

## CHAPITRE VII.

### DIAGNOSTIC. PRONOSTIC.

J'arrive au point le plus délicat de l'histoire des kystes hydatiques du rein : au diagnostic. Aussi m'étendrai-je un peu longuement sur toutes les données qui pourront nous éclairer et nous servir à élucider ce problème important et difficile.

Tout d'abord il est évident que lorsque ces kystes n'ont pas acquis un certain volume, ils échappent à nos moyens d'investigation. Profondément situés dans l'abdomen, n'entraînant, au début, ainsi que nous l'avons établi plus haut, aucun symptôme capable d'en révéler l'existence, ils passent inaperçus pour le médecin comme pour le malade. Ce n'est que lorsqu'ils forment dans le ventre une tumeur appréciable à la vue ou à la palpation qu'ils éveillent l'attention.

J'exclus immédiatement les kystes qui ont perforé le bassinet; le diagnostic en est généralement facile, grâce à l'examen des urines. Je ne vise ici que ceux qui sont restés clos. C'est sur eux uniquement que portera la discussion.

A quels signes peut-on les reconnaître? Comment peut-on en déterminer la nature et le siège?

En premier lieu, il s'agit d'établir si la tumeur que l'on a sous les yeux est solide ou liquide. Ce point n'est pas toujours aussi facile à déterminer qu'on pourrait le supposer. Nous avons vu plus haut que la fluctuation est souvent obscure et que les kystes du rein ont été confondus avec des tumeurs solides; cette erreur a été commise surtout dans les cas où la paroi kystique était crétiifiée (voy. Neisser).

D'autre part, certaines tumeurs solides, telles que les lipomes du mésentère, les sarcomes mous, peuvent présenter une fausse fluctuation et en imposer pour des tumeurs liquides.

Je rappellerai à cet égard les erreurs de diagnostic qui ont été commises par Hinckeldeyn, par Heussner, où l'on crut avoir affaire à un carcinome de la rate, du rein, voire même à une tumeur de foie, alors qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du rein.

Je mentionnerai également, et cela à titre de renseignement général, l'erreur inverse, commise par Péan, Spencer Wells et d'autres, de cas de tumeurs solides, de lipomes du mésentère, pris à tort pour des tumeurs liquides, et avant tout pour des kystes ovariens.

Ainsi donc, première difficulté: diagnostic sommaire de la tumeur; difficulté contre laquelle se sont heurtés des chirurgiens éminents, familiarisés pourtant avec la chirurgie abdominale.

Lorsque la tumeur est franchement fluctuante (Obs. V, VI, XI, XIII, etc.), le diagnostic n'en est pas, pour autant, établi d'une façon indubitable.

Dans les faits que je donne plus loin, je note huit cas où le diagnostic est resté incertain quant à la nature et au siège de la tumeur. Ce sont les cas de:

Baldini, *Kyste de l'ovaire, puis hydronéphrose*,  
Spiegelberg, *Kyste de l'ovaire*,  
Hinckeldeyn, *Carcinome du rein, de la rate ou du pancréas*,  
Nélaton, *Kyste hydatique de la rate*,  
Spiegelberg, *Kyste du ligament large*,  
Fick, *pas de diagnostic*,  
Wagner, *Kyste ovarique*,  
J. Boeckel, *Lipome ou kyste du mésentère ou tumeur du rein*.

Dans les trois cas suivants le siège et la nature de la tumeur ont pu être déterminés avec de grandes chances de probabilité, grâce à la ponction exploratrice ou à la situation particulière de la tumeur.

Heussner, *Kyste ovarique, carcinome de la rate; puis après ponction, Kyste à échinocoques du rein probable*.



Simon, *Kyste hydatique du rein probable, diagnostiqué après ponction exploratrice.*

Péan, *Kyste hydatique rénal probable, diagnostiqué grâce à la saillie postérieure de la tumeur et à la profession (garçon boucher) du malade.*

Dans cinq cas on put établir la nature de la tumeur, sans en préciser le siège.

Alberts, *Kyste à échinocoques probable du mésentère ou du tissu cellulaire rétro-péritonéal.*

Simon, *Kyste hydatique (après ponction) du rein ou du péritoine.*

Körtum, *Kyste hydatique probable. Siège indéterminé.*

Michon, *Kyste hydatique de la rate? ou du rein?*

Bouilly, *Kyste hydatique péritonéal.*

Dans l'observation de König (Obs. VII), on diagnostiqua avec assez de vraisemblance une tumeur liquide du rein, sans pouvoir en déterminer la nature exacte. La ponction exploratrice avait fourni un liquide brunâtre, riche en cholestérine, mais pas de crochets.

J'exclus de cette liste les Obs. VIII, IX, XV, XVII, où le diagnostic fut posé grâce à l'expulsion d'hydatides par les urines.

En somme sur les vingt et un cas analysés ici, il n'y a que ceux de Simon, de Péan et de Heussner où le diagnostic probable fut trouvé exact.

Quelles sont maintenant les tumeurs liquides avec lesquelles on a confondu les kystes hydatiques?

Comme nous venons de le voir, ce sont les kystes ovariens, ceux de la rate, du ligament large et du mésentère.

L'hydronéphrose, que tous les auteurs considèrent comme pouvant donner lieu à une erreur de diagnostic, n'a, chose bizarre, été confondue qu'une seule fois (Baldini) avec les kystes rénaux. Comme cette confusion pourrait cependant se produire plus souvent dans la suite, nous indiquerons un peu plus loin les signes qui, d'après l'analyse du liquide, permettent de faire le diagnostic différentiel.

Nous insisterons également sur la manière de différencier

les kystes ovariens, etc. des kystes du rein; mais auparavant il faut dire ici un mot de la *ponction exploratrice*, établir sa valeur, ses indications, ses avantages et ses inconvénients.

Rien ne paraît plus simple au premier abord que de faire la ponction d'une tumeur qu'on suppose être liquide, puis, après analyse, de la classer, de lui donner un nom et d'établir ainsi d'une manière indubitable le diagnostic.

Et cependant cette petite manœuvre facile, inoffensive en général, ne renseigne pas toujours sur la véritable nature de la tumeur.

Les observations de Spiegelberg et de König (Obs. VI et VII) ne nous démontrent-elles pas, en effet, que lorsque le kyste a suppuré, l'examen microscopique du liquide retiré par la ponction n'a qu'une valeur négative, sinon trompeuse, car les crochets caractéristiques font alors généralement défaut.

Puis encore la ponction peut avoir été mal exécutée; je suppose le cas où du pus s'est collecté entre le kyste adventice et la membrane-mère. Le trocart, au lieu de pénétrer au centre du kyste proprement dit, ne franchit que la membrane d'enveloppe. Le pus dans ces conditions est seul évacué: le liquide pathognomonique fait défaut. Nouvelle source d'erreur.

Enfin je prends le cas où la ponction a été réellement instructive, permettra-t-elle de déterminer toujours le siège de la tumeur? Assurément non; nos observations le démontrent assez clairement (Obs. IV entre autres).

Mais enfin, lorsqu'elle aura été efficace, elle n'en sera pas moins, dans certains cas, d'un grand secours pour nous aider à résoudre le problème. Les quelques faits que nous avons signalés en font foi. Il faudra donc toujours y avoir recours, lorsque les circonstances s'y prêteront.

Il s'agit de savoir maintenant si elle est inoffensive.

Poser cette question, peut sembler oiseux, d'autant plus que dans les cas où elle a été employée, elle n'a jamais été suivie d'accidents. Ce n'est pas à dire pourtant qu'elle doive être entreprise à la légère; les rapports du côlon avec la tumeur n'étant pas fixes, il s'agit d'user de prudence, et s'efforcer avant tout de déterminer ces rapports avec le plus de rigueur possible.



Le cas de Heussner (Obs. XVI), qui aurait pu prendre une tournure fort grave, est des plus instructifs sous ce rapport. La laparotomie, faite quelques jours après la ponction exploratrice, permit de constater que le gros intestin avec son mésocolon occupait l'angle inférieur de la plaie; ce dernier coiffait la tumeur et renfermait entre ses feuillets plusieurs gros vaisseaux qui, ainsi que le dit l'auteur lui-même, auraient fort bien pu être lésés pendant la ponction, et entraîner une hémorragie interne, rapidement mortelle.

Sans aller aussi loin qu'Olshausen<sup>1</sup>, qui considère l'incision exploratrice comme moins grave et plus décisive que la ponction, j'estime qu'on ne saurait être trop prudent dans l'exécution de cette manœuvre, la plupart du temps si nécessaire pour fixer le diagnostic.

Or, c'est précisément dans les cas douteux, tels que les kystes à échinocoques, l'hydronéphrose, les abcès, les kystes ovariens suppurés, qu'elle peut devenir dangereuse et entraîner des péritonites mortelles, ainsi que l'a récemment affirmé P. Vogt<sup>2</sup>.

Il faut donc, je le répète, redoubler d'attention, lorsqu'on se décide à la pratiquer.

Je suppose maintenant que, malgré l'absence de crochets dans le liquide évacué par la ponction, on ait des soupçons en faveur d'un kyste hydatique. Y a-t-il des signes autres, tirés de l'examen du liquide, capables de nous fournir des indices diagnostiques quelque peu certains?

Voici d'après Neisser quelques renseignements qui pourront être utiles.

En général, dans les *kystes à échinocoques*, le liquide est clair, transparent; sa densité est de 1005 à 1012; il ne renferme pas d'albumine, mais une forte proportion de chlorure de sodium, de l'inosite et de l'acide succinique.

Dans l'*ascite* le liquide est citrin; il contient une quantité plus ou moins abondante de fibrine, qui se coagule à l'air

1. Olshausen, *Krankheiten der Ovarien*, 1885, p. 204.

2. P. Wagner, *Casuistische Beiträge z. Nierenchirurgie in Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1886, Bd. XXIV, p. 505.

libre, et des globules blancs et rouges en proportions variables. Sa densité est de 1010 à 1015.

Dans les *kystes ovariens*, le liquide est trouble, brun, jaunâtre ou verdâtre, il renferme de l'albumine, de l'épithélium cylindrique et des cristaux de cholestérine. Densité = 1018, 1024 à 1050.

Dans les *kystes du ligament large*, le liquide est clair, transparent, il contient de la paralbumine. Densité = 1004 à 1009.

Dans l'*hydronéphrose* enfin, le liquide est clair; il renferme des dépôts constitués par les éléments de l'urine. Ce dernier caractère fait cependant parfois défaut, de sorte que l'on peut rester dans le doute.

D'après ce qui précède, on voit que le diagnostic de la nature de la tumeur est entouré, dans un grand nombre de cas, des plus grandes difficultés, et que les symptômes que nous avons énumérés au chapitre précédent ne sont ni assez caractéristiques, ni assez fixes pour arriver à la certitude.

Aussi le diagnostic se fait-il plutôt par exclusion.

Le développement insidieux d'une tumeur abdominale, son accroissement lent, sans douleur, sans fièvre, sa forme arrondie, son élasticité, la fluctuation que l'on y perçoit quelquefois, éveilleront l'idée d'un kyste à échinocoques; lorsqu'à côté de ces symptômes, on constate le frémissement hydatique, qui prend alors une valeur réelle, la certitude sera absolue. Malheureusement, comme je l'ai dit plus haut, ce signe fait le plus souvent défaut.

Enfin, je ne saurais passer sous silence la profession, les habitudes du malade, dont il ne faudra jamais négliger de s'enquérir, car elles pourront fournir des indications précieuses, comme dans les observations de Péan et autres.

*Diagnostic du siège de la tumeur.* — Si le diagnostic de la nature de la tumeur est difficile à préciser, le diagnostic de son siège est également entouré des plus grandes difficultés.

Avant tout, il s'agit de déterminer si elle est pariétale ou cavitaire.

Comme l'a fort bien établi Augagneur dans sa thèse d'agrégation



gation<sup>1</sup>, le premier soin, en présence d'une tumeur de l'abdomen, doit être l'élimination des tumeurs de la paroi.

La palpation suffit le plus souvent. Plusieurs artifices, dit-il, permettent aussi d'acquies à cet égard une certitude plus grande. Si la tumeur, mobile dans le relâchement, devient fixe quand le malade contracte les muscles droits, c'est qu'elle est développée dans la paroi. M. Tillaux conseille de marquer avec un crayon dermatographique le point culminant de la tumeur; puis de faire exécuter par le malade quelques mouvements forcés d'inspiration. Si la tumeur est dans la paroi, le trait marqué par le crayon et le point culminant de la tumeur restent fixes; sinon, ils varient dans leurs rapports.

Lorsque ce point aura été reconnu, il faudra savoir à quel organe elle appartient.

Ici il est utile de rappeler que, tandis que la plupart des viscères de l'abdomen sont contenus dans la cavité péritonéale proprement dite, d'autres sont situés en dehors de cette cavité. C'est donc à déterminer ce premier point que devront tout d'abord tendre nos efforts. Comment arriverons-nous au but?

Tillaux, dans une leçon clinique parue tout dernièrement<sup>2</sup>, a bien établi les signes anatomiques qui permettent de faire la distinction.

Lorsque, dit-il, une tumeur se développe dans l'espace *sous-péritonéal*, soit au niveau des reins, du pancréas ou du mésentère, elle refoule l'intestin au devant d'elle; par conséquent, toutes les fois que l'on rencontre une anse intestinale interposée entre une tumeur volumineuse et la paroi abdominale, l'on devra penser qu'on a pour point de départ l'espace sous-péritonéal. Lorsqu'au contraire la tumeur se développe dans l'espace intra-péritonéal, elle vient généralement se mettre directement en contact avec les parois abdominales sans interposition d'anses intestinales.

1. Augagneur, *Tumeurs du mésentère*. Thèse d'agrégation, 1886, p. 164. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

2. Tillaux, *Tumeurs de l'arrière-cavité des épiploons; diagnostic des tumeurs abdominales* (in *Gaz. hôpit.*, 1886, n° 95, p. 758).

Spencer Wells<sup>1</sup>, Nélaton et d'autres ont fourni des observations qui prouvent que ces rapports sont loin d'être constants.

L'observation qui m'est personnelle, infirme également cette manière de voir; dans la majorité des cas pourtant, le signe indiqué par M. Tillaux a une grande valeur.

Je suppose qu'il ait permis d'arriver au diagnostic de tumeur sous-péritonéale, peut-on porter un diagnostic plus précis et savoir si le néoplasme dépend du rein, du mésentère ou du pancréas? Voici, d'après Tillaux également, quelques données qui pourront quelquefois nous renseigner:

«Si la tumeur siège dans le *mésentère*, dit-il, que ce soit un kyste, un lipome, un fibrome, etc., elle sera *médiane*, parce que le mésentère est situé lui-même sur la ligne médiane. Dans la majorité des cas, une tumeur *médiane* ayant pour siège la région ombilicale et recouverte d'anses intestinales est une tumeur du mésentère.

«Autre caractère important: cette tumeur pourra facilement être *déplacée* de droite à gauche et réciproquement, parce qu'elle peut osciller autour d'un large pédicule, qui est formé par la base du mésentère, laquelle a une hauteur de 12 centimètres.

«Si la tumeur siège dans l'un des reins, elle n'est pas *médiane*, mais occupe plutôt l'un des flancs; elle est beaucoup moins mobile qu'une tumeur du mésentère.»

Augagneur partage l'opinion de Tillaux, tout en faisant certaines réserves au point de vue clinique.

«La situation d'une tumeur sur la ligne médiane, dit-il, permettra le plus souvent d'éliminer les tumeurs de la rate, du foie et des reins et fera pencher la balance en faveur d'une tumeur du mésentère. Seules les productions morbides développées dans l'épiploon et l'utérus pourront partager ce symptôme avec celles qui proviennent du mésentère.

«La mobilité constitue également pour Augagneur un signe

1. Spencer Wells, *The Dublin quarterly Journal of medic. science*, février 1867.



de la plus grande importance, que seules les tumeurs du mésentère peuvent donner à un haut degré. Un néoplasme utérin ou ovarien peut avoir une certaine mobilité latérale, mais ses évolutions se traduiront dans tous les cas par des modifications du contenu du bassin, constatées par le toucher vaginal ou rectal. Le *rein flottant* peut offrir une certaine mobilité, mais la plupart du temps dans un sens déterminé. Jamais il ne pourra franchir la colonne vertébrale, passer de l'autre côté de l'abdomen et se mouvoir, selon l'expression de M. Panas, comme s'il ne tenait à aucun viscère.»

Au point de vue purement anatomique, la manière de voir de notre éminent collègue est assurément des plus justes, et certes il ne me viendrait pas à l'esprit de vouloir le contredire.

Mais de même qu'Augagneur ne reconnaît aux signes indiqués par Tillaux qu'une valeur restreinte, je dois avouer de mon côté qu'ils ne concordent pas toujours avec les faits cliniques.

Sans doute, la situation de la tumeur sur la ligne médiane écartera l'idée d'un néoplasme du rein; et, à ce propos, je rappellerai que c'est le siège particulier sous les fausses côtes, la saillie postérieure, formée par la tumeur dans un cas observé par Péan, qui ont permis à ce chirurgien de diagnostiquer un kyste du rein. De ce côté il ne semble pas qu'il puisse y avoir de confusion; plusieurs des observations consignées à la fin de ce mémoire portent cette mention: tumeur développée sous l'hypocondre, dans le flanc, et de fait, cette situation est assez caractéristique pour faire songer au rein, lorsque la percussion aurait permis d'exclure la rate et le foie.

Cependant il ne faudrait pas considérer ce signe comme infaillible; certains kystes ovariens peuvent, en effet, très exceptionnellement sans doute, se rencontrer dans cette région insolite. J'ai rapporté jadis<sup>1</sup> un exemple remarquable de kyste de l'ovaire qui, pendant une grossesse et consécutivement à la formation d'adhérences, était venu se loger et se fixer dans l'hypocondre gauche. Le diagnostic fut entouré

1. Voy. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1885, n° 1, Obs. XII.

des plus grandes difficultés; on passa en revue tous les organes; l'ovaire fut écarté et l'on s'arrêta à l'idée d'un kyste du rein ou du pancréas. Le diagnostic vrai ne fut posé qu'au cours de la laparotomie, qui, bien qu'entourée des plus grandes difficultés, n'en permit pas moins de terminer heureusement l'opération et de guérir la malade.

Je tiens à rappeler ce fait exceptionnel et non unique pour montrer combien les difficultés sont grandes.

En ce qui concerne la mobilité, que Tillaux considère comme un signe spécial aux tumeurs du mésentère, n'a-t-on pas vu que chez mon opérée la tumeur pouvait être déplacée très aisément de gauche à droite, qu'on pouvait lui faire franchir la ligne médiane et la refouler jusque sous l'hypocondre et le flanc droits. C'est même cette mobilité qui nous avait fait songer à une tumeur du mésentère; et n'étaient le siège primitif et le développement du néoplasme sous l'hypocondre gauche, nous eussions été très affirmatif dans notre diagnostic.

L'accroissement de la tumeur de haut en bas, l'exploration digitale du vagin et du rectum<sup>1</sup> nous avaient, en effet, permis d'écartier l'idée d'une tumeur développée dans l'utérus ou ses annexes; la percussion jointe au déplacement de la tumeur nous avait fait éliminer la rate; quant au foie, la situation de la tumeur, jointe à la palpation et à la percussion, l'avait fait exclure presque d'emblée. Restaient le pancréas et le rein gauche. J'avoue que, les tumeurs du pancréas étant des plus rares, je n'y songeai même pas: c'est entre le mésentère et le rein que j'hésitai.

Quoi qu'il en soit, je tiens à établir, pour terminer ce chapitre, que, contrairement à l'opinion généralement admise, certaines tumeurs du rein peuvent, en déplaçant cet organe, en le rendant plus ou moins flottant, devenir elles-mêmes le siège d'une mobilité très grande, d'autant plus grande que la luxation du rein aura été elle-même plus considérable.

1. L'exploration par le rectum peut se faire avec la main entière, d'après le procédé de Simon; elle permet, dans certains cas, d'exclure les tumeurs de cet organe, ainsi que celles des ovaires. Malheureusement on ne peut la pratiquer chez tous les malades.



Il faudra par conséquent avoir ces faits présents à l'esprit et ne pas considérer la mobilité comme un signe appartenant en propre aux tumeurs du mésentère.

Le pronostic des kystes hydatiques du rein découle des indications que nous avons données à propos de leurs symptômes et de leur marche.

Sans doute on peut vivre des années tout en étant porteur d'un kyste hydatique du rein, comme l'attestent la plupart des observations; l'état général même n'est guère en souffrance. Ce n'est que lorsque la tumeur acquiert des dimensions incompatibles avec les principales fonctions, que la vie est sérieusement menacée. J'ai dit plus haut ce que l'on devait penser de la perforation du kyste, dans le bassin, perforation qui n'est pas dépourvue de dangers, et qui est loin d'assurer la guérison.

J'ajouterai enfin qu'il ne faut guère compter non plus sur le ratatinement du kyste après la ponction et la mort des échinocoques, comme Murchison l'a prétendu. Ni Heussner, ni Simon, qui ont bien étudié ce point spécial, n'ont pu recueillir un seul exemple de cette terminaison.

De tous les faits que nous venons de signaler, il résulte que le pronostic des kystes hydatiques rénaux, abandonnés à eux-mêmes, est sérieux dans la majorité des cas, bien qu'à longue échéance, je l'accorde.

Le devoir du chirurgien est par conséquent d'intervenir dès que la tumeur par son poids et son volume devient une gêne pour le malade et que sa santé s'altère. Nous verrons au chapitre suivant les ressources dont il dispose pour guérir cette affection.

## CHAPITRE VIII.

### TRAITEMENT.

Trois méthodes opératoires différentes ont été employées pour la cure des kystes hydatiques du rein :

A. La méthode *sous-cutanée*, qui comprend l'électrolyse, la ponction simple et la ponction suivie d'injection iodée.

B. La méthode à *ciel ouvert*, dans laquelle rentrent :

a) La ponction et le drainage simple; la ponction et le drainage après formation d'adhérences entre le kyste et la paroi au moyen des caustiques (procédé de *Récamier*);

b) L'incision après formation d'adhérences établies à l'aide de la *double ponction* préalable (procédé de *Simon*);

c) L'incision de la paroi et du kyste en un seul temps ou en deux temps après formation d'adhérences; l'excision et la suture du sac aux téguments, complètent très souvent le procédé en un temps.

C. L'*extirpation totale* du kyste, combinée à la *néphrectomie*.

Ces procédés sont généralement connus aujourd'hui; aussi ne m'arrêterai-je pas à les décrire. Voici les résultats qu'ils ont fournis :

Les 21 cas que je relate plus loin, y compris mon observation, ont fourni en bloc 14 guérisons et 7 morts.

Voyons la part qui revient à chacun de ces procédés.

Mais auparavant notons que les trois procédés appartenant à