

Le diagnostic de ces tumeurs kystiques est toujours assez délicat : si la tumeur est énorme, elle est confondue avec les kystes abdominaux, avec les kystes de l'ovaire surtout, et Tuffier relève quatorze fois cette erreur. Si la tumeur est de volume plus restreint, son origine rénale se déduit facilement de son siège, de son contact lombaire, mais elle est considérée en général comme une rétention rénale, comme une hydronéphrose. La ponction elle-même ne donne pas toujours des renseignements assez précis en dehors des kystes hydatiques : seule la présence de l'albumine en excès autoriserait à croire à l'existence d'un kyste plutôt que d'une hydronéphrose. En faveur du kyste hydatique, il est un signe de valeur : c'est la constatation faite quelquefois sur un autre point du corps d'un kyste de même nature.

Quatre méthodes sont en présence pour le traitement de ces sortes de tumeurs : 1° la ponction ; 2° l'ouverture par la néphrotomie et fistulisation de la poche ; 3° la néphrectomie totale, et 4° la néphrectomie partielle, l'excision du kyste avec suture du parenchyme rénal. Ces procédés divers ne sont pas absolument comparables dans leur application ; ils répondent à des indications différentes.

Pour ce qui concerne les *kystes hydatiques*, Bœckel<sup>1</sup> réunissait dans un travail, en 1887, 21 cas

1. BÖECKEL, *Gazette médicale de Strasbourg*, 1887.

de kystes opérés dont une observation personnelle, et il arrivait aux conclusions suivantes :

Les méthodes sous-cutanées : électrolyse, ponction simple, ponction avec injection iodée, mises en pratique dans trois cas, se sont trois fois montrées impuissantes, la tumeur s'est constamment reproduite.

La méthode à ciel ouvert comprend : les ponctions répétées et le drainage (1 mort) ; le drainage par la méthode de Récamier (2 cas : 1 guérison, 1 mort) ; le procédé de Simon (ponction en deux points du kyste, à quelques jours d'intervalle, puis incision du pont intermédiaire) (5 cas : 2 guérisons, 3 morts) ; le procédé de Péan-Volkman, c'est-à-dire la méthode employée par Volkman pour les kystes hydatiques du foie et dont M. Péan a fait, le premier, l'application à un kyste hydatique du rein (9 cas : 6 guérisons) ; cette opération semble l'opération de choix, on incise la paroi abdominale, on ponctionne le kyste, on excise un segment de sa paroi, et l'on suture ses bords aux lèvres cutanées. Enfin la néphrectomie a été faite quatre fois (Spiegelberg, mort en trois heures : Hinckeldeyn, mort en vingt-six heures ; Vogt, mort en quarante-huit heures). L'observation de Bœckel est le premier cas de guérison. La tumeur était mobile, l'énucléation se présentait comme facile ; Bœckel préféra enlever le rein plutôt que de le fixer, et le succès fut complet.

Parmi ces procédés, l'incision du kyste avec excision partielle de sa paroi et marsupialisation de la poche est aujourd'hui la méthode de choix; les succès qu'elle donne dans le traitement des kystes hydatiques du foie ne peuvent qu'encourager à traiter de la même manière ceux plus rares du foie. M. Le Dentu y a eu recours récemment avec un plein succès. Voici d'ailleurs la manière dont notre maître établit sur une proportion graduée les indications du traitement des kystes hydatiques du rein.

1° D'abord la ponction simple, comme moyen de diagnostic, et peut-être de guérison définitive; on profitera de la ponction, puis, une fois établi le diagnostic, injecter dans la poche 100 grammes d'une solution de sublimé.

2° L'incision du kyste, intra ou extra-péritonéale, suivie de l'excision partielle, de la suture et du drainage de la poche; l'opération sera faite par la voie lombaire si la tumeur est peu volumineuse: on choisira de préférence la voie abdominale si le développement de la tumeur s'est fait surtout du côté de l'abdomen.

3° La néphrectomie, si tout le rein est envahi, si la tumeur n'a pas contracté d'adhérences solides, et surtout si elle pointe vers l'abdomen assez pour être mobile ou flottante: en ce cas la néphrectomie sera transpéritonéale.

Les kystes *séreux* ou *hématiques* du rein ont été

traités, eux aussi, par les diverses méthodes et avec des fortunes diverses (Lejars)<sup>1</sup>.

La ponction a donné quelques succès à Duplay, dans un cas douteux de kyste du rein, à Fränkel et à Cabot<sup>2</sup>.

La ponction suivie d'injection iodée a été désastreuse: trois fois elle a été pratiquée, et dans les trois faits les malades sont morts (Bérard, Maison-neuve, Béraud). Elle doit être absolument proscrite.

L'incision et le drainage ont donné de meilleurs résultats: Tuffier, sur 7 cas dont 5 par la voie abdominale, et 1 par la voie lombaire, ne trouve aucune mort. C'est la méthode de choix recommandée par Morris, par Terrier<sup>3</sup>, mais la fistule consécutive s'observe souvent à la suite et nécessite ultérieurement la néphrectomie secondaire.

L'ablation du kyste et du rein a été pratiquée 31 fois (Tuffier): 7 fois on a fait la néphrectomie par la voie lombaire avec 11 pour 100 de mortalité: 24 fois, c'est à la néphrectomie abdominale qu'on eut recours, la proportion des morts a été de 40 0/0. Dans plusieurs observations (Archer, Jowers, Czerny), il est fait mention d'adhérences étendues qui compliquèrent l'opération en rendant la décortication difficile.

1. LEJARS, Des kystes du rein. *Gaz. des hôpitaux*, 1889, n° 47.

2. *Journ. of cut. and genito-urin. dis.*, 1890, p. 379.

3. TERRIER. *Rev. de chirurgie*, 1840, p. 560.

La *néphrectomie partielle* a été récemment proposée et pratiquée par Tuffier<sup>1</sup> et par Bardenheuer<sup>2</sup>. En se basant sur l'état du parenchyme rénal ambiant, qui est relativement sain, sur la facilité avec laquelle le rein se cicatrise après la néphrectomie partielle, Tuffier a tenté l'ablation du kyste en le disséquant dans l'épaisseur du rein et en suturant au catgut la plaie ainsi faite. Le succès fut complet : en 7 jours le malade était totalement guéri. Il n'y a pas à craindre l'hémorragie, car les hémorragies dues à la section du rein sont abondantes, mais cessent rapidement. De même le danger d'une fistule ultérieure est illusoire : les fistules sont le plus souvent dues à des lésions de l'uretère, et en pratiquant la suture du rein, en recherchant la réunion par première intention, on a toutes chances d'éviter cette complication.

La néphrectomie partielle ainsi comprise et pratiquée est la méthode de choix pour tous les kystes, que l'incision montre pédiculés sur un rein sain, ou limités à l'une ou l'autre des extrémités de l'organe.

Cette excision complète est infiniment supérieure à l'incision, qui laisse à sa suite une fistule et expose à une opération ultérieure. Si le rein est envahi dans sa totalité, c'est à la néphrectomie qu'il faut

1. TUFFIER, De l'ablation par dissection des grands kystes séreux du rein. *Arch. gén. de méd.*, 1891, 7<sup>e</sup> série, t. XXVIII.

2. *Berl. klin. Woch.*, 1891, p. 500.

s'adresser, si toutefois les conditions d'intégrité de l'autre rein se trouvent réalisées. La néphrectomie est absolument indiquée quand le kyste est volumineux, qu'il a atrophié la plus grande partie du rein, et à plus forte raison si son volume est tel que la tumeur a été prise pour un kyste ovarique (Terrier).

C'est souvent au cours de l'incision exploratrice seulement qu'il sera possible de se décider sur la conduite définitive à tenir. Si la tumeur est volumineuse, à évolution abdominale, il est préférable de l'aborder par la laparotomie : pour les petites tumeurs, ou seulement pour celles de moyen volume, on incisera par les lombes. Une fois mis à nu et le kyste et le rein dont il dépend, on se décidera pour la néphrectomie totale, si le rein est tout entier dégénéré et transformé; pour l'incision du kyste, l'excision d'une partie de la paroi et la suture à la peau, si des adhérences étendues rendent la décortication difficile, ou si des doutes sur l'intégrité de l'autre rein faisaient craindre pour le malade un danger immédiat; pour l'excision totale de la poche, avec suture du parenchyme, si le kyste est sessile ou pédiculé, et si le reste du rein paraît sain.