

le malade a présenté des symptômes rénaux, des coliques néphrétiques, des troubles de la sécrétion urinaire, ou une douleur lombaire ayant persisté longtemps du même côté que la tumeur, on aura là des signes d'une réelle importance pour le diagnostic. Mais la tumeur fluctuante elle-même offre une série de symptômes que l'on peut observer à la surface même de l'abdomen, et qui permettent d'asseoir le diagnostic sur une base très solide. Mentionnons tout d'abord le peu de mobilité de la tumeur. L'hydronéphrose n'offre aucune trace des mouvements que présentent certaines tumeurs, lesquelles s'élèvent et s'abaissent avec le diaphragme et les organes en relation avec ce dernier (foie, etc.), d'une façon isochrone avec les mouvements respiratoires. D'autre part, avec la main on constate que la tumeur est très peu mobile. Comme elle est située en arrière du péritoine, sa partie antérieure seule qui fait saillie dans l'autre côté de la cavité abdominale, présente de légers mouvements locaux dans les changements de position du corps ou lorsqu'on cherche à la déplacer avec la main. Par contre certaines tumeurs pédiculées s'élevant dans la cavité abdominale (kystes de l'ovaire), tant qu'elles n'ont pas atteint un volume assez considérable pour remplir complètement la cavité abdominale, subissent un déplacement à gauche dans le décubitus latéral gauche, et retombent du côté droit lorsque la malade se couche sur ce même côté. En outre, lorsque ces tumeurs mobiles dans la cavité de l'abdomen changent ainsi de position, le zone de sonorité intestinale se déplace également, car l'intestin se porte toujours à la surface, tandis que dans l'hydronéphrose qui est fixée dans l'un des côtés de la cavité abdominale, on ne constate jamais de ce côté la présence de l'intestin ou de la sonorité à la percussion. Cependant ce symptôme perd quelque peu de sa valeur si l'on songe que des tumeurs libres, telles que les kystes de l'ovaire, peuvent contracter des adhérences avec la paroi abdominale. Un signe très important pour le diagnostic de l'hydronéphrose, c'est la manière dont se comporte l'intestin, c'est-à-dire les rapports particuliers que présente le gros intestin avec la tumeur en vertu du déplacement que celle-ci fait éprouver, nous l'avons vu, aux organes abdominaux. *Le côlon ascendant ou descendant est situé, en effet, au devant de l'hydronéphrose, tandis qu'on le rencontre toujours en arrière des tumeurs libres de la cavité abdominale. C'est surtout le côlon ascendant que l'on réussit parfois à reconnaître sous la forme d'une portion d'intestin allongée, remplie de gaz, et reposant sur l'hydronéphrose du côté droit.* Toutefois l'intestin ne contient pas toujours des gaz, et dans ces cas on réussit parfois également à le sentir sous la forme d'un large ruban à la surface de la tumeur.

SPENCER WELLS a le premier proposé des insufflations d'air destinées à gonfler l'intestin et à le rendre apparent s'il ne l'était pas déjà. Lorsqu'il s'agit d'hydronéphroses volumineuses SIMON conseille, avec raison sans doute, d'évacuer une partie du liquide kystique à l'aide d'un trocart explorateur avant de

pratiquer l'insufflation, afin de faire cesser la compression que subit l'intestin au devant de la tumeur. On peut alors injecter de l'eau ou de l'air au moyen d'un tube court (4 ou 5 centim.) introduit dans le rectum et relié soit à un clyso-pompe, soit à un irrigateur élevé à quelques pieds de hauteur; le malade est placé dans la position genu-pectorale ou dans celle de la taille. Pour reconnaître le côlon descendant lorsque la tumeur siège du côté gauche, il suffit d'introduire un long tube par le rectum. Ces moyens de diagnostic n'ont évidemment aucune valeur dans les cas où l'hydronéphrose affecte soit un rein flottant soit un rein unique en forme de fer à cheval.

ZIEMSEN a conseillé dernièrement de dilater le côlon au moyen d'acide carbonique. A l'aide d'un tube d'environ 15 centimètres de longueur et d'un simple irrigateur, on introduit dans l'intestin 20 grammes de bicarbonate de soude, puis 15 grammes d'acide tartrique en solution. Afin que le dégagement de gaz ne s'opère pas trop rapidement, on fait pénétrer la solution en 3 ou 4 portions à quelques minutes d'intervalle, et chaque fois on introduit ensuite environ 100 grammes d'eau, afin d'empêcher que le dégagement d'acide carbonique ne s'opère déjà dans le tube. Ce procédé, non seulement promet d'être de quelque utilité pour le diagnostic, mais il paraît avoir, en outre, divers avantages thérapeutiques, par exemple lorsqu'il existe un obstacle au cours des matières dans l'intestin.

Lorsqu'on réussit à reconnaître sûrement la situation et le point départ de la tumeur, on se trouve en possession des données les plus importantes pour le diagnostic. L'hydronéphrose s'accroît de haut en bas dans la cavité abdominale, tandis que les tumeurs libres de la cavité pelvienne (ovaire, utérus) se développent dans la direction contraire. Tant qu'il ne s'agit pas de tumeurs par trop volumineuses, on parvient parfois à déterminer leurs limites et leur point de départ par la palpation, la percussion, l'exploration digitale par le rectum et le vagin; mais dans les cas douteux on ne saurait se passer de la méthode de SIMON consistant à introduire la moitié de la main ou la main entière dans le rectum, méthode qui toutefois n'est pas toujours praticable (rétrécissement du bassin ou du rectum).

SIMON a indiqué un autre procédé qui paraît avoir dans certains cas son utilité, et qui consiste à ponctionner le kyste, puis à explorer ce dernier à l'aide d'une sonde introduite par l'orifice de la ponction. Ce chirurgien conseille d'introduire dans la canule du trocart une sonde longue et mince, avec laquelle on suit la paroi interne du sac dans toute son étendue.

La ponction elle-même peut fournir des renseignements précieux, à la condition que le contenu du kyste soit encore riche en substances propres à l'urine. Si ce n'est pas le cas, si le trocart ne laisse passer qu'un liquide muqueux clair contenant un peu d'albumine, ou dans lequel le microscope révèle l'existence de cellules épithéliales du bassinnet, le diagnostic pourra encore être posé au moins avec un certain degré de pro-

babilité; mais si le liquide contient de la substance colloïde, de la cholestérine, de la paralbumine (voir plus haut), le résultat de la ponction n'a, pour ainsi dire, plus aucune valeur positive.

SIMON est arrivé à la conclusion que, dans les cas où tous ces moyens de diagnostic ont été employés sans résultat définitif, ils permettent au moins d'affirmer qu'il s'agit d'une tumeur kystique non mobile dans la cavité abdominale, mais fixée aux parois de cette dernière ou dans la région rétropéritonéale. La valeur pratique de cette conclusion, c'est que l'on ne doit pas avoir recours à l'extirpation comme moyen de guérison de la tumeur. Si l'on fait une incision on peut d'ailleurs, dans les cas où le diagnostic est resté douteux, aller à la recherche des calices rénaux à la face interne du kyste, surtout en arrière; si l'on réussit à les trouver, on aura la preuve qu'il s'agit bien réellement d'une hydronéphrose (SIMON).

Dans un certain nombre de cas l'hydronéphrose peut être laissée sans traitement. Ce sont ceux dans lesquels la tumeur n'atteint jamais de très grandes dimensions, parce que l'uretère n'est pas complètement fermé, ou ne l'est que temporairement. De même on aura bien rarement l'occasion d'intervenir lorsque l'hydronéphrose est due à une compression de l'uretère par une tumeur, surtout s'il s'agit d'un carcinome de l'utérus. Dans les cas où l'hydronéphrose due à une affection jugée au-dessus des ressources de l'art, est devenue une cause de gêne et de souffrances pour le malade, on pourra par la ponction obtenir un soulagement passager. La ponction, en effet, ne peut être considérée que comme un moyen palliatif, le liquide se reproduisant pour ainsi dire toujours à la suite de cette opération. D'autre part, nous ne conseillons pas d'user trop souvent de ce moyen, car il n'est pas rare de voir déjà au bout de la deuxième ou de la troisième ponction l'hydronéphrose se transformer en une pyonéphrose aiguë mortelle. Une pareille terminaison ne peut être complètement évitée malgré toutes les précautions possibles pour empêcher l'entrée de l'air, et les soins les plus minutieux de désinfection des instruments et du terrain opératoire (voir ovariectomie). Lorsqu'une décomposition putride du contenu kystique se produit à la suite d'une ponction, une incision hâtive de la tumeur est seule capable de conjurer le danger de mort en permettant le libre écoulement du liquide et la désinfection de la cavité du kyste. La ponction suivie de l'injection iodée est encore moins indiquée que la ponction simple, car elle ne saurait mettre fin immédiatement à la sécrétion de la muqueuse du bassin, pas plus qu'à la sécrétion de la substance rénale elle-même. Dans un cas où cette méthode de traitement a été mise en pratique, on a vu se produire la suppuration de l'hydronéphrose.

Le moyen le plus radical et le plus sûr, ce serait l'extirpation. Cette opération a, du reste, déjà été tentée dans un petit nombre de cas, et parfois elle a même pu être achevée (ESMARCH, MEADOWS). Dans une

statistique toute récente BOLZ a trouvé que sur 121 néphrectomies 17 avaient été pratiquées pour des hydronéphroses; sur ces 17 opérés 9 ont guéri. En somme ces opérations ont été souvent la conséquence d'erreurs de diagnostic; on croyait trouver un kyste de l'ovaire, et l'incision faite on s'apercevait que l'on avait affaire à une hydronéphrose. Il suffit de se rappeler notre description de la situation de la tumeur et de ses rapports avec les organes tapissés par le péritoine pour arriver à la conviction que l'extirpation est parfois inexécutable par la cavité abdominale; dans tous les cas elle est difficile et constitue un traumatisme d'une haute gravité. Néanmoins, de nos jours, grâce aux améliorations apportées à la technique des opérations abdominales, on ne peut plus souscrire sans réserve à l'opinion de SIMON, qui rejette la néphrectomie dans les cas d'hydronéphrose.

Il est certain cependant que dans toute une série de cas l'extirpation est impossible en raison des conditions locales de la tumeur et de l'incertitude où l'on se trouve sur l'état de l'autre rein; il ne reste plus alors à la disposition du chirurgien qu'un procédé, également employé pour d'autres kystes, et qui consiste à ouvrir largement le sac, à évacuer son contenu, et à chercher la guérison dans la suppuration et la rétraction cicatricielle consécutive des parois kystiques. C'est ce procédé qui, sur le conseil de SIMON, a été le plus souvent mis en pratique. L'incision de l'hydronéphrose peut être faite sur trois points différents, à savoir: en avant (on traverse alors 2 fois le péritoine), latéralement (le plus souvent sans que l'on ait à ouvrir la séreuse), et enfin en arrière. Dans la région lombaire les parties molles qui recouvrent le kyste sont si épaisses, que l'on parvient difficilement à établir une large ouverture permanente; en avant on court le danger de blesser le colon situé au devant de la tumeur; par contre latéralement, sur la ligne axillaire, il est rare que l'on ait à inciser le péritoine, et l'on peut établir ici une ouverture d'une largeur suffisante. SIMON conseille de pratiquer sur la ligne axillaire une incision dirigée d'arrière en avant et de haut en bas. Cette opération doit être entourée de toutes les précautions antiseptiques. Si en opérant sur la ligne axillaire on arrive sur le péritoine, on n'ouvrira pas le kyste immédiatement, mais on remplira d'abord la plaie de gaze de Lister dans le but de provoquer des adhérences des parois du kyste avec la séreuse. Quant à l'incision au niveau de la paroi antérieure de l'abdomen, elle n'est pas à rejeter complètement, pourvu que l'on ait pu exclure sûrement l'existence dans cette région d'une portion d'intestin recouvrant la tumeur. Dans plusieurs cas où il s'agissait de kystes énormes rétro-péritonéaux et rénaux, j'ai pratiqué une première incision en avant, et après avoir divisé les deux feuillets du péritoine, j'ai suturé la paroi kystique avec la plaie largement béante des parois abdominales; puis j'ai bourré la plaie de gaze chiffonnée et l'ai recouverte d'un pansement antiseptique jusqu'à ce que des adhérences se fussent produites. Le