

précédentes et j'ai réuni tous les cas opérés jusqu'à la fin de l'année 1896 que j'ai pu trouver. Dans l'ensemble, j'arrive à un total de 97 cas avec une mortalité opératoire de 31, soit 30 p. 100. Le nombre des récidives est de 43; en plus je note que 11 malades ont été vus en bonne santé, au moins un an après l'opération, et je manque de renseignements ultérieurs sur 11 des opérés guéris. Ces résultats ne sont pas encore très brillants, mais ils sont bien meilleurs que ceux de Chevalier et de Guillet.

Il est intéressant de constater que la mortalité opératoire s'est beaucoup abaissée dans ces dernières années, et on peut constater, dans les chiffres ci-joints, que de 1876 à 1889 la mortalité était de 40 p. 100 et que dans la période qui va de 1890 à 1897 cette mortalité s'abaisse à 20 p. 100.

	NOMBRE DES OPÉRÉS.	GUÉRIS.	RÉCIDIVES.	RESTÉS GUÉRIS APRÈS PLUS DE 1 AN.	SANS NOUVELLES ULTÉRIEURES.
De 1876 à 1890.....	34	16	16	0	0
De 1890 à 1897.....	63	50	27	17	12

Les résultats auxquels je suis arrivé ne s'éloignent pas beaucoup de ceux de Lewy (1), qui, sur 62 cas, trouve une mortalité opératoire de 28 p. 100. Heresco, sur 46 enfants opérés, trouve 8 morts, soit 13 p. 100.

Ces chiffres nous permettent de bien juger de la gravité de l'opération, mais ils ne peuvent nous renseigner que très incomplètement sur ce que l'on doit attendre de la néphrectomie chez les malades qui survivent à l'opération. J'ai dit que nous avons des renseignements sur 11 enfants opérés qui étaient en bonne santé plus d'un an après l'opération; quatre d'entre eux étaient bien portants un an et demi, et deux, deux ans et demi après la néphrectomie. Ces deux derniers cas sont: 1° celui de Schend qui eut un remarquable succès chez un enfant de six mois néphrectomisé pour un sarcome; deux ans et demi après, lorsque l'enfant avait trois ans, il était en parfaite santé; 2° le cas d'Israël (2) chez un enfant de six ans opéré pour sarcome à cellules bipolaires; deux ans et cinq mois après il n'y avait pas trace de récidive.

Mais ces brillants succès ont leur contre-partie dans des récidives survenues si tardivement qu'on aurait pu croire à une guérison défi-

(1) LEWY, *Arch. of Pediatr.*, février 1898.

(2) ISRAËL, *Deutsche med. Wochenschrift*, 1896, n° 22.

nitive; c'est ainsi que parmi les opérés de Trendelenburg je remarque un enfant de deux ans et demi opéré pour myosarcome et qui mourut de récidive un an et demi après l'opération; un autre enfant de neuf ans, opéré par le même auteur pour un adéno-carcinome, mourut aussi de récidive cinq ans et demi après la néphrectomie.

Les observations que je viens de citer doivent nous imposer une grande réserve dans l'appréciation des résultats éloignés. Ce que l'avenir réserve aux enfants néphrectomisés ne pourra être connu que dans quelques années, mais, d'ores et déjà, nous pouvons dire que les résultats de la néphrectomie, dans les tumeurs malignes du rein chez l'enfant, sont suffisants pour que l'opération doive être conseillée toutes les fois qu'un examen attentif ne fera pas découvrir des signes de généralisation et que l'état du malade nous permet d'espérer qu'il pourra résister à l'opération. Cette conclusion découle naturellement de tout ce que je viens d'écrire et elle est pleinement justifiée par la rapidité de la marche et le pronostic invariablement mortel de la maladie. J'ajoute que la néphrectomie peut être suivie de succès quel que soit l'âge de l'enfant, et quels que soient le volume et la nature du néoplasme.

Les plus jeunes enfants opérés n'avaient que six mois, et, pour juger de la gravité opératoire dans les premières années de la vie, je me bornerai à dire que sur 18 enfants de deux ans et au-dessous, opérés depuis 1890, il n'y a eu que 2 morts et que 5 étaient bien portants de sept mois à deux ans et demi après l'opération.

Le volume de la tumeur n'est pas non plus une contre-indication opératoire, car les cas de guérison sont nombreux parmi les grosses tumeurs; parmi elles quelques-unes n'ont pas récidivé. Sans doute il faut opérer au plus vite, mais il importe de connaître ces faits pour ne pas se laisser aller à trop de découragement. Lorsque la tumeur est volumineuse, nous pouvons intervenir par une opération qui devra d'abord être exploratrice: on extirpera le rein toutes les fois qu'on ne constatera pas l'existence de ganglions et qu'on croira pouvoir enlever tout le néoplasme. Cette conduite prudente est du reste la meilleure dans tous les cas et on ne devra jamais extirper un rein néoplasique avant d'avoir fait, pendant l'acte opératoire, une soigneuse exploration de l'abdomen.

En ce qui regarde les résultats éloignés de la néphrectomie suivant la nature du néoplasme, je remarque que, sur les 11 cas non récidivés, 5 fois il s'agissait de tumeurs épithéliales, et que le cas de mort tardive, après cinq ans et demi, était un adéno-carcinome. C'est-à-dire que parmi les résultats les meilleurs, on trouve à peu près la moitié de tumeurs épithéliales, alors que cette variété de néoplasmes n'entre guère que pour un quart dans l'ensemble des tumeurs du rein chez l'enfant. Le pronostic opératoire est donc plus favorable pour les tumeurs épithéliales que pour les sarcomes.

Je ne dirai qu'un mot sur la voie qu'il convient de suivre pour pratiquer l'opération. A mon avis, chez l'enfant, contrairement à ce que je pense pour l'adulte, la voie transpéritonéale par laparotomie médiane est préférable. Contrairement à ce que nous avons vu pour l'adulte, chez l'enfant la voie transpéritonéale est moins grave que la voie lombaire; dans mon relevé, je trouve 21 p. 100 de mortalité pour la première et 29 p. 100 pour la seconde. Il faut en outre considérer que chez l'enfant, l'échancrure costo-iliaque, trop petite, ne permet pas d'opérer à l'aise, même avec l'incision transversale de la paroi abdominale, et que la laparotomie médiane rend plus facile la constatation de la propagation aux ganglions lymphatiques et aux vaisseaux sanguins.

II. — VARIÉTÉS RARES DE NÉOPLASMES DU REIN.

Lipomes. — Nous distinguerons les lipomes, vrais néoplasmes, des transformations lipomateuses du rein qu'on observe dans certaines maladies, particulièrement dans la lithiase; et nous les séparerons des tumeurs graisseuses périrénales nées de la capsule.

Virchow donna une bonne description des lipomes hétéroplastiques qui ont été ensuite étudiés par Lacampe-Lousteau, et récemment par Ulrich et par Müller. Les vrais lipomes sont de petites tumeurs uniques ou multiples, ne dépassant pas la grosseur d'une cerise et ayant pour siège la substance corticale, souvent immédiatement au-dessous de la capsule. Leur forme est arrondie, parfois lobulée; leur couleur est grisâtre. Dans un cas unique d'Alsberg (1), le rein présentait plusieurs lipomes purs qui lui avaient donné le volume d'une tête d'enfant.

Les lipomes du rein sont rarement purs et exclusivement formés de tissu graisseux: presque toujours on trouve au microscope de nombreuses fibres musculaires lisses. Dans certains cas, il s'agit de myolipomes ou de lipomyosarcomes (observations de Manasse, Lubarsch, Müller).

La pathogénie de ces tumeurs a donné lieu à de nombreux travaux. Je pense qu'on doit tout d'abord écarter les néoplasmes qui ressemblent aux lipomes, et qui ne sont que des inclusions des capsules surrénales comme l'a démontré Grawitz. On doit aussi éliminer les 5 observations d'Ulrich, dans lesquelles il s'agit d'une dégénérescence graisseuse limitée des tubes contournés. Restent les vrais lipomes hétéroplastiques qui, pour Virchow, se développent aux dépens du tissu conjonctif interstitiel du rein. Il paraît plus vraisemblable d'admettre, avec Lubarsch, Manasse, Grawitz et Müller, qu'il s'agit d'une inclusion sous-capsulaire de tissu graisseux, parfois avec des fibres musculaires, et remontant à la période embryonnaire.

(1) ALSBERG, *Semaine méd.*, 1892, p. 242.

Fibromes. — On trouve parfois dans l'intérieur du parenchyme du rein, vers la base des pyramides, de petits noyaux fibromateux, généralement multiples, que Virchow décrit et qui paraissent liés à des lésions de néphrite. D'autres fois, on trouve une tumeur unique, corticale ou médullaire, qui peut être encapsulée; leur structure est fibreuse et rarement on y trouve des débris de canalicules. Il existe encore de volumineuses tumeurs à structure fibreuse, très dures, contenant parfois des kystes et qui ont donné lieu à une intervention chirurgicale (5 néphrectomies): dans ces cas la tumeur paraît se développer plutôt aux dépens de la capsule que du rein lui-même; le cas de Todd (1) est peut-être bien un gros fibrome d'origine rénale.

Myxomes. — Presque toujours il s'agit de myxosarcomes. Les myxomes purs sont très rares. On cite une observation de Bezold; je connais un autre cas de myxome pur siégeant au niveau du hile rapporté par Hollen (2).

Angiomes. — Ces tumeurs sont si rares qu'on n'a pas encore publié de cas opérés. Virchow décrit les angiomes sanguins caverneux comme des tumeurs presque toujours sous-capsulaires; on peut encore les voir dans la zone limitante. Leur structure est analogue à celle des angiomes du foie.

Les *rhabdomyomes*, les *endothéliomes* lymphatiques (Driesen, Manasse), sont encore mal connus et confondus tantôt avec les sarcomes, tantôt avec les épithéliomes.

III. — KYSTES DU REIN.

Malgré l'ancienneté des premières observations de kystes des reins, qui datent de Willis, malgré de remarquables travaux consacrés à certaines de leurs variétés, nos connaissances actuelles sont encore très insuffisantes. Je ne puis traiter ici que sommairement cette importante question. Je distinguerai: 1° les *kystes consécutifs aux néphrites*; 2° les *grands kystes séreux*; 3° la *maladie kystique du rein*; 4° les *kystes dermoïdes*; 5° les *kystes hydatiques*.

1° **Kystes dans les néphrites.** — Je mentionnerai les petits kystes plus ou moins nombreux, qui accompagnent l'évolution des néphrites interstitielles chroniques. Ces kystes d'origine canaliculaire ou glomérulaire sont généralement multiples et fort petits: ils reconnaissent pour cause la compression déterminée par la sclérose interstitielle sur certains canalicules urinifères et la rétro-dilatation du tube par accumulation du produit sécrété.

Mais il existe très probablement un véritable rein polykystique consécutif à la sclérose rénale, qui peut être, et souvent a dû être confondu avec la maladie kystique du rein. J'ai opéré un malade de

(1) TODD, *Transactions of the pathol. Society of London*, vol. XX, p. 224.

(2) HOLLEN, *Inaugural Dissertation*. Greifswald, 1890.

cinquante-huit ans, qui présentait tous les symptômes d'un calcul du rein gauche, avec légère rétention uropurulente : lorsque j'arrivai sur le rein je mis à nu un organe long de 20 centimètres, manifestement scléreux et présentant à sa surface un nombre considérable de kystes à différents degrés de développement, quelques-uns à peine visibles, les plus gros de la grosseur d'un pois chiche. J'incisai le rein sur son bord convexe et retirai le calcul volumineux que contenait le bassin, ce qui me permit de constater qu'il y avait d'autres kystes dans l'intérieur du parenchyme rénal. Ce cas me paraît devoir être rapproché d'une observation de Lanelongue (de Bordeaux), qui enleva, par la néphrectomie, un rein polykystique pesant 600 grammes, et dont le bassin contenait un calcul ayant déterminé de l'hydro-néphrose.

Nous ne pouvons dire encore, les documents précis nous faisant défaut, si, dans des cas semblables, il s'agit réellement d'une maladie kystique, mais il me paraît qu'on doit envisager l'hypothèse d'un rein atteint de néphrite avec formations de kystes multiples. Il est possible qu'un certain nombre des succès opératoires dans le gros rein polykystique, appartienne à cette forme qui serait plus fréquemment unilatérale.

2° Grands kystes séreux du rein. — Anatomie pathologique. — Ce sont des kystes presque toujours uniques, rarement il en existe plusieurs. Dans certains cas on rencontre un gros kyste et à côté d'autres kystes de petit volume.

Ces kystes séreux peuvent se rencontrer dans un point quelconque du rein, mais on les trouve surtout au niveau des deux extrémités supérieure et inférieure. Leur volume varie en général entre celui d'un citron et celui du poing, mais il en est qui acquièrent un grand développement et dépassent la grosseur d'une tête d'adulte. Le kyste se trouve dans un rein d'apparence normale, dans lequel il se creuse une loge profonde et dont il déborde la surface. La paroi du kyste est lisse, non bosselée, presque toujours mince et transparente ; rarement on l'a vue acquérir une grande épaisseur ou même s'infiltrer de sels calcaires. Dans la portion où elle est en contact avec le rein, la paroi du kyste adhère intimement au tissu rénal dont il est impossible de la séparer.

Dans un cas que j'ai opéré, j'ai pu constater qu'une mince épaisseur du parenchyme rénal s'étalait sur la paroi du kyste, au delà des limites de la surface rénale, en s'amincissant de plus en plus, dans une étendue de 2 centimètres. Le contenu du kyste est un liquide clair citrin, rarement teinté et très exceptionnellement hématique : les kystes hématiques du rein sont presque toujours des néoplasmes malins transformés. Ce liquide contient de l'urée en petite quantité, une proportion d'albumine généralement assez forte et quelques sels.

Au microscope on voit que la paroi est formée par un feutrage de

tissu conjonctif, tapissé du côté de la surface interne du kyste par un épithélium cubique plus ou moins aplati ; souvent on ne peut retrouver cet épithélium qu'avec difficulté. La portion de tissu rénal qui avoisine le kyste est tassée et atteinte de sclérose par compression, mais ces altérations disparaissent en s'éloignant du kyste, et, à une certaine distance, le parenchyme rénal paraît sain.

Pathogénie. — L'absence de sclérose du tissu rénal ne rend guère probable l'hypothèse d'un kyste par rétention, consécutif à des altérations localisées de néphrite interstitielle ; il paraît plutôt s'agir ici d'un véritable néoplasme, à forme kystique, analogue à un des kystes dont l'agglomération constitue la maladie kystique.

Symptômes. — Les manifestations symptomatiques de ces kystes sont très obscures. Les malades se plaignent de douleurs plus ou moins intenses, sans caractère spécial, et ils constatent parfois que leur ventre grossit. Lorsqu'on pratique l'examen, on note assez souvent, dans les tumeurs de moyen volume, qu'il s'agit d'une tumeur mobile, et l'idée qui se présente naturellement à l'esprit est celle d'une uronéphrose dans un rein mobile. La tumeur présente d'ailleurs tous les caractères des tumeurs rénales, sur lesquels il est inutile de revenir (Voy. p. 687). Lorsqu'elle a acquis un grand volume, il n'est pas rare de pouvoir constater soit de la fluctuation, soit de la rénitence.

Le *diagnostic* différentiel doit être fait avec les kystes de l'ovaire et avec l'hydronéphrose, affections qui ont presque toujours été confondues avec les kystes séreux du rein. Les *kystes de l'ovaire* seront reconnus par leur développement de bas en haut, par les renseignements que donne la palpation abdominale combinée au toucher vaginal, enfin et surtout, dans les cas difficiles, parce qu'il est possible, à l'aide du phonendoscope, de trouver le rein à sa place et de volume normal. L'*uronéphrose* est plus difficile à distinguer du grand kyste séreux du rein : le meilleur caractère différentiel me paraît devoir être donné par le cathétérisme urétéral qui permettra de reconnaître, en cas de kyste, que la sécrétion du rein malade présente ses caractères normaux.

Traitement. — La *ponction* du kyste paraît avoir donné une guérison chez un malade de Cabot. Plus souvent, on a pratiqué l'*incision* et le *drainage* du kyste, mais très souvent on a dû pratiquer ensuite la néphrectomie secondaire pour guérir la fistule consécutive à l'opération. La *néphrectomie* totale a donné de bons résultats, mais cette opération ne paraît justifiée que dans des faits absolument exceptionnels : il est inutile en effet de sacrifier un rein dont la plus grande partie est saine.

Les procédés conservateurs employés ont varié suivant les auteurs. Bardenheuer et Tuffier ont pratiqué la résection partielle du rein avec suture du parenchyme ; le premier de ces auteurs dut pratiquer, cinq

jours après, la néphrectomie pour des accidents septiques. D'Antona, Récamier et moi-même, nous avons enlevé toute la partie du kyste qui dépassait la surface du rein, laissant en place la portion de la poche qui adhérait au parenchyme. Chez ma malade, la tranche de section du kyste était revêtue d'une mince couche de tissu rénal, et je dus faire un surjet au catgut pour arrêter le suintement sanguin. Les cinq malades chez qui les procédés conservateurs ont été employés ont tous guéri; dans mon cas, la guérison persiste depuis deux ans et demi.

3° **Maladie kystique du rein.** — Hufeland serait, d'après Lejars, le premier auteur qui décrivit la maladie kystique des reins

Rayer étudia la dégénérescence enkystée générale des deux reins. Depuis, les travaux les plus remarquables sont ceux de Virchow, Laveran, Lance-reaux, Lejars et Brault.

Anatomie pathologique. — Un des plus remarquables caractères de la maladie kystique des reins est d'être à peu près constamment bilatérale; Lejars, sur soixante-six cas, ne trouve qu'un seul cas unilatéral, celui de Frerichs.

Le volume du rein, toujours assez considérable, peut devenir énorme, comme chez le malade de Duguet (1350 gr.); la glande conserve sa forme générale mais se trouve constituée par un amas de kystes, de dimensions inégales, lui donnant un aspect plus ou moins comparable à une



Fig. 94. — Rein kystique.

grappe de raisin dont certains grains seraient moins développés que d'autres (fig. 94). Les plus gros kystes ne dépassent guère le volume d'un grain de raisin et se voient plus particulièrement sur la face antérieure du rein. La plupart des kystes sont demi-transparents, miroitants; quelques-uns peuvent être colorés en brun, en vert, en rouge. Ces kystes se prolongent dans l'épaisseur du parenchyme rénal creusé lui-même de cavités qui ne font pas saillie à la surface.

Les parois des kystes sont minces et séparées les unes des autres par des cloisons d'épaisseur variable; par places, les kystes se touchent et plusieurs peuvent même communiquer entre eux; dans

d'autres points, on voit entre les kystes du tissu rénal interposé. Au microscope, la paroi kystique apparaît formée par du tissu conjonctif et tapissée à l'intérieur par un épithélium cubique d'autant plus aplati que le kyste est plus gros; souvent de larges lambeaux épithéliaux se sont détachés de la paroi pendant les manipulations de préparation.

Dans certains kystes on peut trouver, faisant saillie dans l'intérieur de la poche, des élévations papilliformes revêtues d'épithélium.

Le tissu rénal interposé aux kystes paraît normal lorsqu'il en existe une certaine épaisseur, et ne présente de lésions de sclérose qu'au voisinage immédiat des kystes: c'est ce qui a fait dire à Laveran qu'il s'agit là d'une sclérose secondaire.

Le contenu des kystes peut être séreux et limpide, gélatiniforme, plus ou moins coloré en brun; parfois on y trouve des paillettes de cholestérine, des boules de leucine, des corpuscules à stries radiées signalés par Laveran, et qui peuvent présenter une certaine importance au point de vue du diagnostic lorsqu'on examine le liquide retiré par une ponction (Höhne) (1). Dans le liquide des kystes on trouve généralement une très forte proportion d'albumine, de l'urée, des phosphates en quantité variable, rarement de l'acide urique.

Étiologie et pathogénie. — On observe la maladie kystique des reins chez le fœtus et dans la première enfance, ainsi que chez l'adulte. Virchow pense que les reins polykystiques des adultes ne sont que des restes de l'état kystique fœtal, opinion qui a été ensuite reproduite par Tarnier. Quoi qu'il en soit de cette manière de voir, il est certain qu'on ne peut différencier la maladie polykystique chez le fœtus et chez l'adulte. Un autre caractère, fort important au point de vue pathogénique, c'est que, très fréquemment, le rein polykystique s'accompagne d'une dégénérescence kystique du foie (17 sur 63 cas de Lejars) et plus rarement de kystes multiples du bassinet et des uretères ou de kystes de la rate.

Les théories pathogéniques sont nombreuses.

1° **THÉORIE DE LA SCLÉROSE.** — Pour Virchow, ce sont des kystes consécutifs à une atrésie des papilles qu'il ramène à un processus adhésif anormal; c'est pour lui une variété de néphrite intra-utérine. Précisant cette pathogénie, Arnold invoque l'étranglement des tubes par un processus de néphrite interstitielle, opinion soutenue encore par Thorn et Durlarch et par Lichtenstern. Au point de vue de la structure, les kystes de la maladie kystique sont analogues à ceux des néphrites, et il ne paraît guère douteux que, comme ces derniers, ils se développent aux dépens des canalicules; mais déjà Laveran montrait en 1876, le peu d'importance des lésions scléreuses dans la maladie kystique. Ce qui rend peu acceptable la théorie de la sclérose, c'est non seulement, comme le remarque Brault, que dans la vie

(1) HÖHNE, *Centralbl. für Harn und Sexuale Organe*, 1897, p. 36.

intra-utérine cette lésion n'aurait guère le temps d'évoluer, mais encore qu'elle ne peut expliquer la coexistence fréquente des kystes multiples du foie.

2° THÉORIE DE LA NÉOFORMATION VRAIE OU NÉOPLASIQUE. — Cette théorie est soutenue par Gombault et Homey, Lejars, Brault et Malassez en France; par Nauwerck, Hufschmid et par Kahlden en Allemagne; par Bridigi et Severi en Italie.

Cette conception n'est pas appuyée sur de nombreux examens directs, démontrant la prolifération épithéliale, partie des canalicules. Kahlden a vu pourtant, dans un cas de Smith, à côté des kystes, des formes de prolifération: ce rein dans l'ensemble présentant des lésions adénomateuses avec de nombreux kystes. Nauwerck et Hufschmid décrivent la prolifération épithéliale et papillaire, considérant la tumeur comme un adénokystome. La théorie néoplasique s'appuie sur la ressemblance de la maladie kystique du rein avec les lésions analogues de la mamelle et du testicule; sur la fréquence de son association à la maladie kystique du foie, que Sabourin, puis Demantke et Fournier (1), démontrent se développer par prolifération des canalicules biliaires. Malassez a fait en outre cette constatation importante que, dans la maladie kystique du rein, on peut trouver une infiltration épithéliale dans le bassinet.

3° THÉORIE DE LA MALFORMATION CONGÉNITALE. — Meckel (2) admettait déjà une malformation congénitale. Sans accepter la papillite adhésive de Virchow, Whitney pense que le rein polykystique reconnaît deux origines différentes: 1° une malformation résultant du défaut de coalescence entre les canaux excréteurs et les canalicules contournés; 2° dans d'autres cas, il s'agit d'un véritable adénokystome. A une malformation congénitale se rattache encore l'opinion de Bard (3) (de Lyon), qui admet une fragilité naturelle des canalicules ne leur permettant pas de résister à la pression intérieure normale; il compare le rein polykystique aux tumeurs érectiles (angiome caverneux).

Symptômes. — Dans un certain nombre de cas, la première manifestation du rein polykystique est l'urémie grave, parfois même la mort subite, mais ce sont là des faits exceptionnels.

Plus fréquemment on a le tableau d'une néphrite chronique à prédominance interstitielle. Le malade a de la polyurie avec des urines albumineuses peu chargées en sels; il présente quelques œdèmes passagers des jambes; des maux de tête, des épistaxis et même de l'hypertrophie ventriculaire.

Souvent les douleurs rénales appellent l'attention et, à l'examen, on constate que l'un des reins, parfois tous les deux, est augmenté de volume.

(1) DEMANTKE et FOURNIER, *Bull. de la Soc. anat.*, 1895, p. 121.

(2) MECKEL, in HAUSSMANN. Inaugural Dissertation. Leipzig, 1895.

(3) BARD (de Lyon) in DELOBE, *Province médicale*, 1894, p. 341.

La *douleur* est un phénomène assez constant; dans la plupart des cas, il ne s'agit que de sensations vagues, pénibles, dans les régions lombaires; parfois il y a des irradiations douloureuses et même des crises simulant les coliques néphrétiques. La grande importance de ce symptôme consiste en ce qu'il conduit à l'examen direct de la région rénale.

L'*augmentation de volume du rein* a été constatée dans un grand nombre de cas, mais on n'a noté l'existence de deux gros reins que dans des observations assez rares; or, cette bilatéralité de la lésion est le meilleur caractère diagnostique de la lésion. Les auteurs ne signalent guère des caractères particuliers à la tumeur rénale; pourtant, dans un cas typique, j'ai pu constater très nettement les saillies irrégulières que formaient les kystes dans les deux reins, et ce même détail est noté dans d'autres observations.

Les *urines* sont, dans la majorité des cas, plus abondantes qu'à l'état normal; souvent on note deux ou trois litres dans les vingt-quatre heures, et j'ai vu, chez le malade dont je viens de parler, une polyurie variant de 6 à 8 litres par jour. Plus rarement, on note que la quantité d'urine est normale ou diminuée; l'anurie même a été observée dans un cas de Verneuil.

La *composition chimique* de l'urine est variable: généralement on trouve de l'albumine, presque toujours en petite proportion, et une diminution de la quantité d'urée.

L'*hématurie* est un symptôme assez rare et qui se présente, lorsqu'il existe, avec des caractères de spontanéité et de répétition qui peuvent faire penser à un néoplasme malin.

Marche. — La *marche de la maladie* est fort variable. Chez certains malades, la mort est survenue de longues années après l'apparition des premiers symptômes; chez d'autres, et c'est le cas le plus fréquent, on voit se développer assez rapidement des phénomènes urémiques qui conduisent à la mort. Dans ces derniers cas la maladie est restée latente pendant un temps plus ou moins long.

Parmi les **complications**, on cite différents accidents pulmonaires, l'hémorragie cérébrale et, plus particulièrement intéressantes pour le chirurgien, l'anurie et la suppuration des kystes avec ou sans abcès périnéphrétiques. Ces *accidents infectieux* sont notés dans une observation de Lejars et dans deux autres cas opérés par Lanelongue (1) (de Bordeaux) et par Knox (2). Je signalerai enfin certains cas de rein polykystique, qui ont déterminé la mort subite.

Diagnostic. — Le plus souvent la maladie est méconnue; c'est ainsi que Lindegger ne trouve que cinq exemples où le diagnostic ait été posé; Dugué est le premier médecin qui ait porté ce diagnostic avec confirmation par l'autopsie.

(1) LANELONGUE in VITRAC, *Revue de chir.*, 1896, p. 702.

(2) KNOX, *Glasgow med. Journ.*, 1891.

On doit surtout s'attacher à bien déterminer que les deux reins sont pris et augmentés de volume; souvent les moyens habituels d'exploration ne révèlent que l'augmentation de volume d'un des reins. Il est indispensable de s'éclairer par tous les moyens possibles, en particulier par l'examen phonendoscopique et par le cathétérisme urétéral. Ce dernier mode d'exploration me paraît d'autant plus indiqué qu'il pourra, en démontrant par l'analyse des urines les lésions des deux reins, éviter des interventions désastreuses.

C'est par la détermination précise de l'augmentation de volume des deux reins qu'on distinguera la maladie kystique des *néphrites* à prédominance interstitielle. Le *cancer du rein* pourrait être confondu lorsqu'il existe des hématuries, et qu'on ne parvient à sentir qu'un seul rein augmenté de volume; si, dans ces cas, le phonendoscope ne donnait pas de résultats précis, le cathétérisme urétéral permettra de constater les modifications de l'urine du rein de l'autre côté. L'hypothèse d'un cancer rénal double est peu vraisemblable, et, même dans ces cas, l'urine ne présenterait pas de caractères chimiques analogues à ceux de la maladie kystique.

Traitement. — La bilatéralité presque constante des lésions a fait rejeter toute tentative d'intervention radicale par la plupart des auteurs. Parmi les premiers malades qui ont subi la néphrectomie, plusieurs succombèrent de quelques heures à trois jours après l'opération dans l'anurie complète, et ces faits ne pouvaient que confirmer dans l'idée de l'abstention opératoire. Dans ces dernières années, a publié plusieurs néphrectomies pour rein polykystique, suivies de succès; telles les observations de Riegner, dont la malade allait bien trois ans après; celles de Landau, dont le malade présenta, deux ans après l'opération, dans le rein laissé en place, un développement polykystique; celles de Lanelongue (de Bordeaux), de Thiriar, de Knox, de Rosewelt Park. Au Congrès de Carthage, en 1896, Vitrac ne trouve que 5 morts sur 17 néphrectomies pour rein polykystique.

Ces exemples montrent bien qu'on peut réussir en pratiquant la néphrectomie dans le rein polykystique. Je pense que, dans quelques observations (Rosewelt Park, une de Lanelongue, etc.), il s'agit plutôt de kystes multiples que de la maladie kystique vraie, et, pour mon compte, même en sachant qu'on peut réussir, je ne pratiquerais pas l'extirpation d'un rein polykystique, à moins de circonstances exceptionnelles. Il s'agit, en effet, d'une maladie qui, tout en étant de nature néoplasique, ne présente aucun danger de généralisation; les malades meurent par insuffisance rénale, et si peu que vaille le rein qu'on enlève, on diminue toujours la quantité de parenchyme sécrétant. Il faut considérer, en outre, que si la maladie kystique est déjà avancée dans l'autre rein, on s'expose à la mort rapide par anurie, et

que, si cet autre rein est encore en assez bon état, on s'expose à le voir ensuite présenter tous les caractères de celui qu'on a enlevé (obs. de Landau).

La plupart des opérateurs croyaient intervenir pour un rein mobile, pour une hydronéphrose, et, trouvant le rein farci de kystes, ils l'ont extirpé; je pense que si on commet une pareille erreur de diagnostic, on peut se borner, suivant les cas, à fixer le rein malade s'il est descendu, et, s'il existe en même temps de l'hydronéphrose, à ponctionner la poche ou à pratiquer la néphrostomie.

Landau (1) opéra de propos délibéré, malgré le diagnostic de maladie kystique, parce que sa malade avait de vives souffrances; cette indication me paraît des plus contestables. Lorsque le diagnostic est posé, je crois qu'on ne doit intervenir que s'il existe des phénomènes infectieux avec suppuration des kystes; il s'agit alors d'une indication de nécessité, et les succès obtenus par Lanelongue et par Knox justifient la néphrectomie.

4° Kystes dermoïdes. — Ces kystes sont d'une extrême rareté. Je n'ai trouvé mention que de 4 cas authentiques. Ils ont été observés par Paget (2), par Madelung (3) et par Walker (4). Le quatrième cas, celui de Jackson (5), est plus douteux. Ces kystes ne présentent pas d'histoire clinique. Au point de vue anatomique, ils sont formés par une poche tapissée d'épithélium pavimenteux et contiennent une bouillie athéromateuse avec ou sans des portions dures, solides. Dans le cas de Walker, il y avait à la fois trois kystes dermoïdes et plusieurs autres séreux.

5° Kystes hydatiques. — Les kystes hydatiques du rein sont bien connus depuis la thèse de Béraud (6), et, au point de vue chirurgical, depuis le remarquable mémoire de J. Bœckel (7). Cette année même, Houzel (8) leur a consacré un bon travail.

Étiologie. — Les kystes hydatiques du rein sont rares; en réunissant 2 111 cas d'échinocoques, Houzel trouve 115 fois le kyste dans le rein (5,44 p. 100). Bœckel attribue cette rareté à la grande longueur du trajet que doivent suivre les échinocoques absorbés dans l'intestin pour se fixer dans le rein; ils s'arrêtent plus volontiers dans le foie ou dans la cavité abdominale. Comme ceux des autres organes, les hydatiques du rein sont plus fréquents chez les individus qui vivent avec les chiens; on les observe plus souvent chez la femme

(1) Observation donnée par LINDEGGER, thèse de Paris, 1896.

(2) PAGET, *Lectures of surg. Pathol.*, 1871, p. 440.

(3) MADELUNG, in SCHLYGTENDAL, *Arch. für klin. Chir.*, 1887, S. 304.

(4) WALKER, *Trans. of the American medic. Assoc. in Centralblatt für Harn. und sexuelle Organe*, 1898, p. 412.

(5) JACKSON, *The Boston med. Journ.*, avril 1874.

(6) BÉRAUD, thèse de Paris, 1861.

(7) J. BŒCKEL, Étude sur les kystes hydatiques du rein, 1887.

(8) HOUZEL, *Revue de chir.*, 1898.