents tels que la course, la danse, le saut, l'équitation, les marches forcées ou des manœuvres un peu brutales. On a tout lieu de croire que ces accidents succèdent à une *torsion de l'uretère* quand le rein est déjà nettement ectopié; toujours est-il que le décubitus horizontal suffit à faire disparaître ces graves symptômes en permettant sans doute à la torsion de se réduire et à l'organe de reprendre sa place.

Becquet avait autrefois remarqué que les paroxysmes douloureux coïncidaient souvent avec les époques menstruelles et disparaissaient au moment de la cessation des règles. Il s'agirait d'une *fluxion rénale sympathique de la fluxion utérine*, expliquant la tuméfaction et l'endolorissement du viscère en ectopie.

La fluxion du rein, en augmentant le poids de l'organe, tend à exagérer son abaissement et à favoriser les coudures et les torsions de l'uretère. Pour Becquet, ces poussées congestives entraînent même pour une grande part dans les causes déterminantes du rein mobile.

Les *troubles digestifs* sont de tous les symptômes ceux que l'on observe le plus fréquemment. Ils consistent en désordres purement nerveux; les

malades présentent des *crises gastralgiques* avec diminution de l'appétit; quelquefois, à la dyspepsie douloureuse se joignent des sensations de fausse faim, de perversion du goût, de ballonnement après les repas, de pyrosis. A ces manifestations succèdent des nausées, des vomissements et des signes non douteux de dilatation d'estomac. Il y a déjà bien des années que l'*ectasie gastrique* a été signalée comme symptôme habituel du rein mobile.

D'après Bartels et Muller-Varneck, le rein droit déplacé en dedans et en avant comprimerait la deuxième portion du duodénum au-devant de la colonne vertébrale; de là, rétention des matières, hypertrophie consécutive de l'estomac, atonie terminale avec dilatation confirmée. Les signes de dilatation disparaîtraient quand la chute du rein serait plus prononcée (Bartels).

Ce mécanisme paraît improbable, car le rein n'occupe pas souvent cette situation; d'ailleurs les troubles digestifs sont aussi fréquents lorsque l'affection siège à gauche. La *théorie du tiraillement*, soutenue par Landau et Lindner, n'offre pas beaucoup plus de vraisemblance.

Devant ces résultats négatifs certains auteurs ont supposé qu'il fallait renverser l'ordre d'apparition des symptômes, le rein mobile se présentant comme l'effet tardif d'une dilatation gastrique antérieure. Si le rein tombe ou se déplace c'est qu'il est entraîné par l'estomac quand celui-ci s'abaisse; c'est la théorie inverse de celle de Landau et Lindner, où le rein en s'abaissant tire et dilate l'estomac. D'autres pensent que *l'estomac n'agit sur le rein que par l'intermédiaire du foie*; les poussées de congestion hépatique si fréquemment observées à la suite de la dilatation de l'estomac se traduiraient par une augmentation de volume du foie et un déplacement du rein correspondant (Bouchard).

Il est difficile de trancher une pareille question. La dilatation de l'estomac, constatée pendant l'évolution du rein mobile, ne peut être mise en doute, non plus que les troubles digestifs qui la précèdent ou l'accompagnent, mais il ne paraît nullement démontré qu'elle soit la conséquence d'une simple compression par le rein déplacé, pas plus qu'elle ne déplace le rein elle-même.

S'agit-il d'ailleurs d'une dilatation vraie de l'estomac et non d'une simple distension (mégastric d'Ewald) par simple atonie neruo-motrice? En faveur de cette dernière supposition, on peut citer tous les faits où les troubles digestifs disparaissent complètement en même temps que l'ectasie gastrique. Quant à l'influence du foie, comment admettre que de simples ictus congestifs produisent sur le rein une poussée suffisante pour le faire sortir de sa loge, alors que les grosses tumeurs du foie n'ont pas ce résultat? D'après ce que nous avons vu plus haut, le foie hypertrophié se porte en avant et en bas; pour déplacer le rein, il faut qu'il soit contrarié dans ce mouvement et repoussé en arrière (action du corset, du ceinturon, d'un lien).

L'*origine nerveuse* supposée des troubles gastriques n'est nullement en contradiction avec les recherches de Marfan, Rémond, Mathieu<sup>(1)</sup>, qui tous trois ont signalé l'hyperchlorhydrie associée au rein mobile. La guérison de ces accidents et la disparition de l'hyperchlorhydrie marchent de pair, en même temps que s'améliorent les symptômes nerveux dont la dyspepsie n'est souvent que l'expression.

La mobilité du rein est souvent l'origine de *désordres du côté du système*

(1) A. MATHIEU. Étude clinique sur le rein mobile chez la femme. *Soc. méd. des hôp.*, 1892.



*nerveux*. Les malades sont souvent inquiets, excitables, d'humeur difficile et bizarre (Guiard). Il n'est pas rare de constater chez les femmes des manifestations hystériques, et si dans quelques observations celles-ci paraissent antérieures ou concomitantes, il en est d'autres où très certainement les troubles hystériques ont succédé au déplacement du rein (Guéneau de Mussy, Lance-reaux, Chroback).

L'affection étant si fréquente chez la femme, cette coïncidence et cette relation de cause à effet sont très naturelles, mais, si l'affection dure longtemps, on voit survenir chez les hommes comme chez les femmes un état psychique dépressif avec tendance à l'hypocondrie. Dans certains cas, les manifestations de la neurasthénie deviennent prédominantes, remplissent le tableau morbide à tel point qu'il est légitime de décrire, à côté de la *forme douloureuse*, une *forme neurasthénique* (Bruhl).

Litten et Stiller ont signalé la *production de l'ictère* attribué par Litten à la compression des voies biliaires par le rein droit déplacé; Landau suppose qu'il y a angiocholite catarrhale consécutive à la compression du duodénum. L'origine de l'ictère peut être différente, car, sans rappeler les observations où la congestion hépatique est signalée, Weisker et Potain ont insisté sur les rapports du rein mobile et de la lithiase.

La miction se fait, en général, sans difficulté; les urines peuvent être rares, foncées, légèrement albumineuses, ou au contraire très abondantes; ces modifications sont passagères, à moins que ne surviennent des accidents d'étranglement rénal.

**Signes physiques.** — A partir du moment où l'attention est attirée du côté de l'abdomen par les douleurs plus ou moins vives que les malades ressentent, on peut constater du côté du rein des signes qui permettent d'affirmer le déplacement de l'organe.

A l'état de santé, lorsque le rein présente son volume normal, si l'on cherche par la palpation bimanuelle, le *procédé du ballotement* (Guyon), ou le mode de préhension conseillé par Glénard, l'extrémité inférieure de l'organe, cet examen est négatif.

Mais, quand le rein augmente de volume, ou lorsqu'il s'abaisse, on perçoit nettement cette extrémité, au moment des grandes inspirations (premier degré ou pointe de néphroptose); Kuttner et Glénard distinguent, en outre, deux variétés de rein mobile, suivant l'étendue de l'organe accessible à la palpation. Quand le rein est abordable dans son entier (Küttner), c'est-à-dire lorsqu'on peut former un sillon au-dessus du rein, en comprimant les tissus avec les doigts (Glénard), on est en présence du vrai *rein mobile*. Au degré le plus élevé, il s'agit du *rein flottant*.

Dans le cas de rein mobile et de rein flottant, il n'est pas nécessaire de rechercher l'organe par le ballotement, la palpation suffit; on trouve au-dessous du rebord costal, à la région épigastrique ou dans l'une des fosses iliaques, une *tumeur lisse ovoïde légèrement bombée* sur ses faces, présentant une de ses extrémités arrondie.

En général, d'une consistance ferme, elle n'est pas douloureuse, sauf au moment des périodes menstruelles et dans le cas de congestion consécutive à la torsion des uretères; elle a les dimensions et la forme du rein, le diagnostic s'impose. Certains de ces reins se déplacent avec la plus extrême facilité, à

peine ont-ils été explorés qu'ils fuient sous les doigts et regagnent momentanément leur loge d'où il est difficile de les déplacer à nouveau. D'autres s'échappent et reviennent avec la même rapidité, on peut les faire voyager dans l'abdomen et leur faire dépasser la ligne médiane (Drysdale). Au cours de ces explorations, les accidents consécutifs à l'étranglement rénal peuvent éclater, provoqués par des manœuvres faites sans précaution.

Dans certaines observations où le rein est depuis longtemps en position d'ectopie, on peut constater du même côté la *dépression lombaire* (Rayer, Trousseau, Fritz, Labadie-Lagrave), symptôme contesté par Keppler, Duguet, Buret, Landau. A la percussion de la région lombaire, les malades étant couchés sur le ventre, on note la disparition de la matité et de la résistance au doigt (Trousseau, Piorry, Guttman).

Ce signe manquant assez souvent, beaucoup d'auteurs n'y attachent aucune importance. Il est utilisable cependant dans quelques cas. La recherche du ballotement permet de diagnostiquer des déplacements faciles, Lindner et Israël conseillent d'explorer l'abdomen en mettant les malades dans le *décubitus latéral*, les cuisses fléchies; on pourrait ainsi saisir le rein et parcourir sa surface jusqu'au hile. Küttner recommande d'examiner les malades debout; dans les cas douteux on utilisera les inspirations profondes.

La tumeur se déplace souvent d'elle-même sous l'influence de certains mouvements et reparait à l'occasion de mouvements contraires, décubitus alternatif à gauche et à droite ou mouvements respiratoires exagérés. Une fois que l'exploration a permis de trouver le rein et de le saisir, il est assez facile de le ramener à sa position normale et de le réduire complètement; cette réduction doit être tentée *en haut, en arrière et en dehors*, surtout si l'on profite pour cela d'un mouvement d'expiration (Guiard). Ces tentatives de réduction sont quelquefois couronnées de succès; quand la luxation du rein est la conséquence d'un traumatisme violent, le déplacement peut ne plus se reproduire, la guérison s'obtient en quelques jours. Dans d'autres circonstances, le traumatisme est le point de départ d'un rein mobile permanent (Bruhl).

Dans la plupart des cas la *palpation* de la tumeur ne donne lieu à aucune sensation pénible. Trousseau avait noté cependant une sensibilité spéciale qu'il comparait à celle que provoque la pression d'un rein normal. Si par contre on déplace le rein, on produit le plus souvent une douleur sourde avec état de malaise, nausées et tendance à la syncope, comme si l'on mettait en jeu par cette exploration le sympathique abdominal. Enfin, la palpation sera toujours douloureuse si le rein ectopie est entouré d'une zone de périnéphrite, de péritonite localisée, ou le siège d'altérations diverses.

Certains auteurs reconnaissent trois périodes dans la *marche* de l'ectopie rénale :

Dans la *première*, le rein n'a subi qu'un *déplacement léger*. Ce premier degré correspond à la *pointe de néphroptose* de Glénard. Pour le percevoir, on commande au malade de faire une forte inspiration. L'extrémité inférieure du rein glisse au-dessous des fausses côtes où les doigts la sentent sans pouvoir la saisir; aussitôt l'inspiration finie, le rein remonte et se dérobe par échappement. Chauffard donne à ce premier degré le nom de *rein abaissé*. De temps à autre, surtout à l'occasion des règles, d'une constriction trop forte ou d'exercices un peu violents, le rein devient le siège de douleurs spontanées que la pression



exaspère. Ces accès durent de quelques heures à plusieurs jours, puis l'organe rentre plus ou moins complètement à sa place en conservant encore pour quelque temps une sensibilité qui s'atténue peu à peu. A ce degré, la guérison complète et définitive est possible et n'est même pas très rare (Guiard).

Dans la seconde période, le déplacement et la mobilité sont permanents, les paroxysmes douloureux surviennent à des époques irrégulières.

Dans la troisième, la congestion s'accompagne de douleurs vives, d'inflammation périrénale, et le rein se trouve bientôt fixé par des adhérences. Dès lors le retour aux conditions normales est impossible. Le rein immobilisé et fixé reste soumis aux mêmes poussées congestives que le rein mobile; par exception il n'est pas douloureux, la guérison semble assurée. Le plus souvent, dit Becquet, au moment de la ménopause, on voit les crises douloureuses disparaître ou diminuer notablement.

**Complications.** — D'une façon tout exceptionnelle, on a signalé la compression d'organes importants, de la *veine cave* avec thrombose consécutive (observations de Girard et Landau).

Le rein déplacé peut comprimer les deux uretères au point de produire une *anurie complète*, dans ces cas les malades succombent à des accidents urémiques (Béhier, Labadie-Lagrave).

De toutes les complications, la plus importante comprend la série des accidents connus sous le nom d'*étranglement rénal*, déjà très exactement décrits par Trousseau.

Nous y avons fait allusion plus haut : on croit assister au tableau d'une péritonite aiguë, sauf que, dans la plupart des cas, la fièvre manque. Le ventre se ballonne, devient d'une sensibilité exquise. L'examen de l'abdomen est pour ainsi dire impraticable au moins pendant les premières heures, sinon on peut dès le début limiter par la palpation une région particulièrement douloureuse où se rencontre une tumeur d'un volume supérieur à celui du rein par suite de l'hypertrophie dont l'organe est le siège. Quand la crise s'est amendée, on perçoit dans l'un des flancs une *tumeur fluctuante*. Au bout de quelques heures ou de plusieurs jours, tout se calme, et après l'évacuation d'urines abondantes la tuméfaction du flanc disparaît; de pareils accidents peuvent se reproduire.

Diell suppose qu'il se développe au niveau du rein en migration une zone de péritonite. Cette explication a été depuis défendue par Rollet et Ebstein. Gilewski soutient l'idée de la compression de l'uretère entre le rein et un plan résistant, ou de la torsion de l'uretère sur lui-même. Dans les deux hypothèses, il se produirait un obstacle immédiat à l'écoulement des urines et par conséquent une *hydronéphrose aiguë*.

Mosler et Rosenstein contestent la véracité de cette explication. C'est néanmoins la plus vraisemblable, bien que l'idée d'une hydronéphrose aiguë soit difficile à accepter à cause du peu d'extensibilité du rein et du bassinet, la dilatation du bassinet paraissant devoir être toujours préparée de longue date. Landau supposait de son côté une torsion de la veine rénale, mais depuis, il accepte avec Gilewski, Senator, Lindner, Terrier et Baudouin l'hypothèse d'une *hydronéphrose aiguë intermittente*. Il est possible que, dans les premières crises, il n'y ait à la suite de la torsion de l'uretère qu'une certaine augmentation de volume du rein avec douleurs vives, émission d'urines rares et sanguinolentes, et, au moment du retour à la santé, évacuations d'urines abon-

dantes et limpides. Après un certain nombre de paroxysmes et de détentes, il pourrait se faire, d'après Terrier et Baudouin<sup>(1)</sup>, des adhérences entre le bassinet dilaté et l'uretère; le liquide ne pourrait plus dès lors s'écouler, l'hydronéphrose serait fermée.

Depuis que Glénard considère le *rein mobile* comme une manifestation de l'*entéroptose*, l'attention des médecins s'est portée sur la coïncidence des déplacements du foie, de la rate et des intestins venant compliquer la symptomatologie de l'ectopie rénale. Tuffier et Duchesne opposent le rein déplacé où l'affection entière gravite autour du rein et le *rein mobile compliqué* où tous les viscères abdominaux participent à la chute des organes, de sorte que la lésion rénale n'est plus qu'un élément d'un syndrome plus complexe.

Pour Glénard, la mobilité du rein est produite par l'entéroptose de la première anse transverse du côlon. Drummond dit que, dans presque tous les cas où le rein a été trouvé mobile, les autres organes abdominaux avaient en même temps leurs ligaments relâchés. Plus d'une fois il y avait un mésonéphron, mais beaucoup plus souvent le feuillet péritonéal était simplement distendu, de telle sorte que l'organe pouvait être placé dans de nombreuses et variables positions. Tuffier soutient que la néphroptose est un facteur secondaire, il s'agit d'une insuffisance de la ceinture abdominale; c'est pour le rein la disposition analogue à celle de l'intestin dans la *hernie de faiblesse* lorsque la paroi de l'abdomen ne peut plus résister à la pression intra-abdominale.

Les malades qui sont atteints de cette forme de *néphroptose* sont presque toujours des femmes, des névropathes chez lesquelles la menstruation s'est établie tardivement et n'a jamais été régulière. La peau de l'abdomen est flasque, dépressible, au point qu'on arrive presque toujours, et sans efforts, à sentir la colonne vertébrale; elle est parcourue de larges et nombreuses vergetures non en rapport avec le nombre des grossesses, comme si elle avait cédé au premier effort de tension (Duchesne). Lorsque les malades sont debout, leur ventre est plus ou moins tombant; dans le décubitus, l'abdomen s'affaisse, s'étale et s'aplatit; si l'on fait asseoir la malade, le ventre prend l'aspect *trilobé* déjà indiqué par Malgaigne. L'abaissement s'observe bientôt sur l'autre rein; plus tard, l'utérus en rétroversion s'abaisse, la vessie vient faire saillie au niveau de l'orifice vulvaire, le rectum déborde l'anus; on constate aussi une tendance aux hernies. Rayer avait déjà signalé une hernie crurale contenant le cæcum et qui se compliquait d'un rein flottant.

Des *troubles digestifs* avec dilatation considérable de l'estomac, des sensations douloureuses qui font dire aux malades que leurs intestins se réunissent au bas du ventre et tombent, des désordres nerveux hystériques et neurasthéniques avec mélancolie et tendance au suicide, des modifications nombreuses du système vasculaire, varices, hémorroïdes, cardiopathies, constituent les principaux symptômes qui accompagnent cette variété de *néphroptose* (Duchesne). D'après Tuffier et Duchesne, chez ces malades tous les tissus sont de mauvaise qualité; il y a atonie gastrique, intestinale, nerveuse. L'état névropathique dérive peut-être autant de cette cause que des troubles consécutifs à la dilatation de l'estomac, peut-être aussi de l'épuisement nerveux. Si l'on ajoute que

(1) F. TERRIER et M. BAUDOUIN. *De l'hydronéphrose intermittente*. Paris, 1891, et M. BAUDOUIN. *L'hydronéphrose des reins mobiles (hydronéphrose intermittente)*. *Gaz. hebdomadaire*, 1892. VOIZOT. *Hydronéphrose intermittente par déplacement du rein*. Thèse de Paris, 1900.