

En étudiant le gros intestin, j'ai fait remarquer que le côlon ascendant reposait sur la face antéro-externe du rein droit, tandis que le côlon descendant était situé un peu plus en dehors et laissait libre une partie de cette face. Or, il résulte de la position qu'occupent les reins en arrière du paquet intestinal, et en particulier en arrière des côlons, qu'une tumeur rénale, en se portant du côté de la cavité abdominale, refoule les intestins en avant d'elle et fournit de la sonorité à la percussion sur un point plus ou moins étendu de sa surface. On aperçoit même parfois le gros intestin qui occupe une position fixe et coupe la tumeur en écharpe, ainsi que je l'ai déjà dit. On voit cette corde se distendre ou s'affaisser, suivant qu'elle contient ou non des gaz. C'est là un signe à peu près pathognomonique; la tumeur est bien alors développée aux dépens du rein, car les tumeurs du mésentère, qui sont également sonores à la percussion, n'affectent jamais ce dernier rapport avec le gros intestin. Ainsi donc, une tumeur située dans le flanc droit ou gauche, recouverte par les anses d'intestins, et en particulier par le côlon, a très probablement le rein pour point de départ.

Cependant, une tumeur du rein peut ne pas présenter en avant d'elle une zone de sonorité; elle peut être mate à la percussion, comme un kyste de la face convexe du foie, comme un kyste de l'ovaire ou une tumeur de l'épiploon. C'est une exception, mais ce sont précisément ces exceptions qui rendent si délicat le diagnostic exact des tumeurs du ventre. Voici, selon moi, la raison anatomique du fait. Les côlons ascendant et descendant recouvrent la face antéro-externe des reins, mais la disposition varie suivant les sujets. Tantôt il n'existe pas de méso-côlon et l'intestin est appliqué directement sur le rein; tantôt, au contraire, il existe un méso-côlon plus ou moins développé et le rapport avec le rein est beaucoup moins immédiat. Dans le premier cas, si le rein se développe, il conserve ses rapports avec le côlon et la tumeur est sonore; dans le second cas, si le méso-côlon est suffisamment long, il est très possible que le rein augmente de volume sans entraîner avec lui le côlon, qui reste en place, et la tumeur est mate. Or, nous avons vu que le côlon descendant est plus fixe que l'ascendant, qu'il est aussi plus souvent privé de méso-côlon; c'est donc surtout du côté gauche que l'on devra rencontrer, de préférence, la corde intestinale qui recouvre et paraît brider la tumeur.

En raison de cette dernière disposition, et aussi des rapports du rein droit avec le foie, j'en conclus que le diagnostic des tumeurs du rein est plus difficile pour le côté droit que pour le côté gauche.

Le rein n'est fixé que par son pédicule vasculaire et par la capsule cellulo-graisseuse qui l'entoure. Il n'est pas, comme la rate et surtout comme le foie, rattaché aux parties voisines par un épiploon ou par des ligaments spéciaux; c'est un organe énucléable, pouvant se mouvoir autour de son pédicule. Il est donc aisé de comprendre pourquoi le rein subit de fréquents déplacements, connus sous les noms de *luxation du rein*, de *rein flottant*.

Cet accident est relativement fréquent et se rencontre presque exclusivement chez la femme. La disposition différente des côlons par rapport aux reins droit et gauche me paraît expliquer pourquoi le rein droit est plus souvent luxé que le gauche. On peut aussi invoquer l'influence du foie sur le rein droit.

Le rein flottant occasionne parfois de violentes douleurs que rien ne calme, et l'on a pratiqué, dans ce cas, l'ablation de l'organe, opération à laquelle il ne