

admettent que dans le développement du rein, il y a défaut de fusion entre les systèmes tubulaires supérieurs et inférieurs; les tubes supérieurs se terminant en cul-de-sac, il en résulterait une rétention des produits et une dilatation kystique. Nous avons déjà indiqué en quoi cette explication était inexacte. Kupfer soutient une thèse du même genre; pour lui, le rein et l'uretère ont un développement parallèle; dans l'affection qui nous occupe, leur coalescence viendrait à manquer. Mais les preuves de cette assertion n'ont jamais été fournies.

Virchow, de son côté, accepte l'idée d'une *néphrite fœtale* dont la terminaison déterminerait une atrésie papillaire. Bien des éléments font défaut pour étayer une semblable hypothèse, car, suivant la remarque de Philippson, il n'existe nulle part, ni dans la substance corticale, non plus qu'au niveau des calices, du bassinot ou des uretères, de traces d'inflammation capable d'enserrer les papilles et d'expliquer la production de kystes par rétention. Les effets de la rétro-dilatation sont d'ailleurs, ainsi qu'il a été dit, très différents des lésions constatées dans l'évolution des reins polykystiques.

D'autre part, à propos de la coexistence du rein kystique chez plusieurs enfants d'une même femme, Virchow suppose que l'affection doit avoir son origine dans une disposition particulière de l'organisme maternel. Cette nouvelle interprétation se confond pour ainsi dire avec la théorie de l'évolution kystique admise par la plupart des auteurs dans ces derniers temps. Il est à peine besoin de signaler l'opinion de Nieberding qui fait dépendre cette maladie de l'oblitération du canal artériel.

L'étude du rein polykystique congénital suggère une remarque d'une importance réelle. On sait que le poids des kystes rénaux observés en pareille circonstance peut atteindre et même dépasser 1 kilogramme. Pour édifier une pareille masse, quelques mois ont été suffisants. N'est-on pas autorisé à en conclure que la marche de la dégénérescence kystique de l'adulte pourrait être également très rapide? Cependant, il ne paraît pas en être ainsi, puisque dans nombre d'observations une hypertrophie notable du rein a été constatée plusieurs années avant le dénouement fatal. Cette différence d'évolution entre les tumeurs kystiques de l'adulte et de l'enfant se retrouve à propos du sarcome, qui évolue beaucoup plus vite dans le premier âge.

Une semblable transformation ne s'oppose pas d'une façon manifeste au développement du fœtus, l'accouchement se faisant presque toujours à terme mais dans de mauvaises conditions. Si l'on n'est pas obligé, comme dans les observations de Levy et de Nieberding, d'avoir recours à des opérations radicales, l'accouchement par le forceps ou la version devient inévitable. La mort du fœtus suivant de près son extraction paraît dépendre beaucoup plus de la brutalité des manœuvres employées pour l'extraire que de la lésion elle-même. « L'accouchement peut être rendu laborieux et réclamer la ponction, la perforation du ventre, l'arrachement des tumeurs⁽¹⁾. » La ponction, suffisante quand il s'agit d'une ascite, de la rétention d'urine consécutive à une hydro-néphrose, de kyste simple, reste sans résultat quand elle porte sur un rein polykystique.

Le diagnostic de cette affection, est très délicat. Quand un accouchement devient difficile au moment où l'abdomen s'engage, la dégénérescence

(1) BOUCHACOURT. *Arch. gén. de méd.*, 1845; *Gaz. méd.*, 1845; *Gaz. des hôp.*, 1855.

kystique peut être soupçonnée au même titre que toutes les tumeurs solides ou liquides capables de provoquer la dystocie. En revanche, la déformation du ventre chez le fœtus après l'accouchement est typique. Voici la description que donne Lejars d'un fait qu'il a observé : « L'abdomen, énorme, était soulevé par deux reliefs arrondis et verticaux qui se dessinaient sous la paroi; les deux reins à peu près dégénérés le remplissaient en entier. C'étaient deux grappes finement bosselées à leur surface et teintées de jaune, de brun, de rouge, suivant les kystes; l'uretère de chaque côté, la vessie et le reste des voies urinaires étaient normaux. »

On connaît aujourd'hui un assez grand nombre d'observations de dégénérescence kystique congénitale, 20 cas ont été relevés par Nieberding (1887); 16 autres par Lejars⁽¹⁾ (1889). La première observation est due à Osiander (1821), mais les travaux les plus importants sont ceux de Bouchacourt et de Virchow. Les observations les plus récentes sont celles de Bar, de Couvelaire⁽²⁾, de Brindeau et O. Macé⁽³⁾.

Le traitement chirurgical ne s'applique qu'aux *grands kystes simples*, aux *kystes hydatiques* et aux *kystes hématiques*.

D'une façon générale, le gros rein polykystique ne doit pas être opéré, puisque, lors même que l'examen physique n'en donne pas la preuve, la lésion est bilatérale. Dans une opération faite par Volkmann l'urémie apparut au troisième jour et emporta le malade. Pour ce motif Bœckel, Wagner, Brodeur, Lejars repoussent la néphrectomie. Si d'ailleurs on avait toute raison de croire à une transformation kystique d'un seul côté, il faudrait différer l'opération, car on a tout à perdre si l'autre rein est atteint et l'on ne peut rien gagner puisque l'affection est par elle-même bénigne et ne se généralise pas.

CHAPITRE XXII

REIN MOBILE

L'affection décrite sous le nom de *rein mobile*, *ectopie rénale*, *rein flottant*, *néphroptose* (Glénard)⁽⁴⁾, est le résultat d'une mobilité accidentelle souvent isolée, parfois aussi associée à un état particulier de relâchement des parois abdominales et des moyens de fixité des principaux viscères.

Dans cette seconde catégorie de faits, le rein mobile ne représente qu'une des manifestations les plus tangibles de cette disposition au déplacement des organes. Par cette définition le rein mobile ne peut être confondu avec les vices de situation des reins dépendant d'une anomalie dans l'origine des artères rénales.

(1) LEJARS. Les kystes du rein. *Gaz. des hôp.*, 1889.

(2) A. COUVELAIRE. Sur la dégénérescence kystique des organes glandulaires et en particulier des reins et du foie. *Ann. de Gyn. et d'Obs.*, 1899.

(3) BRINDEAU et O. MACÉ. Le kyste congénital du rein. *L'Obstétrique*, 1899. — Voir LENOBLE, CARAËS et LE BOT. *Soc. anat.*, 1901.

(4) F. GLÉNARD. *Caractères objectifs et diagnostic du rein mobile*. Paris, 1896.

Cette anomalie de développement explique que les reins puissent occuper les différentes régions de l'hypocondre et même plonger dans le bassin. Dans ces conditions ils ne sont pas à vrai dire déplacés.

D'après Rayer, Riolan⁽¹⁾ est le seul qui ait clairement indiqué la mobilité accidentelle des reins. « Encor que les reins semblent fortement collés aux lombes, ils ne laissent pourtant pas de pouvoir quitter leur place, d'être demis et de tomber en avant, quelquefois même ils tombent jusqu'au bas ventre, ce qui ne peut se faire sans qu'on soit en danger de vie; ce qui est véritable, qu'il n'en faut douter aucunement. La cause en vient non seulement de ce que la graisse dont ils sont enveloppés se fond, mais aussi de ce qu'étans devenus trop grands et lourds, soit par une tumeur qui y soit engendrée, soit par une pierre qui est enfermée dedans leur bassin, ils sont portés en bas par leur poids, leurs attaches n'étant assez fortes pour les retenir en leur place, d'où il arrive qu'après avoir demeuré quelque temps dans le lieu où ils sont tombés, ils se pourrissent et deviennent pleins d'abcès. »

Rayer montra qu'en s'abaissant, en se portant en avant, en arrière, ou en haut ils pouvaient donner lieu à des accidents variés, notamment à des *douleurs* dans l'abdomen et le membre correspondant; douleurs qui ont été prises, dit-il, pour des *coliques nerveuses*, pour des *phénomènes d'hypocondrie* et parfois même pour des *névralgies lombaires sciatiques*. Depuis cette époque, les travaux de Cruveilhier, Trousseau⁽²⁾, Lancereaux ont fixé les principaux points de la symptomatologie de l'ectopie rénale.

Étiologie et Pathogénie. — Il est intéressant d'établir, au début de ce chapitre, l'importance des causes prédisposantes dans le développement de la maladie.

L'ectopie rénale s'observe beaucoup plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. Ce fait, constaté par Rosenstein, Ebstein, Lancereaux, Fritz, a été confirmé ces dernières années, dans les statistiques plus étendues de Landau, Lindner et Küttner.

Celle de Landau porte sur 514 cas, dans lesquels on compte 275 femmes et 41 hommes. Sur 667 observations, Küttner rencontre ce déplacement chez 584 femmes et 85 hommes. En additionnant les chiffres obtenus par Ebstein, Fritz, Lancereaux, Landau et Küttner réunis par Bruhl⁽³⁾, on trouve 1176 cas comprenant 1028 femmes, et seulement 148 hommes, soit en faveur de la femme une proportion supérieure à 87 pour 100. Lindner prétend, en s'appuyant sur son expérience personnelle et celle de Küttner, que c'est une des affections les plus communes chez la femme et qu'on l'observerait une fois sur cinq ou six femmes prises au hasard. Glénard l'a constatée dix-sept fois sur 647 hommes et 151 fois sur 665 femmes, proportion très voisine de celle donnée par Küttner.

En présence de ces résultats, on doit se poser immédiatement la question de savoir pour quelle raison la femme présente cette disposition à l'ectopie rénale. Depuis longtemps déjà, on invoquait l'*influence de la grossesse* et des grossesses répétées, en considérant que le relâchement des parois abdominales favorisait le glissement ou la descente des reins. Cette opinion doit être abandonnée, depuis

⁽¹⁾ RIOLAN (JEAN). *Manuel anatomique et pathologique*, in-12. Lyon, 1682, p. 228.

⁽²⁾ TROUSSEAU. *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. III.

⁽³⁾ I. BRUHL. Le rein mobile. *Gaz. hóp.*, 1892. — P. HILBERT. *Deuts. Arch. f. klin. Med.*, 1892.

qu'il est établi que cette maladie s'observe très souvent chez les nullipares et de temps à autre chez les hommes.

Linder trouve 24 nullipares contre 10 primipares et 50 multipares; Küttner 40 nullipares contre 10 primipares et 44 multipares. De pareils chiffres jugent la question; c'est ailleurs qu'il faut chercher les conditions qui provoquent l'apparition du rein mobile. Il est presque superflu de dire que si le déplacement du rein est très rare dans le jeune âge, on l'a néanmoins observé, mais que c'est pendant la période active de l'existence, de dix-huit à quarante ans, que les faits les plus nombreux ont été reconnus.

Un point beaucoup plus curieux de l'histoire du rein mobile, c'est qu'il se rencontre avec une bien plus grande fréquence du côté droit que du côté gauche. En compulsant les chiffres de Ebstein, Lancereaux, cités par Guiard⁽¹⁾: ceux de Hare, Landau, Küttner, cités par Bruhl, on arrive à un total de 819 cas de déplacement à droite contre 117 à gauche, sans compter, bien entendu, les cas de néphroptose double avec prédominance de la chute du côté droit. C'est là, sans conteste, un des éléments du problème dont on ne doit pas négliger la valeur.

Certains auteurs ont pensé que le *volume* et le *poids* du rein droit étaient supérieurs au volume et au poids du rein gauche; Rayer et Sappey ont montré qu'il n'en était rien. Guéneau de Mussy attribuait une certaine importance à la direction plus habituelle de l'utérus à droite pendant la grossesse, et au déplacement du péritoine plus marqué de ce côté. Les statistiques précédentes réduisent à néant cette explication; l'état de gravidité peut sans doute jouer le rôle de cause occasionnelle, mais non celui de cause déterminante. Landau soutient de son côté que les *moyens de fixation* du rein gauche sont plus solides que ceux du droit; il montre que le rein gauche est beaucoup plus indépendant que le rein droit, vis-à-vis du colon correspondant, qu'il est mieux maintenu par ses ligaments, par ses vaisseaux, par la veine surrénale gauche et ses connexions avec la tête du pancréas. Glénard attache une grande importance aux liens qui unissent l'extrémité supérieure du rein avec la capsule surrénale (ligament réno-surrénal adventice), car on sait que la capsule ne suit pas le rein dans ses déplacements⁽²⁾. Par la disposition réciproque des deux organes, on a la mesure exacte de l'ectopie.

Toutes ces raisons ne paraissent pas décisives. On doit, ce semble, accorder plus d'attention aux rapports que le *rein droit affecte avec la face inférieure du foie*, sur laquelle il détermine une empreinte à l'état normal. Cruveilhier fut un des premiers défenseurs de cette théorie: « J'ai rencontré plusieurs fois, dit-il, chez les femmes qui usent de corsets fortement serrés, le rein droit, tantôt dans la fosse iliaque du même côté, tantôt au-devant de la symphyse sacro-iliaque, quelquefois même au-devant de la colonne vertébrale, au niveau du bord adhérent au mésentère, dans l'épaisseur duquel il était placé. Le rein, ainsi déplacé accidentellement, jouit d'une certaine mobilité. Ce déplacement du rein arrive lorsque, par la pression exercée par le corset sur le foie, le rein droit est chassé de l'espace de loge qu'il occupait à la face inférieure de cet organe, à peu près comme un noyau entre les doigts qui le pressent. Si le rein

⁽¹⁾ F. GUIARD. *Du rein mobile*, 1885.

⁽²⁾ Voir également F. LEGUEU. Quelques considérations sur l'anatomie pathologique du rein mobile. *Soc. anat.*, 1894.

gauche n'est pas aussi souvent déplacé que le droit, cela tient à ce que l'hypocondre gauche, occupé par la rate et par la grosse tubérosité de l'estomac, supporte bien plus impunément la pression du corset que l'hypocondre droit. »

Cette opinion fut acceptée par Fritz pour expliquer, non tous les faits de déplacement du rein, mais un grand nombre d'entre eux. Il ajoute que pendant le sommeil, lorsque les flancs ne supportent plus la pression à laquelle ils sont soumis à l'état de veille, le rein déplacé tend à reprendre sa situation normale, au moins dans les premiers temps. De là des mouvements alternatifs de sortie et de rentrée éminemment favorables à la mobilisation de l'organe déplacé.

Bartels, Muller-Warneck, Labadie-Lagrave ont discuté la théorie de Cruveilhier, sans en amoindrir la portée. Ils font remarquer que l'affection s'observe plus fréquemment chez les femmes du peuple faisant peu usage du corset, mais se servant de *liens* qui exercent une constriction souvent très prononcée à la base du thorax. On peut quelquefois trouver à l'autopsie, au niveau de la face antérieure du foie, un sillon qui en est la trace irrécusable. L'action de ces liens est d'autant plus fâcheuse, qu'ils ont à supporter le poids de vêtements très lourds; la constriction, se produisant au maximum à deux centimètres au-dessous de l'ombilic, ne saurait atteindre le rein gauche plus élevé que le droit. Peter attribue une influence analogue à l'usage du *ceinturon* chez les soldats.

L'explication de Bartels nous semble, comme à Guiard, passible de certaines objections. Il paraît difficile de limiter l'action d'une ceinture à la ligne fictive passant à deux centimètres au-dessous de l'ombilic; les liens sont, suivant les cas, attachés plus ou moins haut; les vêtements qu'ils supportent n'agissent pas directement sur le rein profondément situé, mais d'abord sur le foie, qu'ils déforment et dont ils abaissent le segment inférieur. Le rein subit le contre-coup de cet abaissement du foie. Cruveilhier et nombre d'auteurs depuis ont constaté sur le cadavre les déformations considérables que présente le foie dans ces conditions: il ne paraît pas douteux que le déplacement du foie ne soit un des facteurs les plus importants de la mobilisation du rein et, en fin de compte, de son ectopie permanente. Ainsi que le remarque Fritz, sauf dans les cas de traumatisme très violent, le rein ne devient pas mobile en un jour, mais peu à peu.

La très grande fréquence de l'ectopie rénale chez la femme, principalement du côté droit, pourrait ainsi s'expliquer par des habitudes particulières et par la poussée que détermine sur le rein correspondant un organe aussi lourd que le foie.

D'ailleurs, le rein n'est pas un organe difficile à mobiliser; ses moyens de contention sont peu nombreux, peu serrés; de multiples circonstances contribuent à assurer son déplacement.

Un *traumatisme violent* suffit à triompher de la résistance de l'enveloppe cellulo-graisseuse: les chutes d'un lieu élevé, le corps restant droit et les talons supportant tout le poids du corps, les coups directement portés sur la région lombaire déterminent une véritable *luxation* du rein, qui peut être simple ou bilatérale. Ces traumatismes s'accompagnent presque toujours de symptômes très douloureux.

On conçoit également que chez des sujets amaigris, alors que l'enveloppe cellulo-adipeuse s'est en partie résorbée, des conditions mécaniques d'une

violence moindre arrivent à produire le même résultat. En conséquence, des quintes de toux fortes ou incessantes (Rosenstein, Defontaine), des vomissements répétés, des efforts de défécation, d'une façon générale, tout effort, qu'il se produise dans le but de soulever un fardeau (Becquet), ou de remplir un acte physiologique ou morbide, pourront provoquer la ptose rénale et l'issue du rein à travers sa capsule. Les exemples de cette forme sont fréquemment observés, les malades précisant eux-mêmes le moment où le déplacement s'est effectué.

Dans une autre série de faits et par un mécanisme différent, on voit l'abaissement du rein se produire et son ectopie persister. L'organe est soit simplement hypertrophié et augmenté de poids, soit envahi par une tumeur. Les *cancers*, les *sarcomes*, les *kystes*, les *dilatations hydronéphrotiques*, la présence d'un *calcul* dans le bassinet, la *pyélo-néphrite suppurée avec abcès multiples*, peuvent, à divers titres, attirer le rein en bas et distendre sa capsule, mais il ne faut pas exagérer la fréquence du glissement rénal dans de pareilles conditions. Le rein s'hypertrophie beaucoup plus qu'il ne s'abaisse, et souvent on le trouve facilement à travers la paroi abdominale; tout en conservant son contact en arrière, il ne jouit pas, en somme, d'une grande mobilité, sauf de ce mouvement spécial que lui communique la main postérieure quand elle recherche le ballottement.

On ne peut accorder non plus une influence manifeste aux seules augmentations de volume du foie (Rayer, Fritz, Lancereaux), l'observation démontre en tout cas que le déplacement du rein coïncide rarement avec les tumeurs de cet organe. Le développement du foie ne se fait pas en effet en bas et en arrière, l'organe remonte sous les fausses côtes, les renverse en dehors, soulève le diaphragme, refoule la paroi abdominale et descend peu à peu en avant. Il n'est pas projeté vers les parties profondes comme dans les faits de constriction dont nous avons antérieurement parlé; on sait, en effet, que les ceintures et les corsets trop serrés limitent l'expansion du foie dans l'acte de la respiration et l'obligent à trouver en arrière et en bas, c'est-à-dire du côté du rein, l'espace qui lui est indispensable pour se mouvoir; de plus, il y a non pas un refoulement progressif, mais des alternatives de refoulement et de retour en place pendant le sommeil.

Il est possible que des *tumeurs de la rate*, du *pancréas*, des *capsules surrénales*, des *déviation de la colonne vertébrale*, agissent sur le rein pour l'abaisser. Ce sont là, comme dans les cas précédents, des conditions exceptionnellement signalées dans la production du rein mobile.

Parmi les causes qui peuvent favoriser la chute du rein, Becquet plaçait au premier rang le mouvement congestif dont cet organe devient le siège à chaque époque menstruelle. Cet auteur, dont les idées furent partagées depuis par Trousseau et Lancereaux, admettait qu'au moment où s'effectue la *fluxion cataméniale*, les reins s'associent à cette congestion des organes génitaux et se tuméfient.

Ainsi tuméfié et rendu plus pesant, le rein, particulièrement le droit, fait effort contre les faibles obstacles qui le retiennent et tend à sortir de sa place. « Bientôt la congestion se dissipe et le rein revient à sa position première; une congestion nouvelle le chasse plus loin, une nouvelle plus loin encore; le rein, devenu plus lourd chaque fois par suite d'une résolution d'autant plus incomplète qu'il est descendu lui-même dans une position plus déclive, se maintient

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.