

cas de soi-disant guérisons spontanées, consécutives à la rupture des kystes rénaux dans le bassin; et, forts de ces données précieuses, nous aurons les coudées franches pour agir et légitimer notre intervention dans certains cas déterminés (Obs. de Péan).

La perforation dans le bassin est la plus fréquente; elle n'est pas la seule; les cas de perforation dans les intestins ont été notés 4 fois et ont fourni 1 mort; dans les aponévroses du dos 3 fois avec 3 guérisons; dans les poumons 2 fois avec 2 morts. L'ouverture d'un kyste hydatique du rein dans le péritoine n'a jamais été observée, pas plus dans les observations de Béraud que dans celles de Simon.

## CHAPITRE VI.

### SYMPTOMES.

Au début les kystes à échinocoques du rein échappent à toute investigation. A une certaine période de leur développement, ils forment une tumeur indolore, qui émerge d'habitude de l'un ou l'autre hypocondre. A mesure que cette tumeur augmente de volume, elle tend à occuper la cavité abdominale, qu'elle finit par remplir dans une plus ou moins grande étendue. Parfois elle empiète sur la région rénale et occupe de préférence l'un des flancs.

Sa forme est généralement arrondie, ovoïde, lisse; elle est douée d'une mobilité assez grande, à moins que des adhérences ne la fixent aux organes voisins. Dans un certain nombre de cas, on y a constaté une fluctuation bien évidente (Obs. II, III, VI, X, XI). Dans d'autres la fluctuation est obscure. C'était le cas chez ma malade; d'autres fois enfin, ce symptôme peut faire absolument défaut et en imposer alors pour une tumeur solide. C'est ce qui est arrivé pour l'opéré de Hinckeldeyn (Obs. XIII), où le diagnostic posé fut celui de carcinome, et pour celui de Heussner (Obs. XVI), où l'on hésita tout d'abord entre un carcinome de la rate et une tumeur du foie.

Le *frémissement hydatique* qui, d'après certains auteurs, constituerait un élément précieux de diagnostic, n'a été noté qu'une seule fois dans les 21 cas que j'analyse ici (Brodbury, Obs. IX). Je dois ajouter d'ailleurs que ce signe est loin d'être caractéristique, ainsi que Féréol vient de le rappeler tout dernièrement, à propos d'un kyste hydatique de la masse sacro-

lomulaire, présenté à la *Société médicale des hôpitaux*, par Duguet (séance du 11 février 1887). Il peut, en effet, être perçu dans certaines pleurésies et certaines péritonites, indépendamment de tout kyste hydatique.

Les rapports du kyste avec les intestins sont des plus variables et ne peuvent pas toujours nous servir à éclairer le diagnostic. D'habitude, les intestins recouvrent le kyste. Lorsque ce signe existe, il peut être d'une grande importance, sans toutefois être pathognomonique; il fait d'ailleurs souvent défaut, à preuve le cas de Nélaton (Obs. I) où il est dit: «La tumeur est parfaitement indépendante des parois abdominales, dont cependant aucune anse intestinale ne la sépare.» Dans l'observation de Fiaux, rapporté par Béraud (p. 65, *loc. cit.*), il en a été de même. Dans le cas qui m'est personnel, les rapports de la tumeur avec les intestins et particulièrement le colon descendant étaient des plus variables: tantôt, suivant les mouvements de la malade et l'état de réplétion de cet organe, la tumeur était recouverte par lui, tantôt, au contraire, elle venait s'appliquer directement contre la paroi abdominale.

Enfin, un phénomène qui dans les 21 observations n'a été signalé qu'une seule fois et qui, d'après l'auteur, permettrait de reconnaître que le kyste s'est développé dans l'espace rétro-péritonéal, est le suivant: Pendant les mouvements de la respiration, la tumeur ne suit pas les oscillations du diaphragme.

Simon est le seul auteur qui ait noté ce fait, bien que Béraud déjà ait attiré sur lui l'attention, alors que tous ceux qui ont étudié les kystes du rein sont restés muets sur ce point. Je dois faire remarquer cependant que, dans l'observation de Hinckeldeyn, le contraire eut lieu, c'est-à-dire qu'on vit la tumeur se déplacer vers en bas pendant l'inspiration. Il ne faudrait donc pas vouloir en faire un signe caractéristique des tumeurs du rein en général, des kystes hydatiques en particulier.

Comme symptômes *subjectifs*, on peut dire que les kystes que nous étudions ici sont indolores. Ce n'est guère que par le volume et le poids qu'ils acquièrent à la longue, qu'ils deviennent une cause de gêne pour les malades.

Dans certains cas on note quelques douleurs vagues dans le flanc et le rein atteint (Obs. XIII), dans la jambe du côté affecté, qui peut être le siège d'un œdème plus ou moins apparent (Obs. XII). Mais en général tout symptôme douloureux fait absolument défaut dans les kystes clos.

Du côté de la *miction*, voici ce que l'on observe: lorsque le kyste est indépendant du bassinet, les urines sont normales; c'est tout au plus si parfois l'on y découvre quelques corpuscules sanguinolents par suite de la congestion rénale; quelquefois aussi des traces d'albumine.

Quand la communication s'établit avec le bassinet, la santé s'altère, contrairement à ce qui a lieu dans les kystes clos, où l'état général est peu ou point atteint.

Au moment où se produit la rupture, le malade accuse quelquefois un craquement, accompagné de coliques analogues aux coliques néphrétiques. Ces coliques s'irradient le long des uretères (Obs. XV) et durent jusqu'à ce que la membrane hydatique arrive dans la vessie. Une fois descendue dans le réservoir urinaire, elle peut déterminer des phénomènes de rétention d'urine, de cystite, ainsi qu'on l'a constaté plusieurs fois. L'examen des urines fait à ce moment y décèle la présence de vésicules hydatiques, de pus et quelquefois de sang.

J'ai dit plus haut que, dans ces circonstances, la guérison pouvait avoir lieu, mais qu'il n'y fallait pas trop compter.