

hydatides contenues dans la vessie ou arrêtées dans la traversée urétrale n'a pas été accompagné de toutes les précautions d'asepsie désirables. L'autre rein qui peut être également atteint de kyste hydatique, présente généralement, lorsqu'il est sain, une hypertrophie compensatrice, sa sécrétion devant suppléer celle du rein malade. Il existe de nombreux exemples de kystes hydatiques du rein coïncidant avec la présence de kystes hydatiques de même nature dans d'autres organes, dans le foie en particulier.

Symptômes. — Le début de l'affection passe toujours inaperçu, et les accidents se démasquent soit par l'apparition d'une tumeur abdominale, soit par une colique néphrétique.

La tumeur occupant le flanc et l'abdomen, constituée par un kyste, est arrondie et dans certains cas porte à son extrémité inférieure une masse oblongue formée par le rein (Le Dentu). Cette tumeur présente les signes des tumeurs rénales : sonorité partielle antérieure, matité postérieure costolombaire, mobilité, ballotement. Sa consistance varie de la mollesse et de la fluctuation jusqu'à la résistance et la fermeté qui fait croire à un néoplasme solide. Généralement, les kystes très volumineux sont plus fluctuants que les petits. La percussion n'a révélé le frémissement hydatique que dans un cas.

Les symptômes fonctionnels sont d'abord réduits à des signes de compression, mais ils dominent la scène dès que la tumeur s'ouvre. Quand l'évacuation a lieu du côté du bassin, le malade accuse tous les accidents d'une colique néphrétique, douleur atroce avec irradiation inguinale ou intestinale, vomissements, anxiété. Cette crise douloureuse cesse bientôt, puis est remplacée par une rétention d'urine ou des difficultés de miction qui cèdent à l'expulsion des membranes hydatides accompagnées de magma gélatineux et souvent de sang. La collection, si elle a été constatée, s'affaisse alors partiellement ou complètement. Ces accidents ne sont pas continus; ils peuvent durer plusieurs semaines, plusieurs mois et provoquer des troubles variables à chaque évacuation. Je n'insiste pas sur l'ouverture dans le poumon et les bronches : c'est la vomique des kystes du foie.

Marche. — Cette évacuation attend une, deux, jusqu'à huit années avant de s'effectuer. Elle est suivie d'une rémission trompeuse dans les accidents : les crises peuvent se renouveler à plusieurs mois d'intervalle. Après une période de calme, des phénomènes de septicémie se manifestent. Sur 29 cas (Béraud et Boeckel) d'ouverture dans le bassin, nous trouvons 10 morts (7 par marasme, 1 cachexie, 1 cancer, 1 phtisie, 1 perforation du poumon), 6 états stationnaires et seulement 6 guérisons. 7 malades n'ont pas été suivis. Les ouvertures dans l'intestin donnent 1 mort sur 4 cas; la rupture sous-cutanée ou intra-musculaire, 3 guérisons sur 5 cas; l'évacuation par vomique a été suivie, chez 2 malades, d'accidents mortels (Boeckel).

Diagnostic. — Les accidents qui nous amènent les malades sont d'ordre différent. Le plus souvent c'est une tumeur rénale, plus rarement des coliques néphrétiques, exceptionnellement l'expulsion d'hydatides par l'urètre. Suivant chacune de ces formes, notre investigation clinique prend une voie différente. En général il est très difficile de diagnostiquer un kyste hydatique du rein; dans

28 cas de kystes opérés dont 21 sont relatés par Boeckel et 7 par Houzel⁽¹⁾, il y eut 15 erreurs de diagnostic (le foie, la rate, le mésentère ont été incriminés par Heussner et Spencer Wells), 4 fois l'opérateur indécis ne fit qu'un diagnostic approximatif et dans 11 cas seulement il put se prononcer.

1° Dans le cas de tumeur du flanc droit, le diagnostic général des tumeurs du rein s'impose et je renvoie à ce chapitre. Mais le diagnostic anatomique étant posé, il faut indiquer la nature de la tumeur. La ponction est alors indispensable : l'issue d'un liquide limpide (eau de roche) et l'examen microscopique permettront d'éliminer l'hypothèse d'un kyste simple ou d'une hydronéphrose. Mais dans bien des cas la ponction ne donne issue à aucun liquide, une membrane obstrue la canule aspiratrice ou l'aiguille tombe sur une petite hydatide, et le diagnostic reste indécis. La statistique de Boeckel est intéressante à cet égard, puisque le diagnostic est ainsi resté incertain 8 fois sur 21 cas. Malgré ces causes d'erreur, la ponction s'impose. Il est un autre signe que les auteurs n'ont pas mis en relief et qui m'a permis, dans un cas, de porter le diagnostic de la nature de l'affection : c'est la présence sur un autre point du corps, et surtout dans un muscle, d'une tumeur de même nature.

2° Lorsque nous n'avons, pour reconnaître la maladie, que le syndrome colique néphrétique, nous ne pouvons nous baser que sur la présence dans l'urine des crochets ou des membranes caractéristiques. Nous sommes habitués, dans ces cas de pseudo-coliques néphrétiques, à faire l'examen microscopique du sédiment urinaire et c'est ainsi que nous avons été conduit au diagnostic par notre collègue Netter chez un malade dont les accidents douloureux restaient sans explication possible.

3° La présence d'hydatides dans l'urine nous conduit à chercher leur origine dans le rein s'il existe une tumeur rénale et surtout si cette tumeur est variable dans son volume avec les crises douloureuses; mais si la poche est complètement vide, on ne peut émettre que des hypothèses sur son origine rénale, car les observations de kystes du foie vidés dans l'uretère sont fort nombreux.

Pronostic. — Il découle de ce que nous avons dit. Tant que la tumeur n'est pas ouverte, elle ne provoque que des accidents de compression, mais son ouverture permet l'introduction des germes; des accidents septiques éclatent alors et emportent les malades dans la proportion énorme des trois quarts. Heureusement la thérapeutique est ici efficace.

Traitement. — Nous retrouvons, à propos des kystes hydatiques du rein, les différents traitements de ces mêmes productions dans le foie. La rareté seule de leur localisation dans la glande rénale nous empêche d'y constater les traces de la lutte entre les procédés médiocres de la ponction avec injection de sublimé et les procédés chirurgicaux de l'incision. Les opérations pratiquées jusqu'alors sont : la ponction simple ou répétée avec drainage, le procédé de Récamier, la double ponction de Simon, enfin l'incision et l'extirpation. De ces différents procédés les uns sont surannés, comme la méthode des caustiques de Récamier et la double ponction suivie d'incision ou procédé de Simon; d'autres la première a donné 1 mort sur 2 cas et la seconde 3 morts sur 5. Nous n'avons actuellement à choisir qu'entre la ponction et l'incision ou la néphrectomie. La ponction simple est le premier moyen auquel on doit recourir; elle

(1) HOUZEL, loc. cit., p. 818.

est exploratrice. Pour un kyste peu volumineux, on la fera suivre d'une injection de 100 cent. cubes de liqueur de Van Swieten. La néphrectomie a été suivie de mort dans 5 cas sur 4. L'incision avec drainage par la voie lombaire est la méthode de choix (11 cas, 11 succès), à moins que la mobilité ou le volume de la tumeur n'indiquent la voie abdominale. Si, au cours de l'opération, le rein paraît complètement détruit; si les adhérences sont molles et la dissociation facile, on pourra tenter la néphrectomie. Mais quand on a vu ces immenses kystes du foie guérir après une simple incision et guérir souvent sans fistule, on est autorisé à recommander la néphrotomie de préférence à l'extirpation du rein, surtout quand on lit des observations dans lesquelles le rein était unique: il sera toujours temps de faire une néphrectomie secondaire si la fistule persistante vaut la peine d'en faire courir le danger au malade. Le manuel opératoire sera le suivant: incision lombaire, résection des bords du kyste, et, s'il peut être amené dans la plaie, suture de ses bords à la peau. Cette résection pourra être souvent très étendue; peut-être même l'extirpation totale sera-t-elle effectuée avec succès. Telle est la conduite à tenir dans les cas de kystes hydatiques du rein, et je n'ai eu qu'à m'en louer dans mes opérations. Aujourd'hui, après les travaux de Bobroff⁽¹⁾ et les succès obtenus plus simplement dans les kystes du foie, je tenterais après l'incision, le lavage au sublimé de la poche, puis sa suture avec ou sans capitonnage, suivant son siège et son volume.

III

MALADIES KYSTIQUES DU REIN (GROS REIN POLYKYSTIQUE)

RAYER, t. III, p. 507. — LAVERAN, *Gazette hebdom.*, 1876, p. 756, 776. — MICHALOVITZ, Thèse de Paris, 1876. — CAZEAUX, Thèse de Paris, 1878. — SABOURIN, *Arch. de physiol.*, 1882, p. 65 et 215. — HOMMEY, Thèse de Paris, 1887. — LEJARS, Thèse de Paris, 1888. — MICHEL, *Soc. anat.*, 20 janv. 1893. — LINDEGGER, Thèse de Paris, 1896. — FOA, *Giorn. Acad. medic. di Torino*, oct. 1896. — TUFFIER et DUMONT, Gros rein polykystique. *Soc. anat.*, janvier 1898. — F. ROCHE, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, nov. 1898. — NEWMANN et DEPAGE, *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1898, p. 727. — J. FERRAND, Reins polykystiques. *Soc. anat.*, mai 1898.

Cette affection ne mérite l'attention du chirurgien que par l'augmentation de volume du rein qu'elle provoque, car toute sa symptomatologie en fait une affection médicale. Elle fut confondue avec les kystes simples jusqu'à Rayer, puis on la regarda comme une conséquence anatomique de la néphrite interstitielle. Ce n'est que plus tard, avec Laveran et Malassez, Cornil et Brault, que l'histologie de ces kystes est établie. En même temps les études sur des maladies analogues dans la mamelle et le testicule (maladie kystique du sein et du testicule) ont provoqué de nouvelles recherches qui ont été consignées dans la thèse si remarquable de mon collègue Lejars, thèse à laquelle on n'a plus guère ajouté depuis. Ces recherches n'ont pas encore abouti à établir définitivement l'origine et la nature de l'affection qui nous occupe.

Étiologie. — Nous n'avons à cet égard que des notions banales: l'affection peut être congénitale, intra-utérine, elle peut même coïncider avec une malformation uréthrale (voy. chap. *Anomalies*). Elle est un peu plus fréquente chez

⁽¹⁾ BOBROFF, *Arch. f. klin. Chir.*, t. LVI, p. 319.

l'homme. C'est de quarante à cinquante ans qu'elle se manifeste le plus souvent. Quant à l'influence de l'arthritisme et de l'alcoolisme, signalée dans quelques observations, elle n'est pas démontrée.

Anatomie pathologique. — La maladie polykystique est presque toujours bilatérale, mais l'un des reins est plus altéré que son congénère. Chez le fœtus on trouve des dégénérescences kystiques bilatérales dont le volume considérable devient une cause de dystocie; les lésions élémentaires y sont les mêmes que chez l'adulte. Cette bilatéralité des lésions chez l'adulte est capitale dans son histoire et montre bien ce que la chirurgie peut en attendre. La glande est augmentée de volume et peut peser 1500 grammes (Lichtenstein); elle se porte vers l'abdomen et devient mobile, ballottante, comme dans toute autre tumeur du rein. J'ai opéré une femme qui présentait cette lésion rénale à son début; elle était représentée par une série de petits kystes occupant le tiers inférieur du rein. Comme nous ne savons pas comment se propage cette lésion, je l'ai traitée comme une tumeur, par la résection de la moitié inférieure de l'organe; ma malade est restée guérie depuis deux ans.

Les kystes prédominent sur la face antérieure qui devient plus bombée, ils sont arrondis à la surface du rein, allongés dans sa partie centrale, d'autant plus petits qu'ils sont plus nombreux. Plusieurs cavités peuvent se fusionner en une seule, comme le prouvent les cloisons intermédiaires. A la coupe du rein, on voit que la dégénérescence envahit l'organe tout entier. Le contenu des kystes est un liquide généralement clair, quelquefois séro-sanguin, noirâtre; plus rarement une bouillie jaunâtre ou brune. Sa réaction est neutre, il est albumineux, contenant de l'urée, des matières grasses. L'examen micrographique y montre des globules sanguins, des cellules épithéliales, des cristaux d'acide urique.

Chaque kyste est formé d'une paroi conjonctive, dans laquelle rampent des

⁽¹⁾ TUFFIER et DUMONT. *Soc. Anat.*, janv. 1898.

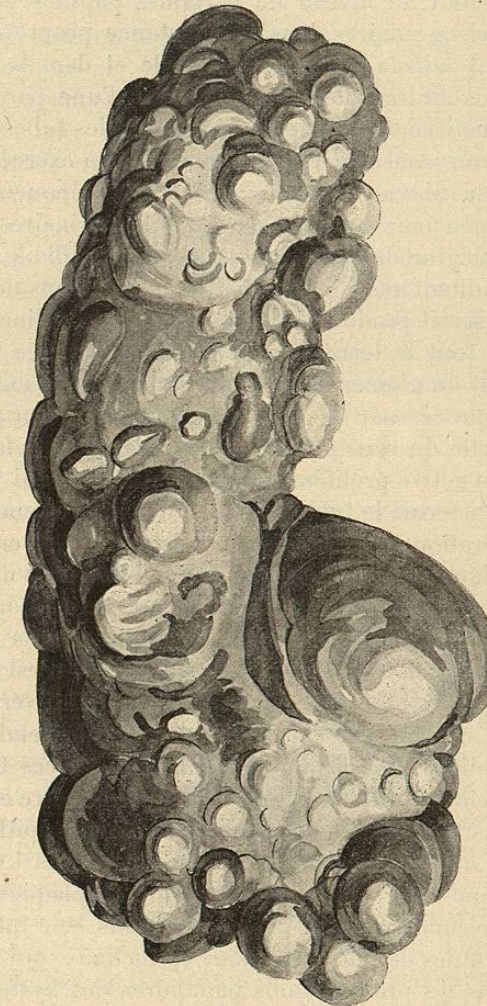


FIG. 101. — Gros rein polykystique. (Tuffier et Dumont)⁽¹⁾.