

III

KYSTE HYDATIQUE DU REIN

I. *Observation* du malade.

II. *Diagnostic* des kystes hydatiques du rein. Latence et insidiosité d'évolution.

1^{er} cas : il y a expulsion d'hydatides par l'urètre. 2^o cas : il y a une tumeur abdominale. Caractères d'une tumeur rénale : développement descendant, contact lombaire, siège dans l'hypochondre, immobilité latérale. Caractère du kyste hydatique : le frémissement.

III. *Pronostic* : accroissement, rupture, infection.

Traitement. Quatre méthodes : 1^o extirpation du kyste avec ou sans néphrectomie partielle ; 2^o néphrectomie totale ; 3^o néphrostomie ; 4^o réduction sans drainage (méthode de Delbet).

Leurs indications : 1^o pour les petits kystes : extirpation ou néphrectomie ; 2^o pour les gros kystes, néphrostomie s'ils sont suppurés ; réduction sans drainage pour les aseptiques.

Opération. Résultat.

MESSIEURS,

Je vous présente aujourd'hui un kyste hydatique du rein : le cas est rare, et l'affection peu commune. De temps en temps, on trouve bien à l'autopsie, quelque kyste hydatique rénal méconnu, et chaque année la Société anatomique insère dans ses *Bulletins* quelques-unes de ces trouvailles nécropsiques. Quelquefois aussi les chirurgiens en voient et en opèrent ; mais le nombre de ceux qui ont été jusqu'alors l'objet d'une intervention n'est pas encore bien considérable, puisque dans un mémoire très documenté paru sur cette question¹, il y a trois ans, les opérations pour kyste hydatique du rein s'élevaient tout au plus à une trentaine.

Ainsi l'opération que je vais pratiquer devant vous aura-t-elle pour beaucoup le mérite de la nouveauté.

Loin de moi la pensée de refaire ici à propos l'histoire complète des kystes hydatiques du rein : les mémoires de Bœckel², de Houzel ; les

1. Houzel, *Contribution à l'étude des kystes hydatiques du rein* (Rev. de Chir., Paris, 1898).

2. Bœckel. *Etude sur les kystes hydatiques du rein au point de vue chirurgical* (Gaz. méd. de Strasbourg, 1887, n° 5).

thèses de Harz¹, de Braillon², de Champenois³, les articles classiques comportent un exposé général de la question auquel je ne puis que renvoyer ceux que le sujet intéresse.

Ici nous avons à faire œuvre de cliniciens ; je resterai donc sur le terrain de la pratique et me propose seulement de vous montrer 1^o comment on peut reconnaître les kystes hydatiques du rein, et 2^o comment il faut les traiter.

I

Notre malade est âgé de soixante-quatre ans ; il est entré à l'Hôtel-Dieu le 5 juin 1901 et occupe à la salle Saint-Landry, le lit n° 50. Il nous était amené par notre excellent confrère et ami le D^r Farabeuf (d'Etampes), qui avait lui-même fait le diagnostic de kyste hydatique du rein gauche, diagnostic que nous n'avons fait que confirmer.

Actuellement amaigri, débilité, et quelque peu jaune, il jouissait encore il y a quelques mois d'une excellente santé ; et une attaque d'influenza, qui remonte à quinze ans, résumait à peu près tout son passé pathologique.

C'est le 27 janvier de cette année qu'il éprouva les premières manifestations de la maladie actuelle. Ce jour-là dans l'après-midi il ressentit tout à coup une violente douleur dans le flanc gauche et fut obligé de s'aliter aussitôt. Il est soigné ensuite pendant près d'un mois pour des phénomènes péritonitiques : douleurs étendues à tout l'abdomen, douleurs continues, vives, sans localisation précise, sans irradiation axillaire ou testiculaire. L'abdomen est tendu et dur du côté gauche : de ce côté, on constate l'existence d'un gâteau, d'un plastron d'autant plus appréciable que le côté droit reste absolument souple. Et cependant malgré ces phénomènes péritonéaux, il n'y a ni fièvre, ni constipation, ni vomissements.

A la fin de février, le malade entre en convalescence, il reprend des forces, commence à se lever, mais les jambes sont un peu enflées, et dans les urines on trouve pour la première fois 50 centigrammes d'albumine par litre.

Malgré cela, l'amélioration continue, et en mars, notre homme est

1. K. Harz. *Ein Fall von Echinococcus der rechten Niere mit Ruptur in die Bauchhöhle* (Inaug. Diss., Kiel, 1899).

2. Braillon. *Etude des kystes hydatiques du rein* (thèse de Paris, 1894).

3. Champenois. *Etude des kystes hydatiques du rein et de leur traitement.*

assez bien pour reprendre son métier de porteur de journaux : il ne souffre plus, son ventre n'est plus dur ni tendu à gauche, il est enfin revenu à son état de santé habituel.

Un mois se passe, et voici que vers la fin d'avril, le malade ressent à nouveau un peu de gonflement du côté gauche. Il continue cependant ses occupations. Mais un soir, il est pris d'un violent besoin d'uriner, et expulse après de grands efforts de miction, des « petites boules » opalines qui ne furent pas conservées.

La nuit, la miction reste pénible et les besoins impérieux : vers le matin, il ne peut plus uriner, et jusque vers midi il s'épuise en d'inutiles efforts. Enfin, sous une poussée plus violente une débâcle se produit et le malade rend par l'urètre avec une notable quantité de sang trois « corps ronds, jaunes, assez durs, du volume d'une noisette, et en plus, une sorte de membrane allongée, visqueuse ». C'étaient des vésicules hydatiques ; le fait fut plus tard vérifié par son médecin.

Depuis ce moment, le malade rend de temps en temps d'autres vésicules ou débris de vésicules : il en a rendu une douzaine en tout. Leur expulsion est provoquée par des douleurs sourdes dans le côté gauche, et précédée immédiatement d'une envie impérieuse d'uriner.

Mais en même temps l'état général s'affaiblit. Le malade maigrit sensiblement, il sent ses forces diminuer de jour en jour, et c'est pour ces raisons qu'il a suivi le conseil de M. Farabeuf et est venu nous demander de le guérir.

Dans le flanc gauche, débordant généreusement les fausses côtes, une grosse tumeur se dénote au palper.

A la vue, cependant, elle paraît à peine ; ce n'est que dans le décubitus droit, que ses contours se délimitent assez aisément.

Mais dans le décubitus dorsal la palpation permet de la délimiter très exactement.

Son bord interne confine à la ligne médiane : on le sent sous le muscle droit depuis l'appendice xiphoïde jusqu'au niveau de l'ombilic. Son bord inférieur se porte de ce point horizontalement en dehors ; son bord externe se confond avec le bord de l'hypochondre, et son extrémité supérieure plonge sous les fausses côtes. En arrière, la masse a le contact lombaire : elle occupe donc à ce niveau toute l'épaisseur de la cavité abdominale, depuis la paroi postérieure jusqu'à la paroi antérieure.

La tumeur est mate dans toute sa partie antérieure ; à son extrémité inférieure, on trouve cependant une zone transversale de sonorité, il y a même à ce niveau du clapotement ; c'est l'intestin, le colon probable-

ment ou l'estomac. La matité de la tumeur se continue dans la région thoracique : la limite supérieure de cette matité correspond à une ligne horizontale menée par l'appendice xiphoïde ; elle passe à 3 centimètres au-dessous du mamelon, pour croiser la ligne axillaire sous la huitième côte. De là elle s'infléchit en bas, en arrière et en dedans, puis vient se porter dans la région lombaire.

Telles sont les limites de la tumeur. Voyons maintenant ses caractères

La partie accessible nous montre une consistance uniforme et régulière, elle est dure, tendue, non fluctuante, douloureuse à la pression : les inspirations forcées l'abaissent légèrement, mais elle est peu mobile dans le sens transversal.

Le poumon gauche est quelque peu comprimé dans son segment inférieur : la sonorité pulmonaire descend moins bas à gauche qu'à droite, mais il n'existe cependant pas de pleurésie de la base. Dans le poumon droit, la respiration est un peu exagérée.

L'examen des autres organes ne révèle rien d'important ; le foie est cependant augmenté de volume et déborde les fausses côtes de deux travers de doigt.

Le rein droit n'est pas sensible : la vessie se vide, les urines sont claires.

L'examen pratiqué par M. Lebarbier, interne en pharmacie du service, donne les résultats que voici :

Volume des 24 heures	542 centimètres cubes.
Couleur	Jaune foncé.
Odeur	Sui generis.
Aspect	Légèrement trouble.
Réaction	Acide.
Densité	1 016.
Chlorures en NaCl	(12 ^{gr} ,10 par litre.
	6 ^{gr} ,55 — 24 heures.
Phosphates en P ² O ⁵	(1 ^{gr} ,83 — litre.
	0 ^{gr} ,99 — 24 heures.
Acide urique et urates	(0 ^{gr} ,34 — litre.
	0 ^{gr} ,10 — 24 heures.
Urée	(11 ^{gr} ,529 — litre.
	6 ^{gr} ,248 — 24 heures.
Glucose	0.
Albumine	(1 ^{gr} ,88 — litre.
	1 ^{gr} ,01 — 24 heures.
Pigments biliaires	Très forte proportion.
Acides	—

Examen microscopique.

Très nombreux cristaux d'urates de Na et d'AzH⁴.
 Nombreux également de sulfate et d'oxalate de Ca.
 Cellules du rein. Moules urinifères et du rein en très grande abondance.
 Quelques globules de pus.
 Quelques rares hématies.
 Pas de crochets d'échinocoques.

Telle est l'observation de notre malade.

A ces caractères, il n'était pas difficile de reconnaître un kyste hydatique du rein : la coexistence d'une tumeur rénale et de l'expulsion par l'urètre de vésicules hydatiques donnait à notre diagnostic une certitude absolue et tranchait une question dont la solution est parfois très délicate. Le diagnostic des kystes hydatiques du rein présente souvent en effet de grosses difficultés.

II

C'est un des caractères communs à tous les kystes hydatiques de rester latents pendant une longue période de leur évolution : la tumeur qu'ils constituent se développe progressivement, lentement, sans réaction, et lorsqu'ils siègent profondément, lorsque leur situation ne les expose pas à se révéler de bonne heure par une tuméfaction extérieure, ils restent longtemps méconnus.

Ainsi en est-il pour les kystes hydatiques du rein : longtemps, ils progressent sans attirer l'attention de leur côté par une gêne quelconque ; et chez notre malade, depuis plusieurs années certainement, la tumeur multipliait en silence ses proliférations vésiculaires lorsque les premiers symptômes se sont manifestés au mois de février dernier.

Tantôt alors ce sont des douleurs, douleurs de compression presque toujours, qui attirent l'attention et permettent de constater une tumeur ; tantôt le malade est pris de coliques néphrétiques et expulse par l'urètre des débris d'hydatides. A tel point que je puis réduire à deux les circonstances dans lesquelles vous aurez à faire le diagnostic du kyste hydatique du rein : *il y a expulsion de vésicules hydatiques par l'urètre, ou bien il y a dans la région lombaire une tumeur.* Dans les deux cas, les conditions du diagnostic sont très différentes.

Premier cas. — *Voici un malade qui expulse des hydatides ; les*

voir, les reconnaître n'est difficile pour personne. Et lorsqu'on est sûr que les vésicules éliminées, les membranes ou les débris de membranes sont bien de nature parasitaire, le diagnostic de kyste hydatique est déjà établi, et il ne reste plus que la localisation à préciser.

Quand l'expulsion a lieu par la bouche (vomique) ou par l'anus, on hésite : on peut croire à un kyste du poumon ou du bassin. Mais il est rare que les kystes du rein s'ouvrent de ce côté : trois fois seulement, cette ouverture anormale fut constatée (Bœckel 2 fois, Livois 1 fois). Dans l'intestin, l'ouverture n'est pas moins exceptionnelle et Bœckel ne la note que 4 fois.

Par contre, l'ouverture dans le bassin est assez commune ; d'après les statistiques de Béraud, de Bœckel, de Houzel, de Champenois, sur quarante cas, vingt-neuf fois l'ouverture se fit dans le bassin, et c'est par l'urètre que l'on vit paraître avec les hydatides, le signe révélateur de la présence d'un kyste parasitaire dans l'abdomen.

Mais où est-il ? dans le bassin et en communication avec la vessie ? dans l'abdomen et en communication avec l'uretère ? dans le rein et en communication avec le bassin ?

Étudiez pour le savoir les signes qui ont accompagné l'expulsion et faites l'exploration. Ces deux moyens vous conduiront sûrement au diagnostic.

Quand un kyste s'ouvre dans le bassin, il détermine de suite des douleurs néphrétiques, c'est-à-dire des crises douloureuses dues à la migration des vésicules dans l'uretère ; il en fut ainsi chez notre malade, et ce fait constitue déjà une présomption en faveur de la localisation rénale ou périrénale du kyste.

Examinez alors l'abdomen, la cavité pelvienne et les régions péri-vésicales, puis les régions lombaires. Et vous y trouverez la tuméfaction révélatrice, qui très accentuée chez notre malade nous a permis tout de suite de dire qu'il avait un kyste du rein gauche.

Deuxième cas. — *Voici, au contraire un malade qui présente dans l'abdomen une tumeur : c'est le malade lui-même qui en a constaté la présence ou bien c'est vous-même qui la trouvez aux hasards d'une exploration. Vous avez de grandes chances de vous tromper, et sur la localisation de la tumeur et sur sa nature. Sur vingt-huit cas réunis par Houzel, treize fois il y eut erreur de diagnostic.*

Lorsque la tumeur est de petit volume, qu'elle fait corps avec le

rein et se déplace avec lui comme dans une observation de M. Monod¹, on est tout de suite fixé sur les rapports du rein et de la tumeur ; et presque toujours alors on pensera à une hydronéphrose.

Mais lorsque la tumeur est grosse, énorme, qu'elle dépasse largement les limites de la région lombaire, qu'elle est plutôt une tumeur abdominale, alors la première difficulté, et celle-là déjà très sérieuse, est de rattacher la tumeur au rein.

Il n'est peut-être pas de tumeurs de l'abdomen qui n'aient été confondues avec un kyste hydatique du rein ; les kystes de l'ovaire, les tumeurs du mésentère, les tumeurs de la rate sont celles qui ont le plus prêté à l'erreur.

Il est cependant certains caractères qui, en présence d'une tumeur de l'abdomen, permettent de dire qu'elle est une tumeur rénale.

D'abord c'est le *développement de haut en bas de la tumeur* : une tumeur du rein, quelle qu'elle soit, descend de l'hypochondre pour s'étendre dans l'abdomen. Le kyste de l'ovaire au contraire monte du pelvis vers l'abdomen, et cette notion, si elle a pu être vérifiée au cours du développement de la tumeur, constitue déjà une présomption en faveur de la tumeur rénale.

Comme conséquence, la tumeur rénale a une extrémité déclive, que l'on peut sentir, délimiter ; elle est vague ou précise, arrondie ou faite d'empâtement, mais on sent à son pôle inférieur une zone où elle finit. Le kyste de l'ovaire, au contraire, plonge dans le pelvis, son pôle inférieur on ne le sent pas, ou on le sent mal, et ses contours inférieurs ne se perçoivent que par le toucher vaginal. Voilà un deuxième caractère par lequel une tumeur rénale se distinguera d'une grosse tumeur annexielle.

Autre signe : la tumeur rénale siège dans l'hypochondre. Alors même que son grand développement l'amène à gagner l'abdomen, elle reste au contact de la paroi lombaire ; si elle a quitté la région lombaire, elle peut être ramenée par pression, et cette réductibilité est un caractère qui appartient en propre aux tumeurs rénales.

Enfin la tumeur rénale est immobile dans le sens transversal : j'entends la grosse tumeur, celle qui est à la fois lombo-abdominale. Cette grosse tumeur peut encore subir, malgré son volume et ses adhérences, un certain degré de mobilité verticale sous l'influence des mouvements respiratoires : il en est ainsi chez notre malade, mais elle est immobile dans le sens transversal, on ne peut la déplacer de

1. Monod. *Observation d'un kyste hydatique du rein droit* (Gaz. hebdomadaire, 7 mars 1901).

droite à gauche ; au contraire, les kystes du mésentère, que l'on a plusieurs fois confondus avec les kystes hydatiques du rein, jouissent d'une mobilité transversale, facile à mettre en relief, et qui parmi tous les caractères de ces tumeurs est le plus net, le plus positif.

Tels sont, rapidement énumérés, les caractères qui vous permettront de dire en général d'une tumeur abdominale qu'elle est d'origine rénale : le siège dans l'hypochondre, le contact lombaire, le développement descendant, et l'immobilité transversale.

La localisation est définie, la tumeur siège dans le rein ; *mais est-elle un kyste hydatique ?*

Telle est la question qui se serait posée à nous, si notre malade n'avait rendu par l'urètre des vésicules hydatiques.

Et la solution est quelque peu délicate, car le kyste hydatique du rein n'a peut-être pas un seul caractère qui lui soit propre.

La tumeur est globuleuse, irrégulière ou lisse, dure ou rénitente, quelquefois mais rarement fluctuante ; elle n'est pas, ou elle est peu douloureuse à la pression. Et elle se distingue encore par la lenteur de son évolution, par l'absence de réaction qu'elle provoque, et par l'absence de troubles urinaires. Mais rien de tout cela n'est caractéristique. Et seul, le frémissement hydatique a permis à quelques auteurs, à Brodbury, à Peyrot, à Lejars, de poser le diagnostic ferme de kyste hydatique.

En l'absence de ce frémissement si spécial, on pense : soit à une tumeur solide, quand la tumeur est dure, mais les tumeurs solides n'atteignent jamais un gros volume sans provoquer un jour des hématuries ; soit à une hydronéphrose, si la tumeur est tendue, mais il y a toujours quelques troubles fonctionnels ; soit encore au gros rein polykystique, qui si souvent est bilatéral et ne provoque aucun trouble.

Kyste hydatique, rein polykystique, hydronéphrose, c'est entre ces trois affections que l'étude du malade et de la tumeur vous laissera hésiter.

A défaut d'autres éléments, je ne vous conseille pas de recourir à la ponction pour trancher un diagnostic incertain. La ponction ne vous dispensera pas, si elle est positive, de faire plus, et si elle est négative, elle peut vous induire en erreur.

J'en dirai tout autant du cathétérisme de l'uretère : il n'a que peu de renseignements à fournir ici. Si le kyste est ouvert dans le bassinet, le cathétérisme ne vous apporterait à ce sujet aucun élément nouveau.