

rénales rendues possibles par cette mobilité même. D'autre part, le rein mobile n'est qu'un simple accident, un élément d'une maladie générale, l'insuffisance physiologique des tissus suivant la théorie de la dégénérescence congénitale mise de l'avant par M. Albarran.

L'entéroptose tiendrait ici la première place.

Il faut avoir ces notions bien présentes à l'esprit lorsqu'il s'agit de juger du meilleur parti à prendre dans l'ordonnance du traitement de cette grave affection que le temps et l'âge du malade n'améliorent pas.

Les femmes, en raison de la moindre profondeur de la loge rénale et de son évasement à sa partie inférieure (Déletzine & Volkoff), peut-être du port d'un corset serré, de l'influence des grossesses fréquentes et à intervalles rapprochés qui produisent une flaccidité de la paroi avec diminution de la pression intra-abdominale dont l'influence sur la fixité du rein a été expérimentalement démontrée par Déletzine & Volkoff, représentent près de 90% des malades souffrant de mobilité rénale.

C'est la douleur qui attire le plus souvent l'attention des malades et les amène à consulter.

Or, rien de plus variable que les manifestations symptomatiques du rein mobile. En pratique, trois formes peuvent assez bien se caractériser suivant le syndrome qui joue le premier rôle. La forme douloureuse: une douleur localisée existe au niveau de la fosse lombaire, douleur sourde accompagnée ou non de diverses irradiations souvent le long de l'urètre, exaspérée à l'époque des règles, assez forte parfois pour simuler une péritonite aigue que Diettel a désignée sous le nom de d'étranglement rénal. Ces crises douloureuses ne sont pas généralement dues à une simple congestion rénale. Elles ont été attribuées avec raison à de l'hydronéphrose intermittente par occlusion de l'urètre, occlusion due à des adhérences anormales ou au con-