

# De l'ectopie rénale

Autor(en): **[s.n.]**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Bulletin de la Société des Sciences Naturelles de Neuchâtel**

Band (Jahr): **12 (1879-1882)**

PDF erstellt am: **28.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-88149>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

## De l'Ectopie rénale.

Pendant l'été de 1879, que je passais à Berne, un collègue me pria de voir avec lui à la campagne une de ses clientes, atteinte depuis plusieurs jours d'une affection dont le diagnostic restait obscur.

Cette personne était tranquillement assise chez elle un dimanche, se reposant des travaux de la semaine, lorsqu'elle fut prise subitement de violentes douleurs dans le ventre et dans toute la poitrine.

Elle se mit immédiatement au lit, et peu après apparut dans l'hypochondre droit une tumeur sur la nature de laquelle il était encore difficile de se prononcer.

Je la vis le troisième jour de sa maladie; c'était le 16 juillet. Ce jour-là, l'état général était assez bon, la température normale, la fréquence du pouls de 100 pulsations, la langue blanche, l'urine normale. La malade se plaignait de douleurs dans l'hypochondre droit, avec élancements dans le côté droit du thorax et à l'épigastre. Elle a essayé de se lever et a éprouvé de si violents tiraillements dans l'abdomen, qu'elle s'est vue forcée de se remettre au lit; les inspirations sont fréquentes et peu profondes. Cependant le repos a sensiblement calmé les douleurs; elles ne sont du moins plus continuelles comme au début.

A la vue, on constate sur la paroi abdominale une bosselure de 5 à 6 centimètres de diamètre, partant du rebord costal droit et atteignant le niveau de l'ombilic. On voit cette saillie descendre légèrement sous l'influence des mouvements d'inspiration. A la palpation, on sent une tumeur arrondie, bosselée, pas très dure et glissant sous le doigt à chaque contraction du diaphragme.

Mais l'hypochondre droit et l'épigastre sont très douloureux à la pression; aussi est-il impossible de déterminer exactement les limites et le volume de cette tumeur.

Il est difficile de dire jusqu'à quel point, en médecine, il faut se défier de sa première impression. La mienne fut que nous avions affaire à une coprostase, dans la partie supérieure du colon ascendant. Mais ce n'est point là le lieu d'élection de ces tumeurs, et cet arrêt des matières devait alors dépendre d'une cause cachée qui, pour le moment, nous échappait complètement. De plus, des purgatifs administrés les jours précédents, avaient amené deux selles par jour, liquides et sans masses dures.

La tumeur se présentait sous la forme d'un appendice du foie, suivait les mouvements respiratoires, partait, en un mot, de la région occupée par la vésicule biliaire, et je me demandais si nous n'étions point en présence d'une cholécystite, c'est-à-dire d'une inflammation de cet organe.

Nous aurions eu, en premier lieu, une attaque de coliques biliaires, occasionnée par le passage d'un calcul et suivie de l'inflammation de la vésicule, dilatée par une certaine quantité d'autres calculs. En effet, la consistance des gros calculs biliaires varie et pouvait encore paraître diminuée par des parois épaissies et œdémateuses. Il n'y avait pas d'ictère; mais l'ictère n'est pas la règle absolue dans les cas de coliques biliaires, et l'absence d'ictère est un des caractères de la cholécystite.

Bref, pour ce jour-là, impossible d'arriver à un diagnostic sûr.

Coprostase avec cause inconnue, ou cholécystite,

telles étaient les deux alternatives. En tout cas, irritation péritonéale de toute la région.

Prescriptions : repos complet au lit ; glace à l'extérieur ; opium à l'intérieur ; lait et bouillon.

Le lendemain, 17 juillet, le pouls est à 80, la douleur à la pression a beaucoup diminué. Il n'y a pas eu de selle, mais il existe du gargouillement ; la tumeur a diminué de volume et paraît plus tendre. Donc le diagnostic de coprostase est assuré. En palpant l'hypochondre droit plus accessible, j'éprouve la sensation d'un corps dur qui ne se retrouve plus. Du reste, les contractions réflexes des muscles abdominaux rendaient encore impossible tout examen des régions profondes.

Même traitement.

Le 18, la tumeur a encore diminué de volume ; elle est molle, se laisse aplatir contre la colonne vertébrale : ce sont bien des masses fécales retenues dans un intestin œdématié. L'urine est normale, l'état général est bon, l'appétit revient un peu.

On supprime la glace et l'opium et on prescrit un lavement.

Je ne revis la malade que le 21 juillet. Le matin précédent, à la suite d'un lavement, il était arrivé une assez grande quantité de scybales de la grosseur d'une petite noix, dures, à facettes, sèches à l'intérieur. C'était là le contenu de la tumeur, qui peu à peu s'était ramollie et avait continué sa marche brusquement interrompue. L'endroit où elle avait siégé n'était plus indiqué que par un peu d'empâtement et la douleur à la pression avait tellement diminué qu'un examen des régions profondes devenait possible.

Je tombai alors sur un corps mobile échappant à la pression, mais que je réussis enfin à maintenir contre la colonne vertébrale. C'était au niveau de l'ombilic. Il était lisse, d'une résistance élastique, sensible à une pression un peu forte. C'était, à n'en pas douter, un rein flottant. Il était facile d'en palper le grand côté convexe en dehors, et les deux extrémités arrondies en haut et en bas. Il se laissait repousser avec la plus grande facilité sous le foie et une pression sur la région lombaire le ramenait non moins facilement en avant. Je vis la malade encore deux fois et je pus, ainsi que mon collègue, confirmer mon diagnostic.

Là-dessus, je quittai Berne en conseillant une ceinture élastique, une fois que toute trace d'irritation aurait disparu.

Je dois à l'obligeance de M. le Dr de Schiferli, le médecin traitant, les détails que je puis vous donner sur la suite des événements.

La situation continua à s'améliorer; les selles devinrent régulières et on fit faire à la malade une ceinture élastique.

Le 29 juillet, elle était debout, faible, mais sans douleurs, ne se plaignant que d'un peu de gêne, produite par la ceinture qu'elle sentait cependant le besoin de porter.

Le 30 juillet, le médecin est appelé le soir. Il trouve la malade dans le même état que la première fois. Nouvelle péritonite localisée dans toute la partie supérieure de l'abdomen; sensibilité extrême au toucher; douleurs provoquées par le moindre mouvement et sensation d'un corps résistant à l'endroit où siégeait la première tumeur; élancements névralgi-

ques dans le dos et tout le thorax, accompagnés d'angoisses et de dyspnée; le pouls est à 100, la langue est chargée.

Cette récurrence avait débuté déjà dans l'après-midi du 29 juillet par de légères douleurs dans l'hypocondre droit. La malade s'était couchée, mais les phénomènes inflammatoires étaient allés en empirant. On répéta les applications de glace et l'opium.

Le lendemain, les douleurs spontanées avaient diminué, la respiration était plus tranquille, mais la sensibilité du ventre était la même et l'on constatait un météorisme général. Le Dr Demme, consulté, vit la malade le soir de ce jour, mais ne put se prononcer sur la cause de ces accidents, l'examen étant rendu impossible par le tympanisme intestinal. Il recommanda le même traitement.

Petit à petit, ces symptômes s'amendèrent, et, le lundi 4 août, la malade fut transportée à l'hôpital de l'île.

J'écrivis immédiatement à l'interne du service de M. le professeur Lichtheim, qui confirma notre diagnostic.

Comme la première fois, notre patiente fut bientôt sur pied et sortit de l'hôpital munie d'une ceinture abdominale à pelotte, qui ne lui causait pas de gêne. J'ai eu l'occasion de m'en informer, il y a trois semaines; les accidents aigus ne se sont plus renouvelés.

Le fait le plus intéressant dans cette observation est sans contredit cet amas de matières fécales formant tumeur dans la partie supérieure du colon ascendant. La constipation est la règle dans ces cas; il y a possibilité de prendre une coprostase pour un

rein flottant ou vice-versa, mais ce qui est certainement peu commun, c'est de voir l'ectopie rénale masquée par une tumeur stercorale. En se déplaçant, le rein est venu comprimer l'intestin, dont les contractions ont été en outre paralysées par l'œdème inflammatoire et l'irritation péritonéale.

Vous me permettrez, Messieurs, de vous citer encore un second cas de déplacement du rein droit, que j'ai pu observer ici l'année dernière et qui ne manque pas non plus d'intérêt.

C'était le 24 septembre. Je me rendais justement auprès d'un malade qui m'inquiétait beaucoup, lorsque je fus accosté par un individu qui me supplia de venir immédiatement voir sa femme. Elle a des coliques atroces et voilà deux jours qu'elle ne va pas à selle, me dit-il. Je me voyais dans l'impossibilité de m'arrêter; néanmoins j'y courus pour me rendre compte de la situation et envoyer la malade à l'hôpital. Je trouvai une femme extrêmement amaigrie et pâle; elle me raconta que, travaillant tranquillement à l'établi deux jours auparavant, elle avait ressenti subitement une douleur si aiguë dans le ventre, qu'elle en était tombée par terre presque sans connaissance; on la transporta dans son lit, elle eut des vomissements et ne pouvait encore supporter aucune nourriture. Les douleurs avaient diminué par le repos, mais revenaient encore par accès; ce qui l'inquiétait surtout, c'était la constipation à laquelle elle n'était point sujette.

La température était normale, le pouls petit et fréquent, le ventre assez plat, douloureux dans toute la partie droite; la région iléo-cœcale présentait une matité évidente; il y avait là une tumeur peu résis-



tante, mais assez douloureuse pour empêcher un examen approfondi. Du reste, je n'avais pas le temps de le faire. J'écrivis un certificat pour l'hôpital, déclarant la malade atteinte d'une occlusion intestinale dont je n'avais pas le loisir de rechercher la nature et la cause.

En attendant le transfert, je prescrivis des applications de glace sur la région douloureuse, des pilules de glace et de l'opium à l'intérieur ; quant à un lavement, on le donnerait à l'hôpital.

Le lendemain, j'y retournai pour avoir des nouvelles, et quel ne fut pas mon étonnement de trouver ma malade encore chez elle. Immédiatement soulagée par la glace et l'opium, elle avait jugé inutile de se déplacer.

Je fis alors un examen plus complet, et je trouvai de nouveau dans l'hypochondre droit un *rein flottant*. A travers les parois abdominales minces et souples, on pouvait facilement en reconnaître la forme et la position. M. le Dr Albrecht m'ayant demandé de voir la malade, put se convaincre du fait.

Quelques lavements amenèrent des selles ; au bout de peu de jours ma patiente se levait, et quelque temps après, elle quittait Neuchâtel sans m'avertir. Je n'en ai plus entendu parler.

Là encore, les premiers symptômes simulèrent une occlusion intestinale.

Je saisis l'occasion, Messieurs, pour vous dire encore quelques mots sur l'étiologie, le diagnostic et enfin le traitement de cette affection fort intéressante et beaucoup plus fréquente qu'on ne pourrait le croire.

Je laisse tout à fait de côté l'*ectopie rénale fixe*,



c'est-à-dire l'anomalie constituée par le déplacement du rein et sa fixation à une certaine distance de son siège accoutumé; cette anomalie, souvent congénitale, ne donne lieu à aucun symptôme spécial; les phénomènes dont elle peut être la cause se retrouveront dans la symptomatologie du rein flottant. L'importance clinique de ce dernier est bien plus considérable, et c'est le seul dont nous nous occuperons.

La cause première du rein flottant reste encore dans l'obscurité. Le rein droit est plus souvent atteint que le gauche. Sur 91 cas de reins flottants, Ebstein trouve 65 reins droits, 14 reins gauches, et 12 cas dans lesquels les deux reins étaient déplacés.

Le rein droit est situé un peu plus bas que le gauche; son artère est plus longue. On le trouve parfois muni d'une sorte de mésentère qui en favorise la mobilité; mais ce dernier cas est très exceptionnel. Par sa position immédiatement au-dessous du foie, avec lequel son extrémité supérieure est en rapport, il est peut-être plus exposé à subir l'influence des efforts brusques d'inspiration. En somme, on n'a pas trouvé, jusqu'à présent, de raison très palpable à cette préférence du rein droit à se déplacer.

Dans les statistiques de cette affection, le sexe féminin est représenté par une proportion beaucoup plus considérable que le sexe masculin : Dietl trouve 100 femmes pour 1 homme. Rosenstein et Ebstein, 100 femmes pour 18 hommes. C'est surtout entre 30 et 65 ans qu'on rencontre cette affection, mais les enfants n'en sont pas exempts. On en cite des exemples chez trois petites filles de 6 à 10 ans et chez un garçon de 9 ans. Je mets en regard de ces chiffres les

onze cas cités par le Dr Keppler, représentés, chose très curieuse, par 6 hommes et 5 femmes.

Le relâchement des parois abdominales, suite de grossesses répétées, la pression du corset, les quintes de toux violentes et prolongées, les marches forcées, une chute, un amaigrissement rapide qui enlève au tissu périrénal la graisse dont il est largement pourvu et le rend plus lâche, sont autant de causes favorisantes. Plus rarement, on peut invoquer comme cause de déplacement une hypertrophie du foie et de la rate, une augmentation de volume du rein (hydronéphrose ou cancer). Chez la première de nos deux malades, il ne m'a pas été possible de rien découvrir à cet égard. Son travail n'était pas particulièrement pénible, les parois abdominales n'étaient point relâchées à l'excès, elle n'avait jamais rien senti, disait-elle, avant l'attaque dont je vous ai parlé et qui s'était produite encore sans raison palpable.

Dans quatre des onze cas précités et très soigneusement observés, le déplacement s'était produit subitement à la suite d'un effort; dans l'un d'eux on pouvait invoquer un amaigrissement rapide à la suite d'un typhus; dans un second cas, le rein s'était disloqué dans les premiers jours qui suivirent un accouchement; dans un troisième, les deux causes précédentes étaient en jeu. Dans les quatre derniers cas, enfin, on n'avait pu découvrir de cause appréciable et la dislocation paraissait s'être produite peu à peu.

La seconde de nos malades prétendait avoir maigri considérablement ces derniers temps, sous l'influence probable de la misère; quant à la cause occasionnelle du déplacement, elle nous échappe encore.

Le déplacement se produit parfois petit à petit,

provoquant des sensations anormales, des douleurs, des tiraillements dans la région lombaire, etc., etc., ou bien il se fait tout à coup comme chez nos deux patientes. Un fait particulier et qui doit attirer l'attention du médecin, c'est la disparition entière quelquefois, ou tout au moins la diminution très sensible des douleurs sous l'influence du repos au lit. C'est ce qu'on ne peut évidemment pas attendre d'un étranglement interne ou des autres affections de l'abdomen, que l'on pourrait confondre avec le rein flottant. Néanmoins, on n'acquiert une sûreté absolue dans le diagnostic que par la constatation directe de l'organe mobile, qui, une fois la douleur atténuée, est en général assez facile.

Pour cela, il faut placer une des mains sur la région lombaire et y opérer une pression, en même temps qu'avec l'autre on palpe profondément la région abdominale antérieure.

Une inspiration profonde pourra aussi renvoyer en avant le rein mobile qui parfois se cache sous le foie.

On constatera la surface lisse de l'organe, ses extrémités arrondies, quelquefois la présence d'un battement, celui de l'artère rénale à son entrée dans le hile. Par cette méthode, on arrive même souvent à palper les reins dans leur situation normale.

Quant à la dépression lombaire qui doit exister dans ces cas du côté atteint, j'avoue qu'elle ne m'a pas frappé dans ceux que j'ai examinés.

La percussion, dit-on, doit donner un son plus clair du côté du rein déplacé; ici encore il a été démontré qu'à travers l'épaisse couche musculaire qui protège le rein en arrière, la percussion ne peut donner de

résultats probants. De plus, le docteur Keppler, de Venise, qui a fait une étude très spéciale de cette maladie, n'a jamais constaté le fait, mais en revanche il a reconnu la persistance de cette matité physiologique dans deux cas où le rein avait été extirpé. Il faudrait donc se défier de ces moyens dans l'établissement du diagnostic.

L'urine est toujours normale, ce qui a eu lieu également dans nos deux cas, lorsque le rein déplacé est lui-même intact; s'il y a inflammation, étranglement ou dégénérescence, ce sera bien différent.

La pression exercée sur le colon ascendant détermine habituellement une constipation opiniâtre et peut même gêner le cours des matières fécales au point de provoquer tous les phénomènes d'un étranglement interne.

Mais à côté de ces symptômes, nous en trouvons d'autres moins caractéristiques. Certains malades sont excitables, nerveux, deviennent bizarres et emportés; cette nervosité se traduit chez les hommes par le groupe de symptômes auxquels on a donné le nom d'hypochondrie; chez les femmes, par de l'hystérie. Ces désordres chez la femme sont rapportés par quelques auteurs à une irritation du plexus nerveux ovarique anastomosé avec le plexus rénal, dont le tiraillement résulte presque forcément du déplacement du rein.

Les phénomènes nerveux qui peuvent résulter de la mobilité d'un rein varient à l'infini. Certaines personnes éprouvent des symptômes très analogues à ceux de l'ataxie locomotrice: douleurs dans les jambes, douleurs en ceinture, fourmillements, marche chancelante, diminution de la sensibilité des membres inférieurs, sentiment de fatigue continuel.

Le Dr Keppler cite, entre autres, le cas d'un individu atteint depuis six ans des symptômes précités, traité pendant tout ce temps-là pour une maladie de la moëlle, et chez qui il trouva un rein flottant. Son client n'en persista pas moins à croire sa moëlle épinière malade, tomba dans un état mélancolique profond et finit par se tuer.

L'autopsie montra la moëlle épinière et tous les autres organes intacts, mais la fosse iliaque contenait, dans une poche péritonéale, le rein droit déplacé.

Les douleurs irradiées peuvent se faire sentir jusqu'à l'occiput d'un côté, jusque dans les orteils de l'autre, et amènent à la longue un épuisement nerveux grave.

Les désordres des voies digestives sont également très fréquents : perte de l'appétit, envies de vomir, digestion défectueuse, constipation, voilà ce qu'on trouve souvent en permanence.

Le rein déplacé et suppuré peut donner lieu à de grandes difficultés de diagnostic : ainsi Nélaton en cite un cas où l'on se crut en présence d'un phlegmon iliaque ; on a vu dans un autre cas du même genre, rapporté par Cruveilhier, des selles purulentes, dues à l'ouverture des abcès du rein dans l'intestin.

Le pronostic de cette affection, comme vous le voyez, même dans les cas non compliqués, est fort peu rassurant. Les malades qui guérissent sous l'influence d'un traitement très persévérant ou spontanément à l'époque de la ménopause ou à la suite d'une grossesse, sont rares. En général, ils mènent une vie de souffrances presque incessantes ; une vie de précautions et de soins qui empêchent toute occupation suivie.

La mort peut arriver soit par épuisement nerveux, soit par péritonite, ou bien encore il survient une inflammation aiguë ou chronique du parenchyme rénal, un étranglement par torsion de l'uretère, suivi d'hydronéphrose et d'urémie.

Il sera intéressant de citer ici un cas de mort par épuisement, relaté par le Dr Keppler. Pendant ses études, il assistait, en 1863, à Stuttgart, à l'autopsie d'un homme qui, après beaucoup d'hésitation, avait été déclaré atteint de tuberculose pulmonaire. Le professeur avait encore insisté sur le diagnostic au moment de l'ouverture du corps. Mais au grand étonnement de chacun, on trouva chez cet individu, arrivé au dernier degré de la consommation, des poumons parfaitement sains. La seule anomalie qu'il fut possible de constater dans le cours de l'examen, fut un rein flottant. Le vieux professeur ne se laissa pas décontenancer et fit alors le diagnostic de *homo exhaustus*, *exhaustus* évidemment, mais encore aurait-il pu incriminer quelque peu le rein disloqué, qui constituait sans doute dans ce cas le corps du délit.

Quant au traitement, on prescrira avant tout, durant l'accès, le repos au lit dans le décubitus dorsal; avec des applications de glace sur le ventre, de l'opium à l'intérieur ou une injection de morphine, on combattra avec efficacité la douleur et l'inflammation. On cherchera à vaincre la constipation au moyen de lavements et on laissera les purgatifs, s'ils sont nécessaires, pour le moment où les douleurs auront diminué. Rien ne presse, à moins que l'amas des matières ne puisse être considéré comme favorisant l'inflammation.

Mais avec cela, on n'a pas encore fait grand chose ;



il faudrait pouvoir immobiliser le rein et c'est là le difficile.

Les ceintures élastiques, avec ou sans pelotte, auront certainement une influence favorable, en remplaçant par des parois résistantes les parois ordinairement relâchées de l'abdomen. Mais, dans la plupart des cas, le soulagement ne dure pas, les accidents aigus reparaissent, ou bien le malade continue à souffrir presque sans relâche.

Que faire alors ? Il y a encore une chance de salut, c'est l'extirpation de l'organe disloqué.

Cette extirpation d'un rein flottant a été faite pour la première fois en mars 1878, par le professeur Martin de Berlin, avec l'aide du Dr Keppler, de Venise, et répétée par eux au mois d'août de la même année, les deux fois avec un plein succès.

Le Dr Keppler fait de ces deux cas une analyse très détaillée dans les archives de chirurgie de Langenbeck.

Il s'agit, en premier lieu, d'une dame de Berlin, âgée de 47 ans et qui, à 18 ans, a considérablement maigri à la suite d'une fièvre intermittente, sans revenir jamais à son premier embonpoint.

Un an après la naissance de son unique enfant (neuf ans auparavant), elle fut prise de douleurs entre les épaules, de douleur et de raideur dans les jambes et le ventre, de vertiges, d'oppression, etc., etc. En même temps, les fonctions digestives s'accomplissaient mal, elle se sentait toujours fatiguée, marchait tout à fait courbée et menait une vie des plus misérables.

La cause unique de tous ces désordres était un rein



flottant qui se trouvait dans la région iléo-cœcale droite.

Tous les traitements adoptés n'ayant amené aucune amélioration à cet état désespéré, le professeur Martin se décida à tenter l'opération, qui fut acceptée avec bonheur.

Elle se fit dans le sommeil du chloroforme, sous une pluie d'eau phéniquée, en un mot avec toutes les précautions que comporte la méthode antiseptique de Lister. On pratiqua une incision de dix centimètres sur la ligne blanche entre le nombril et la symphise pubienne. Il fut facile de trouver le rein à droite, au milieu des anses intestinales, enfermé dans une poche péritonéale de dix centimètres de longueur environ. On l'attira au dehors, puis, après s'être assuré de la présence du rein gauche à sa place normale, le professeur fendit le péritoine sur le bord convexe du rein et l'en sépara peu à peu. Arrivé au hile, il fit une ligature en masse des vaisseaux et les divisa; le péritoine donna très peu de sang. Après avoir nettoyé toute la région au moyen d'éponges phéniquées, on sutura premièrement l'ouverture péritonéale avec du catgut, puis la plaie extérieure. Un pansement de Lister recouvrit le tout. L'opération avait duré trente-six minutes.

Dans les premiers jours qui suivirent, la malade se plaignit de frissons, de douleurs parfois très violentes dans le ventre, d'envies de vomir, de gonflements, mais la température resta à peu près toujours normale.

La quantité d'urine diminua notablement les premiers jours. On n'y trouva cependant pas de sang, mais parfois des sédiments et de l'albumine.

Un catarrhe putride de la vessie, occasionné par l'introduction d'une sonde mal nettoyée, retarda beaucoup la guérison. Néanmoins, le 24 avril, c'est-à-dire quatre semaines après l'opération, la plaie extérieure était entièrement cicatrisée, et dès lors la malade fit de rapides progrès.

Le 27 mai, deux mois après l'opération, elle sortait radicalement guérie. Elle se présenta de nouveau à la clinique le 15 juin. A cette époque, elle avait pris de l'embonpoint, et sa santé était si florissante que les médecins ne la reconnurent pas.

La seconde opération fut pratiquée sur une personne de trente ans, que le rein droit mobile avait également condamnée à l'inactivité. On prit les mêmes précautions antiseptiques. Mais le rein avait disparu lorsqu'on s'apprêta à ouvrir l'abdomen. Il fallut faire une incision de vingt centimètres et même coucher la malade sur le côté gauche pour faire reparaitre l'organe récalcitrant ; on procéda à son extirpation de la même manière que dans le cas précédent. L'opération dura cinquante minutes. Le premier jour, la quantité d'urine tomba à 400 grammes, mais dès le second jour elle commença à augmenter. Elle ne contient jamais d'albumine, mais fut parfois trouble et même puante.

Le 10 septembre, dix-sept jours après l'opération, la plaie extérieure étant complètement guérie, la malade fut envoyée chez des amis pour achever sa convalescence. Le 2 octobre, elle se présenta à la clinique, jouissant de la meilleure santé.

Ces exemples prouvent donc clairement qu'il est permis et même ordonné de pratiquer cette opération. Elle est indiquée même dans les cas non com-

pliqués, lorsque les douleurs rendent la vie insupportable aux malades et les condamnent à une incapacité absolue de travail. A plus forte raison se trouvera-t-elle en place dans les cas compliqués, où la vie du malade est alors menacée beaucoup plus directement.

Comme on le voit, le rein restant prend bien vite sur lui toute la charge qu'on lui impose en lui enlevant son confrère, et il n'en résulte aucun dommage pour l'organisme.

L'opération, grâce aux pansements antiseptiques actuels, n'est pas plus grave que l'ovariotomie, pratiquée chaque jour avec succès. M. Martin a eu l'heureuse idée d'extirper l'organe par la paroi abdominale antérieure. De cette manière, il est vrai, on divise deux fois le péritoine, le rein étant situé en arrière de cette membrane, mais le pansement de Lister a singulièrement diminué le danger des plaies péritonéales.

La néphrotomie ordinaire se fait par une incision de la région lombaire; seulement il ne faut pas oublier que le rein n'est pas à sa place, qu'on se verrait obligé de le chercher au fond d'une poche qu'il se forme en repoussant le péritoine devant lui, et qu'il faudrait beaucoup tâtonner; cette pratique serait donc en tout cas beaucoup plus longue, et les dangers d'infection s'en augmenteraient d'autant.

Dans les deux cas que j'ai eu l'occasion d'examiner, l'opération ne me semble pas encore indiquée, surtout pas dans le second; mais ils sont relativement récents et nous ne savons pas ce que l'avenir réserve à ces malades.

M. *Guillaume* dit que M. le D<sup>r</sup> Borel a récemment pratiqué à l'hôpital de la Providence l'opération d'un rein flottant, qui a parfaitement réussi. Il remercie M. Godet de son travail et exprime le désir que MM. les médecins de notre ville communiquent plus souvent à la Société les observations de cas intéressants qu'ils ont l'occasion de faire dans l'exercice de leurs fonctions.

M. *F. Tripet* montre deux tulipes monstres qui possèdent chacune cinquante pétales et plus. Les étamines sont au nombre de douze à quinze et les pistils multiples. Ces deux monstruosité ne sont autre chose qu'une agglomération de plusieurs périgones.

M. *Guillaume* fait la proposition d'établir un hygromètre à la colonne météorologique, à la place de l'ancien udomètre.

M. *Hirsch* répond que l'udomètre est en réparation chez M. Hipp.

M. *Guillaume* pense que l'hygromètre pourrait être placé à côté de l'udomètre, et que ces deux instruments se complèteraient ainsi l'un l'autre.

La Commission du limnimètre est chargée de donner suite à la proposition de M. Guillaume, qui est acceptée.

Toutefois, M. Hirsch fait la remarque que jusqu'à présent on ne connaît pas d'hygromètre qui résiste à l'action de l'air libre. Il pense qu'il sera bon d'ajourner l'étude de cette question jusqu'à ce que M. Weber ait fait des observations avec le nouvel hygromètre de M. Wild.

M. le D<sup>r</sup> *Albrecht* fait la communication suivante :