

le chirurgien croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire. Esmarch (1) et Meadows (2) ont enlevé chacun, dans des circonstances de ce genre, un rein atteint d'hydronéphrose, et les deux malades sont mortes.

Les autres opérateurs qui sont tombés dans la même erreur, ont dû reculer en reconnaissant l'impossibilité de l'extirpation. Simon (3) est le seul chirurgien qui ait essayé d'enlever, par la voie lombaire, un rein atteint d'hydronéphrose.

Si l'on passe en revue les résultats des diverses tentatives opératoires dirigées contre l'hydronéphrose, on constate que dans aucun cas la guérison de la tumeur n'a été la conséquence de l'intervention. Le malade de Simon est le seul qui n'ait pas fini par succomber à son affection, et il n'a guéri qu'avec persistance d'une fistule du bassin sur la paroi abdominale. Simon en conclut qu'il faut renoncer à chercher l'oblitération de la tumeur, et que la guérison n'est possible que par le rétablissement des voies naturelles ou l'établissement d'une fistule permanente du bassin. C'est dans cette voie, d'après lui, qu'il convient dorénavant de diriger les recherches.

Nous ajouterons que nous ne comprenons une intervention chirurgicale que dans les cas où l'hydronéphrose menace directement l'existence. En effet, les dangers de cette intervention sont suffisamment démontrés par les faits pour engager le chirurgien à une extrême prudence.

#### B. Kystes.

Nous ne parlerons pas des *kystes urinaires* qui compliquent souvent la néphrite interstitielle et qui n'atteignent jamais un volume assez considérable pour donner lieu à une tumeur appréciable pendant la vie. Il ne sera question dans cet article que des *kystes séreux*, des *kystes conglomérés* et des *kystes hydatiques*.

##### a. Kystes séreux.

Ces kystes, d'ailleurs assez rares, siègent dans la substance médullaire du rein et se développent peut-être aux dépens du tissu conjonctif intermédiaire aux pyramides de Malpighi. Ils peuvent acquérir un volume assez considérable et atteindre les dimensions du poing ou même davantage; dans ces cas ils déterminent par compression l'atrophie du rein correspondant. Leur configuration est irrégulière, bosselée. La surface interne est lisse, blanchâtre, d'aspect séreux; on n'y trouve pas de couche épithéliale analogue à celle des canalicules urinifères, la paroi semble exclusivement constituée par une membrane de tissu connectif.

(1) *Archiv für Gynäkologie*, I, 3, p. 415.

(2) *British Med. Journ.*, 1871.

(3) *Loc cit.*, p. 260.

Le liquide contenu est de la sérosité plus ou moins pure; souvent on y rencontre du sang plus ou moins altéré; ce liquide est parfois filant et comme gélatineux. Mais un caractère important à noter, c'est que le contenu des kystes séreux ne renferme jamais aucun des éléments de l'urine.

Ces kystes ne semblent pas exercer une grande influence sur les fonctions du rein, à moins qu'ils n'atteignent un très grand volume et ne déterminent l'atrophie de l'organe; en pareil cas l'autre rein supplée le rein détruit.

Lorsque la tumeur a atteint un volume assez considérable pour être accessible aux moyens d'exploration, elle se présente à l'observateur avec les mêmes caractères que les autres tumeurs fluctuantes du rein, telles que l'hydronéphrose.

##### b. Kystes conglomérés.

Cette variété de kystes du rein se rencontre chez le fœtus et chez l'adulte et a été décrite sous le nom de *dégénérescence kystique du rein*.

Dans la *dégénérescence kystique congénitale*, les deux reins sont le plus souvent atteints simultanément et considérablement augmentés de volume, au point d'atteindre les dimensions d'une tête de fœtus. Leur aspect rappelle celui d'une grappe de raisin, et les vésicules, que présente leur surface et dont les dimensions sont très variables, sont, les unes parfaitement transparentes, les autres rosées ou noirâtres par suite d'exsudats sanguins. Sur une coupe de l'organe, les vésicules revêtent la forme d'alvéoles, dont l'enveloppe, d'apparence fibreuse, est constituée par du tissu conjonctif et des tubes urinifères altérés, tandis que la cavité est tapissée par un épithélium plat.

Il est généralement admis que les kystes congénitaux du rein se développent dans l'intérieur des tubes urinifères par un mécanisme qui n'est pas exactement connu. Mais il est certain qu'ils coexistent fréquemment avec des malformations de l'appareil urinaire ou de tout autre appareil.

Ces kystes déterminent par leur volume un obstacle à l'accouchement. Le chirurgien peut se trouver obligé de mutiler le fœtus, et si celui-ci a été extrait vivant, il ne tarde pas à succomber la plupart du temps. Aussi le diagnostic de cette lésion ne présente-t-il que rarement de l'intérêt; il s'établira par l'existence, dans l'abdomen du fœtus, de tumeurs bosselées, ovoïdes et fluctuantes, occupant la région rénale.

La *dégénérescence kystique du rein des adultes* ressemble beaucoup à celle que présente le fœtus et affecte d'ordinaire les deux reins de même que la précédente. Elle s'accompagne parfois d'une altération kystique du foie, du corps thyroïde ou des vésicules séminales, ou encore de lésions inflammatoires de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin. Du reste son mode de production n'est pas exactement connu.

Ces kystes ont une tendance à l'accroissement et à la multiplication; ils arrivent à former des tumeurs volumineuses, qui distendent l'abdomen et qu'il est possible de reconnaître pendant la vie. Les malades, au début de l'affection, n'éprouvent pas d'abord de trouble notable; puis

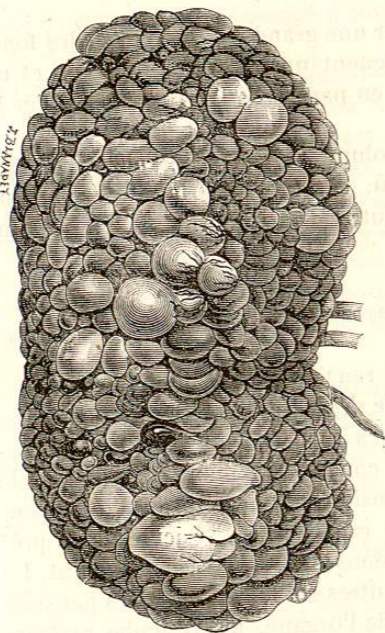


Fig. 138. — Dégénérescence kystique du rein.

on voit survenir des hématuries; la santé générale s'altère, les urines deviennent faiblement albumineuses. Tout à coup éclatent des désordres urémiques graves, qui peuvent conduire rapidement à la mort. Ces accidents sont retardés quelquefois par l'apparition de vomissements, de diarrhée: aussi les purgatifs sont-ils indiqués comme moyen palliatif.

On voit que cette affection est fort grave; mais il faut ajouter que sa durée est habituellement longue.

*c. Kystes hydatiques.*

Les kystes hydatiques du rein sont assez rares; sur un total de 566 cas d'échinocoques rassemblés par Davaine, 30 seulement siégeaient dans le rein. Plus fré-

quents chez l'homme que chez la femme, ils se rencontrent surtout de vingt à quarante ans.

En général, un seul rein est affecté, et le gauche plus souvent que le droit.

Nous n'avons pas à décrire ici le mode de développement de ces kystes, non plus que la structure de leurs parois qui ont été étudiés ailleurs et qui ne présentent rien de particulier pour le rein. On a prétendu, mais sans preuve suffisante, que les kystes hydatiques se développaient dans la substance corticale.

Les kystes hydatiques du rein peuvent acquérir un volume considérable et contenir plusieurs litres de liquide. Leur forme est généralement arrondie, mais elle devient souvent irrégulière, en raison des pressions extérieures et des résistances que la tumeur rencontre dans son développement.

Le liquide contenu dans les kystes hydatiques du rein présente le caractère commun à tous les kystes hydatiques de ne se coaguler, ni par les acides, ni par la chaleur, et de renfermer une proportion considérable de chlorure de sodium; on y a trouvé de plus de l'acide urique, de

l'oxalate de chaux, du phosphate de soude, du phosphate ammoniac-magnésien et du sucre de raisin. Ces substances proviennent de la dialyse de l'urine, qui s'exerce avec d'autant plus d'énergie que Cruveilhier a démontré la puissance dialytique considérable des parois des kystes hydatiques.

Comme dans tout autre organe, les kystes hydatiques du rein peuvent passer à l'état de sénilité, par suite de l'altération et de la résorption du liquide, avec mort des échinocoques et régression graisseuse des parois kystiques.

Dans d'autres circonstances, la tumeur se rompt spontanément soit par excès de distension, soit à la suite d'inflammation. Le plus souvent la rupture s'effectue dans le bassinet; cette terminaison a été observée 48 fois sur 67 cas; parfois, elle a lieu dans l'intestin, dans le poumon et les bronches; rarement elle se produit dans la cavité du péritoine. Ces ruptures sont précédées de la formation d'adhérences qui unissent la surface du kyste aux organes voisins, et dans quelques cas, comme lorsque l'ouverture se fait dans les bronches, après adhérences avec le diaphragme; le trajet de communication entre le kyste et l'organe évacuateur présente alors une grande longueur.

Enfin on a plusieurs fois observé l'ouverture des kystes hydatiques du rein à la surface de la peau, à la suite de la formation d'un vaste abcès.

Le rein, siège du kyste hydatique, présente des altérations plus ou moins profondes. On le trouve atteint de néphrite parenchymateuse, interstitielle, suppurative ou hyperplasique. Le plus souvent il est atrophié et parfois réduit à une sorte de coque fibreuse.

**SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC.** — Les kystes hydatiques du rein provoquent peu de désordres fonctionnels, grâce à l'hypertrophie compensatrice de l'autre rein, mais lorsqu'ils atteignent un certain volume, ils constituent des tumeurs plus ou moins volumineuses, arrondies, mates, rénitentes, fluctuantes, dans lesquelles on peut parfois percevoir le frémissement hydatique.

La tumeur généralement indolente ou déterminant seulement un sentiment de gêne, de pesanteur dans les reins et dans le ventre, s'accompagne parfois d'accidents particuliers. Ce sont des accès douloureux plus ou moins comparables à des coliques néphrétiques, pouvant se renouveler un certain nombre de fois, et suivis de l'expulsion par l'urètre de vésicules hydatiques, en même temps que se produit l'affaissement de la tumeur.

On devine que ces accidents résultent de la rupture du kyste dans le bassinet. Dans un cas de Barker, le malade rendit par l'urètre 70 à 80 vésicules dans l'espace d'un an. Dans un cas de Weitenkampff, 50 à 60 vésicules étaient rendues à chaque attaque.

Ces accidents, après avoir duré un certain temps et s'être renouvelés plusieurs fois, peuvent conduire à une guérison définitive et complète.

Il en est de même de l'ouverture du kyste à la surface de la peau ou

dans un organe voisin, soit isolément, soit concurremment avec l'ouverture dans le bassin.

Dans ces circonstances, l'ouverture spontanée peut donner lieu à des suppurations intarissables qui entraînent la mort. Celle-ci peut aussi survenir brusquement à la suite de l'ouverture du kyste dans le péritoine. Enfin la guérison spontanée, sans ouverture, s'observe quelquefois, mais on ne doit pas beaucoup compter sur cette heureuse terminaison.

On comprend que le diagnostic d'un kyste hydatique du rein n'est possible, en l'absence d'une tumeur appréciable; que si des vésicules hydatiques sont rendues avec les urines; et même dans ce cas on peut encore se demander si les produits ne viennent pas d'un autre organe. S'il existe une tumeur, elle présente les caractères propres aux tumeurs fluctuantes des reins; nous avons signalé les principaux et nous reviendrons plus tard plus longuement sur ce diagnostic.

TRAITEMENT DES KYSTES DU REIN. — Le traitement médical des kystes du rein ne peut être que palliatif, et il est forcément impuissant contre la lésion elle-même. Aussi plusieurs chirurgiens se sont-ils décidés à une intervention opératoire. Mais, d'une part, un diagnostic précis est d'une extrême difficulté et n'est possible que lorsque la tumeur a atteint un assez grand volume. D'autre part, l'intervention étant périlleuse, il n'y a lieu d'y songer que si la vie du malade se trouve compromise et si de plus l'opération donne des chances de guérison.

Or nous avons vu que les kystes conglomérés, soit congénitaux, soit acquis, atteignent généralement à la fois les deux reins, dont ils détruisent la substance, et l'altération est très avancée déjà quand nous parvenons à en constater la nature. Il ne semble pas qu'une opération soit possible dans ces conditions.

Quant aux kystes isolés et aux kystes hydatiques, qui le plus souvent n'atteignent qu'un seul rein, ils peuvent être attaqués par les diverses opérations que nous avons passées en revue à propos de l'hydronephrose. Il est même certain que la guérison d'un kyste par oblitération doit être plus facile que celle d'une hydronephrose, parce que l'on ne se trouve pas ici, comme dans l'autre cas, en présence d'une poche qui continue à recevoir le produit d'une sécrétion.

Il est difficile actuellement de se prononcer sur la valeur de ces opérations et sur les dangers qu'elles présentent. Simon (de Heidelberg) (1), dans le cas d'échinocoques du rein, conseille d'avoir recours d'abord à l'électrolyse ou éventuellement à la ponction capillaire. Si au bout de six mois on n'a pas obtenu de résultat, il engage à pratiquer l'incision du kyste, après avoir provoqué la formation d'adhérences entre le kyste et la paroi abdominale à l'aide de ponctions avec des trocarts que l'on fixe en place.

(1) *Die Echinococcuscysten der Nieren und des perirenenalen Bindegewebes.* Stuttgart 1877.

Knowsley Thornton a rapporté, le 9 mars 1880, à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, le cas remarquable d'un enfant de sept ans, atteint d'un kyste abdominal datant de cinq ans; une ponction explorative confirma le diagnostic de kyste rénal. Le chirurgien, qui avait pu se convaincre, dans une opération antérieure, des difficultés de la néphrotomie lombaire, *extirpa le rein malade par la voie péritonéale.* L'opération fut pratiquée le 2 janvier 1880, suivant la méthode antiseptique, et l'enfant se levait sept jours après.

Malgré ce succès, cette méthode n'a pas encore fait ses preuves, et la même remarque est applicable aux autres procédés que l'on a dirigés contre les kystes du rein. Aussi nous abstenons-nous de porter un jugement sur ces opérations, et nous bornerons-nous à donner le conseil de n'intervenir qu'en cas de nécessité.

Lorsqu'il s'agira de kystes hydatiques, qui se seront rompus et vidés dans l'uretère, il sera indiqué de favoriser l'évacuation des hydatides. On combattra à l'aide des opiacés le spasme de l'uretère, et par les diurétiques on facilitera la descente des parties engagées dans ce conduit. De même, le cathétérisme sera employé dans le cas où les hydatides ne pourraient franchir le canal de l'urèthre.

#### C. Tumeurs solides.

Il est un certain nombre de néoplasmes que l'on ne rencontre dans le rein que rarement ou même d'une façon tout à fait exceptionnelle, et qui d'ailleurs n'acquiescent jamais des dimensions assez grandes pour constituer des tumeurs appréciables pendant la vie. Tels sont les *lipomes*, les *myxomes*, les *ostéomes*, les *chondromes*, les *angiomes*, les *lymphomes*, les *fibromes*.

Par contre, on trouve dans cet organe des *fibromes embryonnaires* ou *sarcomes*, qui sont susceptibles d'atteindre rapidement un volume considérable. Cette variété de tumeur se développe dans les premières années de l'existence, sous forme de masses molles et vasculaires, qui ont un accroissement rapide et finissent par faire saillie dans l'abdomen: d'ordinaire on rencontre dans ces masses des foyers hémorragiques et des kystes. Ces sarcomes conduisent à la mort par la gêne fonctionnelle qui résulte de leur végétation excessive, mais ils ont peu de tendance à se généraliser.

Le cancer du rein mérite de nous arrêter quelques instants. Comme toutes les affections cancéreuses, on l'observe surtout dans l'âge mûr et la vieillesse, entre cinquante et soixante ans; il est manifestement plus commun dans le sexe masculin que dans le sexe féminin.

Le cancer du rein, d'ailleurs assez rare, n'atteint ordinairement qu'un seul de ces organes, à moins qu'il ne s'agisse d'un cancer secondaire. Il peut acquiescent le volume d'une tête de fœtus et envahir les tissus voisins; tantôt la forme du rein est conservée, tantôt, au

contraire, celle-ci est altérée par la présence de bosselures irrégulières.

Au point de vue histologique, le cancer rénal est un *carcinome* le plus souvent *encéphaloïde*, quelquefois *squarriqueux*, et le point de départ de la lésion réside dans les tubes urinaires. Nous nous abstenons d'entrer à ce sujet dans d'autres détails.

**SYMPTOMATOLOGIE.** — Les symptômes par lesquels le cancer accuse sa présence, sont des hématuries, une douleur locale plutôt sourde que lancinante, enfin une augmentation de volume du rein. Celui-ci se développe surtout en dedans et en bas; la masse carcinomateuse, parfois d'une dureté fibreuse, est habituellement molle et donne alors la sensation d'une fausse fluctuation; on y a constaté des battements analogues à ceux d'un anévrysme et même un bruit de souffle. L'œdème des membres inférieurs et l'ascite, dus à l'obstruction de la veine cave par le cancer ou à la compression vasculaire exercée par des ganglions lymphatiques tuméfiés, enfin l'existence de tumeurs en d'autres points de l'économie, peuvent venir compléter le tableau, en même temps que surviennent la diminution de l'appétit et la teinte jaunâtre.

Insidieux à son début, le cancer du rein emporte les malades au bout d'un temps qui ne semble pas avoir dépassé trois ans. La mort est due le plus souvent aux progrès de la cachexie cancéreuse, quelquefois à une hématurie abondante, à un cancer secondaire, enfin, si les deux reins sont envahis, à des accidents urémiques.

**TRAITEMENT.** — Le médecin se trouve à peu près désarmé en présence de cette affection: il devra se contenter de soutenir les forces du malade et de soulager ses douleurs. Il aura parfois à combattre certains accidents: ainsi, si des caillots s'accumulent dans la vessie ou l'urèthre, il pratiquera le cathétérisme et fera des injections d'eau tiède. En face d'une hémorrhagie abondante, il aura recours aux applications de glace sur la tumeur.

Y a-t-il lieu d'intervenir d'une façon plus active? Dans ces dernières années, l'extirpation d'un rein cancéreux a été pratiquée par Barker, Martin et Jessop. Ces deux derniers ont obtenu un succès, mais une récurrence n'a pas tardé à survenir. Il ne nous semble pas que cette opération, malgré ces succès relatifs, doive être renouvelée. Les dangers sont très grands, en effet, et le meilleur résultat qu'on puisse en espérer est une prolongation de l'existence, dont la durée n'est pas en rapport avec les risques attachés à la néphrectomie.

### ARTICLE III

#### DÉPLACEMENTS DU REIN

Les déplacements du rein ou *ectopies rénales* sont *congénitales* ou *accidentelles*.

La première n'affecte généralement qu'un seul rein, à moins qu'il n'y

ait fusion des deux reins. L'organe déplacé a été vu dans la région ombilicale, transversalement disposé en avant de la colonne lombaire, ou encore dans la région iliaque.

Il est bien rare que le fonctionnement des organes voisins se trouve gêné par le rein déplacé, mais il importe de ne pas prendre celui-ci pour un néoplasme; or on doit noter que, dans le déplacement congénital, le rein est fixe, tandis qu'il est mobile dans le déplacement accidentel.

L'*ectopie accidentelle* du rein, plus souvent désignée sous le nom de *rein mobile* ou *rein flottant*, consiste dans un déplacement de cet organe qui devient mobile dans la cavité abdominale.

Cette affection, qui est plutôt du domaine de la pathologie interne et qui, pour cette raison, nous arrêtera peu, a été signalée, dès 1561, par Mesue, par Riolan, et étudiée d'une façon complète par Rayet, Fritz, Becquet, Rollett.

Fritz, *Du rein flottant* (Arch. gén. de méd., 1859, t. XIV, p. 158). — E. ROLLETT, *Pathologie und Therapie beweglichen Niere*. Erlangen, 1866. — BECQUET, *Essai sur la pathogénie des reins flottants* (Archiv. gén. de méd., 1865, vol. I)

**ÉTIOLOGIE.** — Le sexe féminin semble plus particulièrement prédisposé au déplacement accidentel du rein. Le rein mobile se voit surtout de dix-huit à quarante-cinq ans, et beaucoup plus souvent à droite qu'à gauche.

Le rein occupe normalement une loge cellulo-fibreuse d'une capacité supérieure à son volume; de plus il ne peut se déplacer ni en haut, ni en dehors, mais il peut se porter directement en bas, en avant et en dedans. Sous quelle influence se produit ce déplacement? Il semble qu'il y ait un rapport entre cette affection et les fonctions menstruelles, la plupart des malades voyant redoubler leurs souffrances à l'époque des règles.

Parfois l'ectopie est survenue à la suite d'efforts ou après une contusion de la région lombaire. D'autres fois elle semble en rapport avec le développement d'une hydronéphrose, d'une hypertrophie de la rate ou du foie, avec un déplacement de l'utérus. Enfin, on a voulu faire jouer un rôle aux grossesses répétées, à la pression du corset, à la diminution du tissu graisseux périrénal, consécutivement à un amaigrissement rapide.

**SYMPTOMATOLOGIE.** — L'un des premiers symptômes est une douleur ou une sensation de pesanteur siégeant dans l'un des flancs. A ces phénomènes s'ajoutent des paroxysmes douloureux, parfois d'une extrême violence, et provoqués le plus souvent par des efforts ou par un exercice violent; d'autres fois ces accès coïncident avec les époques menstruelles. En tout cas ces souffrances diminuent ou même disparaissent sous l'influence du décubitus dorsal.

L'examen physique permet de constater, dans la région du flanc, le plus souvent à droite, l'existence d'une tumeur de forme ovoïde, de consistance ferme et élastique, dont la pression est douloureuse et peut