

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.



la masse intestinale ptosée agit sur les nerfs abdominaux dont l'irritation rétentit douloureusement sur les centres, on aura réuni toutes les conditions qui déterminent l'existence du *rein mobile compliqué* et lui impriment une physionomie caractéristique. L'entéroptose, comme la chute du foie, du rein et de la rate, ne serait qu'un des accidents d'une maladie générale non encore décrite, véritable dystrophie caractérisée par un état d'infériorité physiologique des tissus et des différents systèmes (Tuffier).

Par ces quelques données, il apparaît que la dénomination de rein mobile s'applique aujourd'hui à des groupements de faits assez différents les uns des autres. Les observations recueillies depuis l'emploi de méthodes d'exploration plus rigoureuses établissent la très grande fréquence du déplacement de l'organe. La mobilité, précédant l'ectopie, reconnaît pour cause principale la laxité des attaches du rein avec les parties qui l'entourent. Si le déplacement s'observe surtout chez la femme et du côté droit, c'est sans doute par suite de certaines habitudes de constriction de la base du thorax qui lui sont propres et par l'intermédiaire du foie abaissé et déformé. Comment relier à cette mobilité les troubles digestifs et les désordres nerveux? Sont-ils en relation immédiate avec l'ectopie du rein, ou ne représentent-ils que des phénomènes surajoutés et concomitants tributaires de l'hystérie ou de la neurasthénie? Les deux opinions sont soutenables, car si, d'un côté, la maladie peut être absolument latente, bien que le rein soit déplacé, de l'autre, l'ectopie rénale se traduit par des troubles digestifs et nerveux qui se dissipent lorsque le rein est maintenu ou fixé. Il est vrai que même en cette circonstance on peut soutenir que le rein mobile ne fait qu'éveiller ou rendre manifeste une disposition nerveuse jusqu'alors méconnue.

L'interprétation des phénomènes rapportés au *rein mobile compliqué* paraît plus difficile encore. Si l'on accepte que le seul déplacement du rein explique la dyspepsie et les troubles nerveux qui l'accompagnent, comment ne pas admettre que la chute du foie, de la rate, de l'intestin, la ptose générale des viscères puisse amener les mêmes effets? Dans les deux séries de troubles, le sympathique abdominal est continuellement sous le coup d'excitations et de froissements qui peuvent retentir sur le système nerveux central, et provoquer des perturbations du côté de l'estomac et de l'intestin. On ne saurait dans ces conditions rapprocher le rein mobile simple du rein mobile compliqué. En tout cas, on n'a pu, jusqu'à ce jour, démontrer que le ventre tombant avec rein mobile n'est que l'exagération du rein mobile simple, et que l'explication s'en trouve dans la distension et le relâchement des parois abdominales, conséquence lointaine de grossesses répétées. Cette question est encore à l'étude; il en est de même, on le sait, de l'ensemble des troubles décrits par Glénard sous la dénomination d'entéroptose.

**Diagnostic.** — Une maladie qui peut se dissimuler sous les traits de la *dyspepsie* ou de la *neurasthénie* est toujours d'un diagnostic difficile. Les troubles nerveux et dyspeptiques sont si fréquents chez la femme, et reconnaissent des origines si nombreuses, qu'il est impossible, avant d'avoir épuisé la longue liste des affections donnant lieu à ces sympathies, de songer de prime abord à l'une des formes latentes du rein mobile. Il suffit d'en être averti pour ne pas laisser de côté cette cause importante de désordres.

Dans tout examen complet d'un malade, l'exploration rénale est faite aujour-

d'hui avec le soin que l'on apporte à l'investigation des autres appareils. Aussi les erreurs et les oublis sont-ils moins nombreux qu'autrefois. On laissera donc difficilement passer un simple abaissement, encore moins une véritable ectopie du rein. Quand la tumeur est abordable, les difficultés du diagnostic n'augmentent pas, bien loin de là; les erreurs, sauf exception, se limitent à un petit nombre de faits.

Il faudra se rappeler que le rein peut se présenter immédiatement sous le foie par une de ses extrémités avoisinant la vésicule biliaire, comme dans les observations de Potain. Dans d'autres circonstances, il peut être fixé en ectopie dans une région quelconque de l'abdomen, et, s'il est déformé, en imposer pour une *tumeur de l'épiploon*, de *l'estomac*, de *l'intestin*, de *l'utérus* ou de *l'ovaire*, et même pour un début de grossesse.

Si les symptômes *douloureux* sont les plus saillants, c'est avec les névralgies diverses, intercostale, iléo-lombaire, crurale, sciatique, que le diagnostic restera en suspens. Les crises paroxystiques seront quelquefois attribuées à tort aux coliques hépatiques, néphrétiques, à la gastralgie simple, à un début de péritonite ou d'obstruction intestinale, à la colique de plomb ou même à de simples douleurs hystériques.

Si l'on excepte les observations rares d'étranglement et d'urémie, l'ectopie rénale n'offre pas de gravité. « Cette affection, dit Trousseau, ne devient grave que par les erreurs auxquelles elle peut donner naissance et le traitement erroné qui en découle. »

Le rein mobile constitue cependant, chez certains malades, sinon une maladie sérieuse, au moins une véritable infirmité. De temps à autre se produisent des congestions hyperémiques avec chute plus marquée du rein, ces accès coïncident fréquemment chez les femmes avec la période menstruelle. A ce moment, la situation des patientes est des plus pénibles; une douleur sourde avec exacerbations fréquentes est une cause de malaise et d'anxiété continuels. L'appétit se perd, les malades se découragent et une fois la santé revenue restent sous la crainte d'une crise nouvelle; de sorte que leur état mental est désespérant. Sous l'influence d'une grossesse, les troubles peuvent s'amender, disparaître et le rein reprendre sa place (Fritz, Høere, Oppolzer). L'amélioration se fait souvent attendre jusqu'à l'âge de la ménopause.

Quand les accidents se répètent ou prennent une acuité trop considérable, l'intervention devient nécessaire.

**Traitement.** — Lorsque le médecin, prévenu par un ensemble de symptômes démonstratifs, aura complété son diagnostic par la palpation et constaté la présence d'un rein mobile, son premier soin devra consister à en opérer la *réduction*. Étant donné la situation normale du rein et son déplacement habituel, c'est presque toujours en *haut*, en *arrière* et en *dehors* que cette réduction sera tentée. Des dispositions très particulières peuvent se présenter et obliger le médecin à modifier les manœuvres de réduction. On se guidera sur les données fournies par l'examen direct. Dans beaucoup d'observations la réduction a été obtenue avec la plus grande facilité, mais, si le rein, malgré des tentatives nombreuses, ne peut être à nouveau délogé, cela ne veut pas dire qu'il soit irrémédiablement réduit. Sous l'influence d'un effort ou de la station debout, la chute pourra se reproduire, si même elle ne s'effectue pas spontanément.



Dans ces conditions, il faut maintenir l'organe par un bandage de corps ou par une pelote appropriée, ou mieux encore par la sangle de Glénard. On empêche ainsi les déplacements et l'on peut contribuer à rendre la réduction définitive. En tout cas le bandage contentif avec pelote peut avoir comme effet de remédier même dans les cas complexes à l'entéroptose et au déplacement du rein, par suite de mettre un terme aux malaises, aux douleurs et aux troubles digestifs qui accompagnent si fréquemment ces états.

Le bandage, la pelote et la sangle ne donnent pas constamment le résultat que l'on cherche, le rein se dérobe, ou, malgré le temps, reste toujours facile à mobiliser sous la plus légère pression. Il n'y a pas dans ces nouvelles circonstances indication à modifier la ligne de conduite; l'intervention est au contraire inévitable si le déplacement du rein donne lieu aux douleurs, aux troubles digestifs et aux accès de mélancolie dont nous avons parlé. L'opération consiste à aller à la recherche du rein et à le fixer à la paroi abdominale aussi haut que possible par plusieurs points de suture. La néphropexie exécutée d'abord par Hahn a été répétée par Tuffier<sup>(1)</sup> et Bazy<sup>(2)</sup> avec succès. Cependant, le maintien de l'organe n'est pas toujours définitif et la chute peut se reproduire.

L'étranglement cède habituellement au décubitus horizontal, aux fomentations calmantes et à l'emploi des narcotiques; il est inutile de faire des tentatives pour redresser l'uretère, les accidents se dissipent d'eux-mêmes. On peut en dire autant des accidents de l'hydronéphrose intermittente bientôt suivis d'une débâcle urinaire. Une fois la détente obtenue, on pratiquera la néphrorraphie. La néphrectomie doit être réservée aux cas exceptionnels où des accidents de péritonite sont imminents. Elle sera de même indiquée si le rein est en même temps le siège d'une altération avancée, pyélonéphrite ou tumeur.

## CHAPITRE XXIII

### LITHIASÉ RÉNALE

De nouvelles méthodes thérapeutiques appliquées au traitement des gros calculs du rein ont profondément modifié le pronostic des formes graves de la lithiasé rénale. Par ce côté, cette maladie appartient désormais au domaine de la chirurgie. Cependant, comme elle est d'observation journalière, et que dans ses allures les plus communes elle est susceptible d'amélioration et de guérison, soit spontanément, soit à la suite d'une intervention médicale, il faut étudier successivement ses origines, ses manifestations cliniques les plus saillantes telles que la colique hépatique et certaines complications comme l'hématurie, la pyélonéphrite, l'hydronéphrose et l'anurie qui peuvent modifier d'un moment à l'autre la ligne de conduite à tenir.

<sup>(1)</sup> Pour le traitement chirurgical, voir TUFFIER. *Traité de chirurgie*, t. VII, art. REIN MOBILE.

<sup>(2)</sup> P. BAZY. Des formes graves du rein mobile, de la cachexie néphroptosique et de son traitement par la néphropexie. *Rev. de Gyn.*, 1899.

Hippocrate et Galien signalaient déjà l'influence de la diète aqueuse dans le traitement des calculs urinaires, mais Arétée montrait que les lithotriptiques n'avaient aucune action sur les calculs d'un certain volume. Dès cette époque, l'insuffisance de la thérapeutique interne se trouvait établie. La maladie était d'ailleurs trop mal connue pour que cette lacune fût rapidement comblée.

Morgagni en signalant les formes latentes de la lithiasé, Van Swieten en montrant le rôle de la stagnation de l'urine et Sydenham en insistant sur les relations étroites de la goutte et de la gravelle, et sur l'hématurie consécutive à la présence de calculs dans le bassinet<sup>(1)</sup> contribuèrent chacun pour une grande part à compléter l'histoire clinique de cette affection.

Les recherches ultérieures de Scheele sur l'acide lithique (acide urique de Pearson); de Wollaston et Bergmann, sur la composition de certains calculs formés de phosphate ammoniaco-magnésien, d'oxalate de chaux et d'oxyde cystique; de Fourcroy et Vauquelin, sur la présence dans certaines pierres d'urate d'ammoniaque et de silice; de Marcet, sur l'oxyde xanthique et les calculs fibreux; de Brugnatelli et Prout, sur les simples dépôts pulvérulents, ont ouvert la période chimique fermée par les remarquables travaux de Magendie, Bigelow et C. Robin.

Les traités de Rayer et de Civiale, si riches en observations de tous genres, et tous les travaux publiés depuis, en faisant mieux connaître les formes multiples de cette affection et les complications qu'elle engendre, conduisent jusqu'à la période chirurgicale, où la médecine garde sa place dans la thérapeutique de la gravelle et des graviers peu volumineux; le rôle de la chirurgie ne commence légitimement que là où la médication interne est reconnue impuissante (Le Dentu)<sup>(2)</sup>.

**Étiologie et pathogénie.** — La composition chimique des calculs, graviers ou sables déposés dans les conduits excréteurs des reins et le bassinet, démontre que ces concrétions proviennent de la précipitation de substances normalement dissoutes dans le sang et l'urine. Il semble donc qu'il n'y ait qu'à rechercher les conditions favorables au dépôt et à la précipitation de ces substances salines, pour établir la pathogénie de la lithiasé rénale, mais, malgré la simplicité apparente du problème à résoudre, les résultats obtenus jusqu'à ce jour sont encore incomplets, et leur valeur incertaine.

A. — Pour une première catégorie de faits, l'on suppose que la formation des calculs et des graviers est subordonnée à l'inflammation des muqueuses. L'urine, au contact de surfaces enflammées, subirait une modification dont l'un des principaux effets consisterait dans le dédoublement et la précipitation de sels dissous. La théorie du catarrhe lithogène de Meckel<sup>(3)</sup> est l'expression la plus ancienne de cette manière de voir. Sous l'influence d'un catarrhe spécifique, les muqueuses seraient recouvertes d'un mucus oxalique avec transformation secondaire en acide urique, urates et phosphates. L'objection la plus sérieuse que l'on puisse faire à la théorie de Meckel est la rareté du catarrhe considéré

<sup>(1)</sup> D'après l'observation de Sydenham intitulée : Dissertation sur le pissement de sang causé par une pierre engagée dans les reins, tirée de la *Médecine pratique* de Sydenham. Trad. 1816, t. II, p. 188, citée par Dieulafoy. *Path. int.*, t. III, p. 240.

<sup>(2)</sup> LE DENTU. *Affections chirurgicales des reins*, 1889.

<sup>(3)</sup> Voir aussi CROZANT. Coliques néphrétiques et gravelle. *Union méd.*, 1851.