

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 permettraient 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 11 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 hôpit.*, 1886, n° 146. — BOECKEL, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1887, n° 5 et suivants. — LE DENTU, *Traité*

des affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales. Paris, 1889. — POLLOSSON, Traitement des kystes hydatiques du rein. (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1895, p. 920.) — BRAILLON, Thèse de Paris, 1894. — HOUZEL, Contribution à l'étude des kystes hydatiques du rein. *Revue de chir.*, août et septembre 1898.

Étiologie. — Les kystes hydatiques du rein sont d'une extrême rareté comparés aux kystes de même nature développés dans les autres régions. Davaine, par exemple, sur un total de 566 kystes à échinocoques, n'en trouvait que 50 concernant les reins. Plus tard Neisser, sur 985 cas de kystes, en signalait seulement 80 dans les reins contre 451 dans la substance hépatique. Un auteur anglais, Thomas, donne encore une proportion plus faible: sur 507 individus morts en Australie de kystes hydatiques, depuis 1867 jusqu'à 1877, il n'en cite que 2 pour le rein contre 166 pour le foie et 55 pour le poumon. Mossler, exerçant dans le Mecklembourg où l'affection hydatique est cependant des plus communes, n'a, en vingt ans, observé qu'une localisation dans le rein.

Pour expliquer cette grande rareté des hydatides rénales, je me rattacherai volontiers à l'opinion émise par Boeckel. Cet auteur admet que, pour arriver aux reins, les œufs de ténia qui sont contenus dans l'intestin doivent pénétrer d'abord dans les lymphatiques du mésentère, puis qu'ils traversent ces vaisseaux pour se rendre dans le canal thoracique, la veine jugulaire et le cœur droit; arrivés là, ils s'engagent dans l'artère pulmonaire (kystes hydatiques du poumon), puis, continuant leur trajet à travers les veines pulmonaires, pénètrent dans le cœur gauche et de là dans la circulation générale. « C'est de cette façon que, par l'intermédiaire des coronaires, se développent les kystes hydatiques du cœur; par celui des autres branches de l'aorte les kystes du cerveau, des muscles striés, de la rate, et finalement du rein. La voie qu'ont à parcourir les échinocoques pour arriver au rein est donc fort longue; aussi s'arrêtent-ils le plus souvent en chemin. C'est là l'explication la plus rationnelle pour expliquer la rareté des kystes rénaux⁽¹⁾. » D'autre part, il faut probablement faire intervenir aussi le peu de tendance que possède le filtre rénal à retenir les produits qui le traversent.

L'hydatide rénale se rencontre avec une égale fréquence dans les deux sexes; l'âge joue un rôle insignifiant: c'est ainsi qu'on trouve l'exemple d'un kyste chez un enfant de 4 ans⁽²⁾, à côté d'un autre chez une femme de 75 ans; cependant, pour Béraud⁽³⁾, les kystes hydatiques rénaux se développeraient de préférence entre 18 et 40 ans.

Anatomie pathologique. — Nous décrirons successivement: 1° le kyste; 2° l'état du rein⁽⁴⁾. On trouve parfois des kystes hydatiques dans les deux reins simultanément (Richardson, Hogg), mais généralement un seul rein est atteint, le gauche le plus souvent (Béraud, Boeckel).

1° Le kyste peut se rencontrer en tous les points de l'organe, aussi bien à sa partie supérieure qu'à sa partie inférieure, sur sa face antérieure que sur la postérieure. A son début on le trouve presque toujours dans la substance corticale sous forme d'une petite vésicule arrondie à parois minces, nettement

⁽¹⁾ BOECKEL, *Étude sur les kystes hydatiques du rein au point de vue chirurgical*. Paris, Alcan, 1887, p. 48.

⁽²⁾ DESAULT et CHOPART, *loc. cit.*, p. 150, et in RAYER, *loc. cit.*, p. 569.

⁽³⁾ BÉRAUD, *loc. cit.*

⁽⁴⁾ BRAILLON, Thèse de Paris, 1894.

limitée du tissu rénal ambiant qui paraît sain. Plus tard cette vésicule qui a grossi et atteint des proportions quelquefois énormes, au point de remplir une partie de l'abdomen, présente des caractères différents. Sa forme a changé: la tumeur est allongée, plus irrégulière, bosselée. Si on l'incise on lui trouve une paroi d'épaisseur variable atteignant de 1 à 5 millimètres d'épaisseur; cette paroi, composée de tissu fibreux résistant, renferme des vaisseaux sanguins parfois très nombreux; parfois elle subit une transformation cartilagineuse ou calcaire. La surface interne de la poche, dont la couleur varie du gris au rouge jaunâtre, est ordinairement lisse, mais on peut également la trouver inégale, mamelonnée et semblable à une vessie hypertrophiée (Braillon); elle peut être revenue sur elle-même, être ratatinée « comme la surface d'un ovaire de vieille femme » (Béraud). Quant au contenu du kyste, il est variable suivant les cas. Le plus souvent il renferme des hydatides nombreuses. Livors⁽¹⁾ en a observé jusqu'à mille chez une vieille femme, leur volume variait de celui d'un grain de mil à celui d'une noix, d'une orange. On a par contre rencontré des kystes vidés en partie et privés d'hydatides. Parmi les vésicules, les unes nagent librement dans le kyste, d'autres sont adhérentes à sa paroi. Le liquide contenu dans le kyste hydatique présente toujours à peu près la même composition chimique: on y rencontre des cristaux d'acide urique et des cristaux phosphatiques, parfois même de petits cristaux prismatiques de phosphate ammoniaco-magnésien ou des cristaux de phosphate de soude et d'oxalate de chaux. Ces sels peuvent former des calculs de la grosseur et de la forme d'un pois, d'un haricot (Desault)⁽²⁾. Lorsque la poche est volumineuse, elle contracte des adhérences avec les organes voisins, le mésentère, le gros intestin, l'intestin grêle, la rate, le foie, l'estomac et les gros vaisseaux prévertébraux. L'adhérence établie, la tumeur s'ouvre en général dans le bassin (52 fois sur 65, Roberts), plus rarement dans le poumon et l'intestin, dans le tissu péri-rénal, jamais dans le péritoine (1 cas soupçonné par Le Dentu). Quant à l'ouverture lombaire dont parle Rayer, elle me semble se rapporter à des kystes hydatiques de la masse sacro-lombaire. Fréquemment ils s'enflamment et suppurent, c'est alors surtout que leur ouverture a lieu dans un organe voisin. Quelquefois leur cavité peut se ratatiner et contenir une bouillie blanchâtre, indice des lésions anciennes.

2° Le rein atteint de kyste hydatique présente des lésions qui ne sont pas toujours identiques; il est souvent altéré et on y trouve des traces évidentes de néphrite parenchymateuse, interstitielle, suppurative ou hyperplasique; ordinairement quand la poche est volumineuse, le tissu rénal refoulé vers la périphérie de l'organe est pâle, atrophié et réduit à une sorte de coque fibreuse; mais il est établi que toujours, comme dans les gros goitres kystiques, on peut retrouver un peu de tissu glandulaire, alors même qu'au premier abord l'organe tout entier semble transformé en une vaste poche. L'uretère du côté correspondant est ectasié, ainsi que les calices, le bassin, quand les hydatides ont été rendues à plusieurs reprises avec l'urine; parfois il est hypertrophié, mais souvent aussi il a un aspect normal, car, avec sa dilatabilité fort considérable, il peut reprendre très promptement ses dimensions normales⁽³⁾.

Les cystites qui ont été observées au cours d'une échinococcie rénale sont consécutives à un cathétérisme qui, pratiqué pour favoriser l'évacuation des

⁽¹⁾ LIVORS, cité par Béraud, *loc. cit.*, p. 22, observ. II.

⁽²⁾ DESAULT et CHOPART, *loc. cit.*, t. I, p. 144.

⁽³⁾ BRAILLON, Thèse de Paris, 1894.