

grosses différences dans la sécrétion de l'un et l'autre rein n'apparaissent qu'à l'occasion d'altérations rénales accusées ou d'une rétention rénale abondante.

Cette malade ne se plaint d'aucun trouble digestif ou nerveux. Jamais elle n'a eu de crises douloureuses aiguës.

Le cathétérisme urétéral permet de remonter jusqu'à 15 centimètres de hauteur ; à ce niveau, la sonde est arrêtée et il faut faire remonter par un aide le rein dans sa loge pour dissiper l'obstacle et atteindre jusqu'au bassinnet. Une coudure urétérale était en jeu qui disparaissait avec le relèvement de l'organe. Chez de pareil les malades, le bassinnet est en général dilaté ; des rétentions légères de 20 à 40 centimètres cubes sont communément observées.

Ce qui domine pour cette femme, ce sont les douleurs, celles-ci indépendantes de toute rétention rénale et bien plutôt attribuables à des lésions de périnéphrites avec adhérences. Les adhérences peuvent exister en dépit de la mobilité rénale ; ce qui semble indiquer que cette cause de douleur est bien en jeu, ce sont les souffrances accusées par la malade quand elle se couche du côté opposé. Des tiraillements se produisent et les douleurs s'exagèrent de ce fait.

De multiples risques entourent l'existence de tout rein mobile. Ce sont d'abord les dangers de rétention et d'inflammation, cette dernière apparaissant souvent comme une suite d'une maladie infectieuse, la grippe, par exemple. Les urines deviennent troubles et renferment du pus : une pyélo-néphrite s'est déclarée. Ce sont ensuite les symptômes du côté du tube digestif : ces phénomènes dyspeptiques se produisent, maintes fois liés à des adhérences péritonéales en rapport avec la partie inférieure du rein et provoquant des plis sinueux du côté du côlon tirailé par en haut. D'autres fois, les troubles dyspeptiques sont liés à un état névropathique concomitant et qui peut, jusqu'à un certain point, être indépendant de l'abaissement du rein. Dans d'autres circonstances, les accidents nerveux sont consécutifs. Tel malade atteint d'une hypochondrie anxieuse a vu ses accidents disparaître avec la fixation du rein,

Le traitement palliatif consiste dans le port d'une ceinture : mais celle-ci doit être dépourvue de pelote. Le rôle des pelotes est néfaste ; ou elles compriment le rein ou elles le font remonter plus haut et déterminent sa déviation en avant (antéversion) ; d'où douleurs accrues. Les seules ceintures qui puissent convenir sont celles qui exercent une contention uniforme des parois abdominales et refoulent le rein en haut, par l'intermédiaire de l'in-

testin comprimé. Seulement, les ceintures ne conviennent qu'à une sorte de malades, à celles dont les parois abdominales sont flasques. Fréquemment, tel n'est pas le cas. Des jeunes filles, des jeunes femmes à ventre très ferme ont néanmoins un rein abaissé. L'usage d'une ceinture n'est que d'une utilité très douteuse, quand une entéroptose réelle n'existe pas concurremment.

Si les douleurs persistent, on recourra à l'intervention chirurgicale qui est la néphropexie. Plusieurs précautions devront guider l'opérateur. Il ne fixera pas le rein trop haut, crainte de le voir basculer en antéversion sous la pression du foie abaissé ; il s'emploiera à le remplacer aussi près que possible de sa place normale mais sans employer de violence. Les coudures urétérales devront être recherchées et réduites et, en dernier lieu les fils de soutien ne traverseront pas le parenchyme rénal, comme il était d'usage de faire il y a quelques années. Pareille technique risque d'augmenter l'altération du tissu rénal, de provoquer autour des fils des îlots de sclérose qu'il vaut mieux éviter. On se contentera après décortication et rupture des adhérences, de pratiquer une incision longitudinale entre le parenchyme et la capsule. Les bords de la capsule sont ensuite de chaque côté détachés avec une pince et sectionnés dans leur milieu ; il en résulte quatre lambeaux et capsules qui sont chacun liés entre eux et fixés ensuite à la douzième côte au moyen de fils.

Le résultat opératoire est immédiat. Les douleurs, les troubles dyspeptiques cèdent tout de suite ; mais les accidents nerveux s'il étaient antérieurs, ne sont pas amendés.

C'est au médecin, non au chirurgien, de pourvoir à ces derniers troubles par un traitement général et une psychothérapie efficaces.

Certains états subfébriles

Nous avons tous rencontré des fébricitants, la plupart jeunes, sans qu'il soit possible d'établir la cause de ces légères élévations de température, si irrégulières d'apparition. Dernièrement M. Dufour faisait à la Soc. de Pédiatrie une communication à ce sujet et étudiait un rapport de M. Jacobson sur ces états morbides un peu vagues, mais qui présentent un grand intérêt clinique. Il s'agit d'enfants chez lesquels le thermomètre dénote pendant des périodes plus ou moins longues (semaines, mois, années), des élévations thermiques de 2 à 6 dixiè-