

lominaire, avec fixation exacte de la capsule du rein à la peau. Je ne signale que pour mémoire la méthode des ponctions multiples qui détermineraient des adhérences. L'incision pourrait porter aussi sur l'uretère qu'on amènerait à la peau (Le Dentu) (1). Pendant l'opération on a cherché la perméabilité de ce conduit par le cathétérisme. Il n'est pas rare de voir, après la néphrotomie, une sécrétion d'une urine abondante et riche en principes excrémentitiels, alors que le parenchyme rénal paraissait détruit; mais le plus souvent cette poche ainsi drainée s'infecte, suppure et la néphrectomie secondaire, portant alors sur une cavité suppurante, deviendra plus grave. Aussi conseillerons-nous une asepsie minutieuse du foyer après l'incision et une intervention secondaire *précoce*, dès que l'état physiologique du rein du côté opposé sera établi. Cette intervention consistera dans l'extraction des calculs de l'uretère, ou la résection de la poche ou son extirpation.

Entre ces deux procédés vient prendre place *le retournement de la poche*. Je n'ai aucune expérience de ce procédé, mais après avoir lu l'article de Gayet (2), je ne suis pas convaincu de sa supériorité ou mieux de son utilité dans le traitement des grosses hydronéphroses.

Si l'hydronéphrose est *fermée*, à volume fixe, il faut d'abord chercher, par le cathétérisme rétrograde ou la ponction, à en faire une hydronéphrose ouverte et si ce résultat est obtenu, on la traitera comme telle. Si au contraire l'obstacle reste infranchissable et si le liquide se reproduit, l'intervention opératoire s'impose. La recherche de l'obstacle et les moyens à lui opposer rentrent dans le cadre des faits que nous venons d'étudier avec le même but conservateur; la néphrotomie, la néphrectomie reconnaissent les mêmes indications.

Pendant toutes ces manœuvres, la grosse pierre d'achoppement consiste dans l'infection possible de la poche hydronéphrotique. Cette *infection*, qu'elle soit primitive ou secondaire, n'est pas une contre-indication absolue au traitement conservateur; nous savons que les infections pyéliqués légères et qui se drainent bien par un uretère suffisant peuvent guérir; toute la question est donc d'obtenir cette perméabilité. Son échec reconnu et l'apparition de phénomènes toxico-infectieux graves sont les seules indications à la néphrectomie.

URO-HÉMATONÉPHROSE

Cette variété que j'ai cherché à établir est essentiellement caractérisée par la rétention intra-rénale d'urine et de sang (3); je décrirai ses formes et ses rapports avec les tumeurs du bassinet, p. 444.

Elle se rencontre dans deux circonstances. Survenant à la suite d'un *traumatisme*, l'épanchement est en général *péri-rénal*; lorsqu'il est *intra-rénal* il est dû à l'*oblitération temporaire ou définitive de l'uretère* et se caractérise uniquement par une augmentation de volume du rein. La localisation de l'uro-hématonéphrose était particulièrement intéressante dans un cas de Nelsen (4) où l'hémorragie s'était faite entre la capsule propre du rein et le parenchyme (hématome

(1) LE DENTU, *loc. cit.*

(2) GAYET, *Gazette méd. de Paris*, 1897, p. 495.

(3) TUFFIER, *Soc. de chir.*, 28 nov. 1894.

(4) NELSEN, *Ziegler's Beitr. zur. path. Anat. und Physiol.*, 1888, t. III, p. 279-284.

sous-capsulaire). Je crois que Nelsen l'intitule à tort « périnéphrite hémorragique »; il s'agit, autant que la description permet de s'en rendre compte d'une hématonéphrose. — Pantaloni (1) cite un cas où il existait 24 litres de liquide uro-hématique.

Quand l'uro-hématonéphrose est spontanée, elle se rencontre : 1° comme un épiphénomène d'une hydronéphrose banale; 2° comme une hémorragie symptomatique d'une tumeur du bassinet.

L'épanchement sanguin dans une hydronéphrose déjà volumineuse donne lieu à la présence d'un liquide brunâtre ou noirâtre, que nous avons signalé. Lorsqu'il est symptomatique d'une tumeur du bassinet, les lésions suivent l'évolution suivante : le néoplasme oblitère partiellement l'uretère et distend le bassinet, puis les hémorragies se font du côté du bassinet distendu; lorsque la poche atteint une certaine tension, elle se vide, d'où hématurie intermittente de couleur généralement noirâtre. Lorsque l'hydronéphrose est *ouverte*, l'hématurie est *continue* et coïncide avec la tuméfaction du rein : aussi avais-je cru, dans mon observation, à l'existence d'un néoplasme rénal. Au contraire, si l'hydronéphrose est *fermée*, avant que l'hémorragie intrapyélique se produise, il se fait une tuméfaction rénale s'accompagnant de l'émission d'urines normales. Cinq ans après ma publication, Pantaloni (2) a repris ces faits. — Pendant l'intervention en pareil cas, on tombe sur une poche qui, incisée, donne un flot de sang, à tel point que chez un de mes malades je crus à une blessure d'une veine volumineuse pendant l'opération.

CHAPITRE IX

KYSTES DU REIN

On désigne sous ce nom des collections d'un liquide séreux ou séro-sanguin développées spontanément dans le rein et indépendantes de l'uretère et du bassinet. Confondus autrefois avec l'hydronéphrose, les kystes doivent en être séparés, même dans les cas exceptionnels où la dilatation aseptique d'un des calices tend à s'isoler par rétrécissement ou oblitération de son embouchure. Ces collections sont loin de donner lieu à un ensemble symptomatique constant. Les observations actuellement assez nombreuses permettent de distinguer quatre espèces de kystes du rein :

- 1° Kystes séreux simples;
- 2° Kystes hydatiques;
- 3° Maladie polykystique;
- 4° Kystes paranéphrétiques.

De ces quatre espèces morbides, les deux premières et la dernière sont du ressort de la chirurgie, la troisième est le plus souvent du domaine médical.

(1) PANTALONI, *Archiv. prov. de chir.*, 1^{er} janvier 1899.

(2) PANTALONI, *loc. cit.*

I

KYSTES SÉREUX SIMPLES

RAYER, Maladies des reins, t. III, p. 224. — VIRCHOW, Traité des tumeurs. Trad. française, p. 267. — LANCEREAUX, art. REIN du *Dict. encyclopédique*. — LE DENTU, Affections chirurgicales des reins, p. 475. — TERRIER, *Revue de chir.*, 1890, p. 545. — TUFFIER, *Académie de médecine*, 1891, et *Arch. de méd.*, 1891, t. XXVIII, p. 5. — KLIPPEL, *Soc. anat.*, 1895. — RÉCAMIER, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1895, p. 185. — JACOBSON, *Soc. anat.*, 17 avril 1897. — NEWMANN, *Glasgow Med. Journ.*, mai 1897.

Anatomie pathologique. — Ces kystes se présentent sous deux aspects qui ne sont peut-être que le résultat d'un même processus, mais qui sont bien différents au point de vue clinique : les *petits* et les *grands kystes*.

Les *petits kystes* ont un intérêt médical, ou mieux ils intéressent surtout les anatomo-pathologistes. Ils se présentent sous forme de petits grains vésiculeux, variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'une noisette. Ils sont uniques ou en petit nombre. Ils siègent dans la substance corticale et font saillie à sa surface. Quand ils occupent la région médullaire, ils sont plus petits. Leur paroi est mince, transparente. Le liquide qu'ils contiennent est limpide, séreux, rarement noirâtre, différent par sa composition du liquide urinaire. On les rencontre fréquemment dans la néphrite interstitielle.

Les *grands kystes* ne diffèrent des précédents que par leur volume plus considérable qui en fait de véritables tumeurs du rein. Ils sont rarement multiples, et varient de la grosseur du poing à celle d'un volumineux kyste ovarien. Leur *siège* importe à la thérapeutique. Ils occupent dans quelques cas le centre du rein qu'ils divisent en deux fragments, en repoussant en haut et en bas les deux extrémités. Bien plus souvent on les voit à une des extrémités de l'organe, qu'ils renflent considérablement (voy figure 100). J'ai relevé cette situation sur 7 observations suffisamment détaillées : 6 fois le kyste siégeait à l'extrémité supérieure, 1 fois à l'extrémité inférieure. Cette localisation peut avoir une grande importance thérapeutique. La forme de ces kystes est arrondie et la plus grosse partie de la masse tend à sortir du rein; plus rarement elle est partie extra-, partie intrarénale. — *La paroi externe* est lisse, sans nodosités ni bosselures; elle laisse voir la transparence du liquide; elle adhère au rein avec lequel elle fait corps, si bien qu'il est impossible de l'énucléer; il faut la disséquer pour la séparer du parenchyme voisin. *La face interne* ressemble à la surface lisse d'une synoviale, mais des bandes fibreuses font souvent relief à sa surface, et on voit des veines plus ou moins grosses au-dessous de la membrane limitante. Cette paroi peut devenir très mince par distension progressive, elle peut aussi acquérir une épaisseur considérable, devenir fibro-cartilagineuse ou s'infiltrer de sels calcaires; c'est ce qui a donné lieu, à mon avis, à la description de kystes athéromateux. Elle est constituée par du tissu fibreux, et l'on ne trouve à sa surface qu'un épithélium aplati, ou un vernis protoplasmique sans hauteur et pourvu de noyaux.

Le contenu est en général un liquide jaune citrin, clair, limpide, quelquefois gélatineux ou sanguin. Quand il rappelle par ses caractères physiques le liquide urinaire, il en diffère par sa composition. Il résulte des analyses de M. A. Robin,

que ses principes sont très variables : il contient peu d'urée, des sels de chaux, sous forme de phosphates et de sulfates, et des quantités d'albumine très différentes suivant les cas. Si le kyste est *hémattique*, son contenu est fluide, ou formé par des caillots et des stratifications fibrineuses très abondantes. Enfin M. Lannelongue a vu un kyste contenant des gaz. Quelle que soit la nature de la collection, elle laisse généralement *intacte une grande partie de la glande*.

La périphérie est bien sclérosée par compression, mais le reste de l'organe continue à *fonctionner* (Tuffier). Toutes les observations font mention de cette intégrité complète ou incomplète, constatation importante pour la thérapeutique.

Pathogénie. — La pathogénie de ces tumeurs kystiques est encore mal connue. Le développement des kystes séreux est-il dû à une sclérose péricanaliculaire avec étranglement, puis à une sécrétion de l'épithélium du tube isolé; ou à la distension de la capsule de Bowman? De nouvelles recherches s'imposent à cet égard.

Les kystes *hémattiques* reconnaissent quelquefois pour origine un traumatisme : c'est alors un hématome. Mais, dans les cas où une pareille origine ne peut être invoquée, la présence du sang tient à une transsudation par rupture vasculaire dans la cavité kystique. Toutefois il faut tenir compte ici d'une cause d'erreur. Les adénomes du rein s'accompagnent d'hémorragies intra-rénales extrêmement abondantes, hémorragies qui s'enkystent en formant de larges poches dont une très minime partie est occupée par le néoplasme. Il faut donc, en pareils cas, faire un examen minutieux de la paroi kystique pour arriver à établir la pathogénie de ces collections. Nous retrouvons ici sous une autre forme l'histoire des anévrysmes des os, qui avaient tant intrigué nos devanciers, et qui entrent de plus en plus dans le domaine des néoplasmes hémorragiques.

Étiologie. — Les grands kystes du rein sont beaucoup plus fréquents chez la femme (notre relevé nous donne 5 hommes sur 20 cas où le sexe est noté). On les rencontre à l'âge adulte, de vingt à quarante-cinq ans. En dehors de ces faits d'étiologie banale, nous ne pouvons citer que le traumatisme dont il faudra rechercher l'existence dans le passé des malades. Il n'y a pas de prédominance marquée pour l'un des reins.

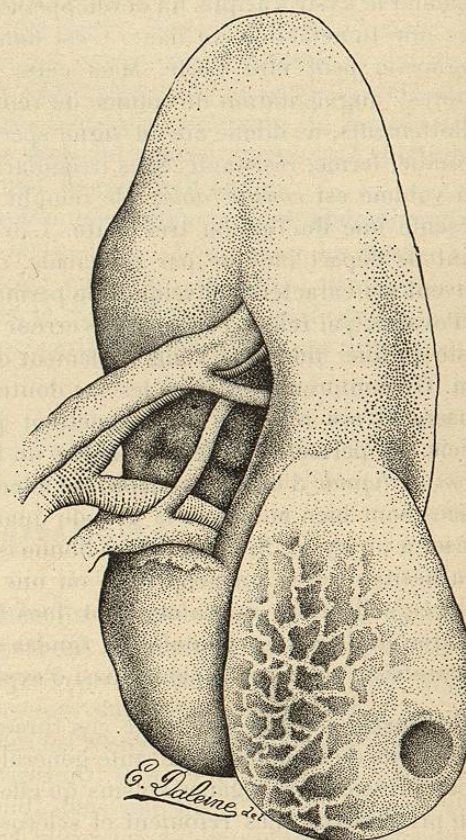


FIG. 100. — Kyste de l'extrémité inférieure du rein. (Rayer.)

Symptômes et diagnostic. — Ces collections ne se traduisent le plus souvent par aucun autre signe clinique qu'une tumeur; c'est dire que leur début passe inaperçu. Ils évoluent silencieusement, sans qu'aucun trouble dans le fonctionnement de la glande vienne trahir leur présence; il n'y a pas d'hématuries, pas de douleurs: toutes les observations plaident dans le même sens.

Quand le kyste a acquis un développement suffisant, les malades se présentent avec une tuméfaction du flanc. C'est donc sur cette simple constatation que le diagnostic peut être porté. Mais cette tumeur, en dehors de ses caractères propres: augmentation de volume du rein, sonorité antérieure, forme arrondie, ballottements, ne donne aucun signe spécial. Si elle est peu développée, elle est arrondie, ferme, résistante, sans irrégularité de surface, franchement mobile. Si son volume est considérable, elle remplit l'abdomen, devient mate en avant et présente une fluctuation très nette. L'évolution descendante de la tumeur, le point de départ indiqué par le malade, ont alors une grande importance, car souvent ses caractères physiques ne permettent pas de la distinguer d'un kyste de l'ovaire; j'ai relevé 14 fois cette erreur de diagnostic: 1 fois on a pensé à un kyste du foie, alors que 2 fois seulement on a hasardé l'hypothèse d'un kyste du rein. On comprend que dans les cas douteux la ponction soit autorisée. Malheureusement ses résultats ne permettent pas de formuler un diagnostic bien précis. Ils permettent de reconnaître un kyste hydatique, mais entre la composition du liquide d'une hydronéphrose ancienne et de celui d'un kyste, les différences sont bien minimes; la grande quantité d'albumine permettrait seule de penser à un kyste. Si l'évacuation donne issue à un liquide sanguin, le diagnostic sera hésitant entre un néoplasme ou une tumeur kystique, car nous avons vu que ces collections sanguines sont dues le plus souvent à une dégénérescence maligne de l'organe. Toutefois il faudra rechercher avec soin l'existence d'un traumatisme antérieur capable aussi d'expliquer cette hématonéphrose.

Pronostic. — L'évolution de ces tumeurs est toujours lente; elles ne déterminent pas de troubles de la santé générale. C'est seulement par leur volume et la compression des organes voisins qu'elles sont gênantes. Mais par leur extension progressive elles refoulent et sclérosent le parenchyme rénal; aussi est-on en droit de leur opposer une thérapeutique active dès qu'elles sont reconnues.

Traitement. — La ponction, l'incision avec drainage de la cavité, la néphrectomie totale et la néphrectomie partielle sont les moyens dont nous disposons.

La ponction a donné une guérison dans le seul cas de Cabot⁽¹⁾, mais le malade a été perdu de vue après l'intervention. Toutes les autres tentatives ont été suivies de reproduction de la tumeur. L'incision et le drainage du kyste ont été préconisés par la majorité des auteurs. Je n'en ai cependant relevé que 7 cas: 5 fois, on a suivi la voie transpéritonéale et 2 fois seulement on a pris la voie lombaire. Cette proportion élevée d'incisions péritonéales s'explique par le volume de la tumeur qui avait fait croire à un kyste ovarien. Les résultats sont satisfaisants, puisque nous ne relevons aucune mortalité; mais les fistules consécutives sont fréquentes (66,6 pour 100) et nécessitent une néphrectomie secondaire. L'ablation du kyste et du rein a été pratiquée 51 fois. On a fait la néphrectomie lombaire 7 fois avec 41 pour 100 de mortalité, la laparo-néphrec-

⁽¹⁾ CABOT, *Journal of cut. and genito-urinary dis.*, 1890, p. 579.

tomie 24 fois avec une mortalité de 40 pour 100, occasionnée: dans 2 cas par péritonite, 2 par infection purulente, 1 par hémorragie, 1 par collapsus, 1 par néphrite du rein opposé, 4 fois la cause de la mort n'est pas indiquée. Ces chiffres ne sont plus exacts aujourd'hui comme totalité, mais la proportion des succès reste la même.

Me basant sur l'état du parenchyme rénal ambiant qui est relativement sain, et sur les cicatrifications faciles du rein après la néphrectomie partielle, j'ai proposé et exécuté l'ablation du kyste par dissection intra-rénale et suture au catgut de la plaie du rein ainsi formée. Cette néphrectomie partielle a été suivie d'une guérison complète en sept jours. L'histoire ultérieure du malade nous a montré que la quantité de rein que nous lui avons laissée avait son importance, puisqu'au point de vue fonctionnel, ce rein était unique.

En résumé pour les kystes très volumineux franchement abdominaux, la néphrectomie transpéritonéale est la méthode de choix. Pour les tumeurs de moyen volume, l'incision lombaire avec ouverture du kyste, fixation de ses parois à la peau et drainage, ou mieux la dissection intra-rénale du kyste et la réunion du parenchyme (néphrectomie partielle avec suture du rein) sont les procédés les plus recommandables.

II

KYSTES HYDATIQUES

Le développement des hydatides dans la glande rénale est peu fréquent; cependant dès 1821, Chopart leur consacrait dans son *Traité des maladies des voies urinaires* un long chapitre et Rayet reprenait leur étude quelques années plus tard, en se basant sur de nombreuses observations personnelles. Davaine ensuite a rapporté plusieurs cas d'hydatides rénales en cherchant à réunir tous les faits qui avaient été publiés auparavant, tant en France qu'à l'étranger. A peu près à la même époque, Béraud, dans une thèse remarquable, relatait 7 observations inédites recueillies dans le service de ses maîtres en y ajoutant 11 faits nouveaux empruntés à la littérature anglaise. L'avènement de la chirurgie antiseptique, qui permet de s'attaquer hardiment aux hydatides rénales et par conséquent de les étudier plus complètement, est suivi de l'apparition de nombreux travaux sur cette question. C'est ainsi qu'en Allemagne, Simon étudie le traitement opératoire des kystes du rein; Neisser décrit leur mode de développement et de propagation. En France, Bouilly leur consacre une leçon fort remarquable dans la *Gazette des hôpitaux*, et Boeckel une monographie très complète dans la *Gazette médicale de Strasbourg*. En 1889, M. Le Dentu reprend la question et la met au point; un de ses élèves, Braillon, en fait l'objet de sa thèse inaugurale. Citons enfin le mémoire de Houzel, récemment paru dans la *Revue de chirurgie* et où on pourra trouver une bibliographie très complète de la question.

CHOPART, *Traité des maladies des voies urinaires*, nouv. édit. de Pascal, t. I, p. 142. — RAYET, *Traité des maladies des reins*, t. III, p. 145. — DAVAINÉ, *Traité des entozoaires*, p. 524. — BÉRAUD, Thèse de Paris, 1861. — SIMON, *Die Echinococcuscysten der Nieren*. Stuttgart, 1877. — NEISSER, *Die Echinococcuskrankheit*, 1877. — BOUILLY, *Gaz. des hôpitaux*, 1886, n° 146. — BOECKEL, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1887, n° 5 et suivants. — LE DENTU, *Traité*