

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

la méthode sous-cutanée n'ont fourni que des résultats absolument nuls dans les trois cas où ils ont été employés. Chez les trois opérés en question, la tumeur s'est reproduite et il a fallu recourir à une intervention différente (Obs. II, VII, XI).

Bien que n'étant pas dangereux en eux-mêmes, il faut, jusqu'à nouvel ordre, rejeter ces procédés peu efficaces.

Les chiffres que je signalais plus haut, ne s'appliquent par conséquent, à vrai dire, qu'à la méthode à ciel ouvert et à la laparotomie (laparo-néphrectomie).

Sur ces 21 cas la méthode à ciel ouvert (ponction et drainage, double ponction et incision, incision avec suture du sac, etc.) compte 17 cas avec 12 guérisons et 5 morts; la laparotomie combinée à la néphrectomie donne 4 cas, dont 3 morts et 1 guérison (Obs. personnelle).

A ne considérer que les chiffres, l'avantage appartient incontestablement à la première de ces méthodes qui n'accuse que 29,4 % de mortalité, tandis que la seconde en accuse 75 %. Mais là n'est pas la question.

Le nombre des cas traités par la néphrectomie est trop restreint, la gravité de l'opération n'est pas comparable à celle de la néphrotomie, si tant est qu'on puisse appliquer ce terme à l'opération qui a pour but d'inciser le kyste purement et simplement. Aussi nous n'avons pas la pensée de vouloir établir dès à présent un parallèle entre ces deux méthodes d'un pronostic si différent.

Pour établir les premiers jalons d'un examen comparatif, il faudra attendre que des faits plus nombreux aient doté la science d'observations nouvelles. De ce côté nous sommes désarmés. Mais, dès à présent, nous pouvons analyser les opérations qui ont été pratiquées dans chaque cas particulier: peser les conditions dans lesquelles elles ont été exécutées, noter les accidents qu'elles ont entraînés, déterminer en un mot leur gravité respective, établir la durée du traitement. Nous aurons ainsi des données importantes, qui nous permettront d'apprécier la valeur relative de chacune d'elles. C'est ce que nous allons essayer de faire, en nous basant sur les 17 cas dont nous disposons.

Ces 17 cas se décomposent comme suit:

A. PONCTIONS RÉPÉTÉES ET DRAINAGE.

N'a été employé qu'une fois (Obs. XI) et a donné une mort. Dans ce cas les adhérences ne s'étaient pas formées au bout de 25 jours, malgré trois ponctions préalables. Le drain tomba dans le péritoine et détermina une péritonite. Le chirurgien fit la dilatation du trou de ponction, retira le tube et, après avoir suturé le kyste à la paroi, en fit l'incision. Malgré des lavages répétés à l'acide phénique, le malade mourut le cinquième jour.

B. PROCÉDÉ DE RÉCAMIER.

Je trouve 2 cas opérés par ce procédé (Obs. I et II). Dans le premier (Nélaton), les adhérences n'étaient pas établies au bout de 20 jours: l'opéré mourut de péritonite, neuf jours après l'incision du kyste.

Dans le second, Michon dut faire plusieurs ponctions avec des trocarts de plus en plus gros, pour combattre la suppuration et la fièvre hectique qui menaçaient d'emporter l'opéré. La guérison fut obtenue, mais le malade ne put être évacué qu'au bout de quatre mois et demi.

Ainsi donc 2 cas avec une guérison et une mort.

La même objection peut être faite aux deux procédés en question jusqu'ici: peu de garanties au sujet des adhérences; puis, difficulté d'obtenir un écoulement suffisant par le trou de la ponction.

C. PROCÉDÉ DE SIMON.

Ce procédé, qui, comme l'on sait, consiste à faire à quelques jours d'intervalle une ponction en deux endroits du kyste, à quelques centimètres de distance, puis à réunir les trous de ponction par une incision au bistouri, ou par une ligature

élastique, a été employé 5 fois et a donné 2 guérisons (Obs. IV et XII) et 3 morts (Obs. III, VII, VIII).

Les cas terminés par la guérison ont exigé 6 et 9 mois de traitement. Il est juste d'ajouter que dans l'un d'eux (Obs. IV) les parois du kyste étaient en partie ossifiées et que c'est à l'élimination de ces lamelles osseuses qu'il faut attribuer la lenteur de la guérison.

Des trois insuccès, l'un concerne un sujet qui survécut quatre ans, conservant une fistule (Obs. III). Il finit par mourir d'épuisement. L'autopsie révéla un foie et des reins amyloïdes et des tubercules bronchiques. L'échinocoque s'était développé dans la capsule adipeuse du rein gauche.

L'autre (Obs. VIII) a trait à une femme qui portait un hydatide du rein depuis dix-sept ans; elle mourut d'épuisement seize jours après l'intervention. Ce fait ne saurait entrer en ligne de compte, car il est probable qu'en opérant la malade plus tôt, on l'eût sauvée.

Le troisième opéré, enfin (Obs. VII), mourut de septicémie en dépit des injections phéniquées.

D. PROCÉDÉ DE PÉAN-VOLKMANN.

C'est à Péan que revient incontestablement le mérite d'avoir le premier et en pleine connaissance de cause pratiqué d'emblée l'ouverture d'un kyste rénal. Si, malgré cela, j'ai joint à son nom celui de Volkmann, c'est qu'il est juste de ne pas oublier que c'est ce dernier chirurgien qui, bien que n'ayant pas eu l'occasion d'appliquer le procédé en question aux kystes hydatiques du rein, ne l'en a pas moins préconisé le premier pour les kystes à échinocoques du foie.

Le manuel opératoire consiste à faire l'incision antiseptique de la paroi abdominale, jusque sur la tumeur. Puis lorsque les adhérences sont bien établies, on incise le kyste, on le draine et l'on y pratique des injections antiseptiques (procédé *en deux temps*). On peut agir différemment : Après être arrivé sur le kyste, on l'incise séance tenante; puis, suivant les cas, on en

extirpe ou non une portion plus ou moins considérable et on suture ses bords à la paroi abdominale (procédé *en un temps*).

Ce procédé, qui a été employé 9 fois, a donné 9 succès (Obs. VI, IX, X, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX). Exécuté 3 fois comme opération de nécessité, après une laparotomie reconnue impossible, par Spiegelberg (Obs. VI), Albers (Obs. X) et Bouilly (Obs. XVIII), il a été fait depuis lors de propos délibéré 6 fois.

Les six cas en question comprennent 2 cas de néphrotomie lombaire (Daniel, Obs. IX et Péan, Obs. XVII), 3 néphrotomies latérales (Péan, Obs. XIV, Madelung, Obs. XV et Fick, Obs. XIX) et 1 néphrotomie abdominale (Heussner).

Dans 5 cas le péritoine put être respecté; une seule fois (Heussner), il ne fut pas possible de l'éviter; mais grâce aux précautions antiseptiques les plus rigoureuses, la guérison s'ensuivit très rapidement, à une fistule près. Notons que, chez tous ces malades, l'opération fut faite en un seul temps, et que chez les opérés de Péan, de Spiegelberg et de Bouilly, on excisa une portion notable du kyste adventice.

Disons encore que Madelung, pour assurer l'écoulement des liquides d'une façon plus certaine, jugea utile de faire à travers le muscle carré des lombes une contre-ouverture et d'y déposer un drain.

Fick pratiqua dans le même but une incision entre la dixième et la onzième côte; malgré cette précaution, la suppuration fut de longue durée.

Comme procédé opératoire, j'ajouterai simplement que le choix de l'incision est dicté par le lieu occupé par la tumeur; il n'y a par conséquent aucune règle à tracer sous ce rapport; l'on se guidera uniquement sur la saillie qu'elle fait, pour inciser en cet endroit.

DURÉE DU TRAITEMENT.

En ce qui concerne la durée du traitement, les résultats obtenus par ce dernier procédé sont incontestablement plus rapides que ceux que l'on obtient par n'importe quel autre. Nous trouvons en effet pour les procédés anciens (Récamier, Simon) une moyenne de :

4 mois et demi (Obs. II);
7 mois (Obs. III), fistule pendant 4 ans, puis mort;
9 mois (Obs. IV), fistule persistante, élimination de lamelles osseuses;
6 mois (Obs. XII);
tandis que le procédé de Péan nous donne comme durée :
11 semaines (Obs. VI);
Guérison rapide? sans préciser (Obs. IX), fistule persistante (sans dire combien de temps);
3 mois (Obs. XIV);
2 mois (Obs. XV);
2 mois et demi (Obs. XVII).

On peut ajouter ici que la durée du traitement dépend de la longueur de l'incision et de l'extraction précoce et totale de la membrane mère. Notons toutefois que le cas de Fick (Obs. XIX) exigea près de deux ans pour guérir; c'est une exception à la règle; mais il faut dire que la guérison fut entravée et retardée par un accident opératoire (fistule stercorale) qu'on eût facilement évité en agissant avec plus de prudence.

D'après ce que nous venons de dire, c'est, on le voit, au procédé de Péan-Volkman que l'on devra accorder la préférence: malgré l'innocuité et la simplicité apparentes des procédés voisins, nous avons établi qu'ils sont dangereux et peu sûrs, puisque sur 8 cas on ne compte que 3 guérisons contre 5 morts, tandis que les 9 cas de la dernière série comptent 9 guérisons¹.

NÉPHRECTOMIE.

J'en arrive à une grosse question: celle de l'extirpation totale du kyste, rendue possible grâce à la néphrectomie.

1. En ce qui concerne les kystes hydatiques du foie, je rappellerai que c'est également à la laparotomie, en un ou en deux temps, que se sont ralliés depuis peu la plupart des chirurgiens modernes. (Consulter à ce sujet les *Bull. Soc. chir.*, 1886, ceux de la *Soc. méd. hôpit.* (novembre 1886), le travail de M. Poulet in *Revue de chirurgie*, 1886, n° 6 et la Thèse de Brainé, Paris, 1886.)

Je dirai d'abord que cette opération n'a été entreprise jusqu'ici que quatre fois, et toujours à la suite d'erreur ou de doute dans le diagnostic; jamais de propos délibéré.

Les opérés de Spiegelberg, de Hinckeldeyn et de Vogt sont morts très rapidement (Obs. V, XIII et XX) au bout de trois, vingt-six et quarante-huit heures. Mon opérée est la première qui ait survécu à la néphrectomie faite pour kyste hydatique.

Loin de moi la pensée de vouloir me glorifier de ce succès, qui est l'effet d'un pur hasard et qui rentre dans la catégorie des opérations qui doivent guérir. N'a-t-on pas vu que, grâce à la grande mobilité du rein, à l'absence relative d'adhérences, l'acte opératoire avait été singulièrement facilité. Il faut dire aussi que l'opération, entreprise à une époque rapprochée du début de la maladie, avait placé la malade dans les meilleures conditions de succès possible.

Les opérations des chirurgiens que je viens de nommer, entreprises évidemment trop tard, ont été entourées de difficultés presque insurmontables. Dans l'un des cas les adhérences étaient telles, qu'on pensa ne pas pouvoir terminer l'opération; dans l'autre, une hémorragie provenant du pédicule emporta la malade; dans le troisième enfin, le choc opératoire fut tel, que l'opéré succomba au bout de quarante-huit heures.

La néphrectomie peut-elle être faite pour les kystes hydatiques du rein, avec quelques chances de succès? Doit-elle être entreprise dans les cas de ce genre ou faut-il lui préférer l'opération de Péan? En d'autres termes quelles sont ses indications, ses dangers, ses avantages?

L'observation que j'ai relatée au début de ce mémoire, prouve qu'en présence d'un kyste hydatique rénal, la néphrectomie peut réussir. C'est assurément une opération fort grave, qu'il ne faudrait pas entreprendre à la légère; mais, faite dans de bonnes conditions, elle n'offre plus, somme toute, les dangers que l'on redoutait tant il y a quelques années.

Malgré cela, les quelques chirurgiens qui se sont occupés de cette question, semblent peu disposés à la pratiquer ou à la conseiller.

Voyons les jugements qu'on a portés sur elle :