

«La néphrectomie n'a pas encore fait ses preuves, dit Duplay¹, et la même remarque est applicable aux autres procédés que l'on a dirigés contre les kystes du rein. Aussi nous abstiendrons-nous de porter un jugement sur ces opérations et nous bornerons-nous à donner le conseil de n'intervenir qu'en cas de nécessité.» Assurément M. Duplay reviendrait de son opinion à l'heure actuelle; les nombreux cas de néphrectomies pratiquées à l'étranger, l'imposante série de faits, relatifs à l'extirpation du rein, recueillis en France et portés tout dernièrement devant le deuxième Congrès français de chirurgie, modifieraient, à n'en pas douter, l'appréciation de notre éminent confrère.

Péan, lui, va plus loin²: «Si à la suite d'une erreur de diagnostic le chirurgien se trouvait, dans le cours d'une gastrotomie, en présence d'un kyste du rein, au lieu d'une tumeur d'un autre organe, l'ovaire, par exemple, qu'il aurait pensé rencontrer, quelle conduite devrait-il tenir? ... Suivant nous, dit-il, le mieux serait en pareille occurrence, au lieu d'extirper à la fois le kyste et le rein, de n'enlever qu'une partie de la poche kystique et d'en conserver la plus profonde, qui serait ensuite réunie aux lèvres de la plaie abdominale pour être livrée à la suppuration.»

Depuis lors, Péan n'a pas modifié son opinion sur ce point. L'on peut s'en convaincre en parcourant la deuxième observation de kyste hydatique de cet auteur, où il dit formellement ceci: «Ponction de la tumeur ... nécessité d'attirer la poche, de l'exciser et de suturer les bords au dehors pour éviter la néphrectomie³ ...»

Enfin, dans une thèse récente, faite sous son inspiration⁴, il affirme de nouveau très catégoriquement ses préférences pour la néphrotomie.

1. Duplay, *Pathologie externe*, t. VI, fasc. 4, p. 631, 1883.

2. Péan, *Tumeurs de l'abdomen et du bassin*, t. I, p. 243. Paris, 1880.

3. Péan, *Leçons de clin. chir.*, t. IV, p. 120 et 1139. Paris, 1886, Alcan.

4. A. Brodeur, *loc. cit.*

«La néphrotomie lombaire est, selon moi, bien supérieure à tous les autres modes de traitement. Il nous semble difficile, vu le petit nombre d'observations de kystes hydatiques du rein que nous publions¹, de chercher à fixer une règle de conduite dans le traitement de ces kystes; mais, si à ces trois faits nous ajoutons ceux des kystes simples d'un pronostic plus grave, nous concluons que la néphrotomie lombaire doit être dans ces cas l'opération de choix ...»

«A peine pourrait-on admettre la néphrectomie pour les kystes hydatiques, lorsqu'à la suite d'une néphrotomie il persiste une fistule urinaire.»

Czerny, qui a pratiqué un certain nombre de fois l'extirpation du rein, ne l'admet dans les kystes hydatiques que lorsqu'il y a des accidents à redouter. Dans les tumeurs cystiques du rein, ce chirurgien conseille tout d'abord la ponction avec aspiration: elle est inoffensive et nécessaire au diagnostic². Avec les restrictions que j'ai faites plus haut je l'admets comme Czerny.

Le cas de Brodbery est le seul exemple de kyste hydatique du rein, guéri par la ponction aspiratrice simple. Malgré la communication du kyste avec le bassin, la durée du traitement fut de plusieurs mois (Obs. IX).

Dans les kystes simples Czerny préconise la ponction, suivie de l'injection iodée, qui peut quelquefois amener une guérison durable. Les observations de König (VII et VIII) contredisent cette assertion, comme je l'ai dit au chapitre précédent.

Enfin, dans les cas qui résistent à l'injection iodée, le mieux, d'après Czerny, est d'ouvrir le kyste et de le drainer, après formation d'adhérences suffisantes; ou bien d'opérer en un seul temps avec les précautions antiseptiques les plus rigoureuses, et de suturer le kyste à la paroi.

Simon (*loc. cit.*, p. 48) accorde, bien entendu, la préférence au procédé qu'il a fait connaître. Cependant lorsque le kyste

1. Je tiens à rappeler ici que Brodeur n'a recueilli que trois observations de kystes hydatiques, celles de Péan et celle de Spiegelberg.

2. Czerny, *Transact. of the internat. medic. Congress of London*, 1881, p. 242, et *Schmidt's Jahrbücher*, 1884, p. 201.

est petit, de date récente et non suppuré, il conseille de commencer par l'électrolyse; ce procédé, disons-le, n'a guère trouvé de partisan depuis Michon, qui, du reste, ne l'a employé qu'une seule fois sans succès.

Lorsque le kyste est volumineux et ancien, ou lorsqu'il est suppuré, Simon recommande de faire d'emblée la double ponction et l'incision, à quelques jours d'intervalle; tout ceci à supposer que le kyste proémine en avant. Lorsqu'il est situé dans la région rénale, ou qu'il fait saillie dans l'espace de J. L. Petit, qu'il est par conséquent extra-péritonéal, il est inutile de recourir à son procédé. L'incision pure et simple permettra d'extraire la membrane mère et d'obtenir une guérison rapide et définitive.

Enfin, que le kyste communique ou non avec le bassin, il y a indication d'intervenir dès qu'il proémine à la paroi abdominale.

En ce qui concerne la néphrectomie, Simon est moins exclusif que les auteurs que nous avons cités précédemment. Il ne l'admet toutefois que dans une seule circonstance: «La néphrectomie antérieure, dit-il, pourrait peut-être être suivie de succès dans le seul cas où le rein est plus ou moins flottant et peut être facilement pédiculisé... Cependant dans ce cas je n'en persisterai pas moins à considérer l'incision, après ponctions multiples, comme moins grave que la néphrectomie, à supposer que le diagnostic ait été posé.

«Lorsque le rein a conservé ses rapports normaux, les difficultés d'exécution, le traumatisme considérable du péritoine, le danger de l'hémorragie (Spiegelberg et Hinckeldeyn) sont à craindre et la néphrectomie doit être rejetée.»

Les jugements que l'on vient de lire ne sont guère favorables à la néphrectomie.

L'observation de Spiegelberg, qui remonte déjà à l'année 1867, n'est certes pas étrangère à l'opinion que se sont faite les chirurgiens sur ce point. Elle n'est guère encourageante, j'en conviens, pas plus que celle de Hinckeldeyn; mais faut-il pour deux ou trois observations malheureuses, pratiquées dans les circonstances les plus défavorables, en venir à rejeter absolument la néphrectomie, comme le veut Péan, et à lui

préférer la néphrotomie? Je ne le pense pas, et sans vouloir en faire une opération courante, j'estime que lorsqu'à la suite d'une erreur de diagnostic on aura ouvert l'abdomen, on pourra dans certaines circonstances favorables et exceptionnelles la pratiquer avec succès.

Il ne faudrait pas invoquer ici les résultats qu'a fournis l'extirpation du rein dans les kystes séreux ou congénitaux, et conclure purement et simplement. Ce serait la condamnation formelle de la néphrectomie dans les kystes hydatiques de cet organe.

C'est pourtant de la comparaison de ces deux affections si diverses que Péan et Brodeur semblent avoir tiré leurs conclusions.

Tout en reconnaissant que le pronostic des kystes simples est plus grave que celui des kystes hydatiques, les auteurs, vu le petit nombre de ces derniers (trois en tout) recueillis par eux, y ajoutent les faits de kystes séreux pour établir leur ligne de conduite.

Or, à mon avis, je crois qu'il faut établir une distinction. Ne sait-on pas, en effet, que la dégénérescence kystique congénitale (et elle l'est le plus souvent) porte généralement sur les deux reins. En raison de cette généralisation le pronostic est d'une gravité extrême, et certes, dans les cas de ce genre je me rallierais très franchement à l'opinion de M. Brodeur, qui condamne ici formellement la néphrectomie. «Si le chirurgien croit devoir intervenir, il doit ouvrir le kyste plutôt par la région lombaire que par l'abdomen, suturer ses parois aux bords de la plaie, la drainer et laisser ainsi au malade ses deux glandes rénales, dont l'une à elle seule n'eût certainement pas été suffisante à l'europoëse.»

Le peu de substance rénale que l'on conservera par la néphrotomie suffira donc à l'europoëse, tandis que les accidents les plus graves surviendront après la néphrectomie, si le rein laissé en place est dégénéré, comme c'est le cas le plus fréquent.

Les chiffres fournis par Brodeur confirment cette manière de voir; 12 opérations, dont 11 néphrectomies abdominales pour kyste simple ou congénital du rein, n'ont fourni que

4 guérisons et 7 morts; 1 néphrotomie lombaire a été suivie de guérison. Je ne voudrais certes pas faire entrer ce fait unique en ligne de compte; mais les chiffres précédents ont leur éloquence.

Si la prudence la plus élémentaire doit nous guider dans le choix de la méthode à employer contre les kystes congénitaux du rein, à cause de l'état du rein voisin, nous pouvons, sans toutefois nous départir d'une grande réserve, négliger cet élément lorsqu'il s'agit d'un kyste hydatique. Rarement, en effet, les deux reins sont envahis par le parasite; ou s'ils le sont, c'est que d'autres organes sont affectés également. Toute intervention opératoire grave est dans ces circonstances contre-indiquée.

Lorsque le rein opposé est sain, ou supposé tel, que le diagnostic est fait, quelle ligne de conduite doit-on suivre? Faut-il faire d'emblée la néphrectomie ou choisir une méthode d'une gravité moindre?

La néphrectomie assurément est une opération grave; en dépit de la sécurité que lui confèrent les pansements antiseptiques, il ne faudra pas suivant moi l'ériger en méthode absolue, mais la pratiquer seulement dans certains cas exceptionnellement favorables.

Je m'explique.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur remplissant l'abdomen, que l'on croit être un kyste hydatique du rein, on fera comme premier temps la laparotomie, et si le rein peut être facilement extirpé en même temps que le kyste, on n'hésitera pas à faire la néphrectomie.

Pratiquée dans de bonnes conditions, cette opération est généralement suivie d'un résultat brillant; le malade peut guérir en quelques jours, lorsque la guérison se fait par première intention; l'observation que j'ai fait connaître en est la preuve.

Il se trouve alors non seulement débarrassé du coup et pour toujours d'une tumeur parfois volumineuse, mais il est préservé des ennuis et des accidents que peut provoquer la présence d'une fistule intarissable, incurable même parfois.

C'est dire que la néphrectomie, comme rapidité, comme

sécurité, une fois les premiers dangers conjurés, tient le premier rang.

Mais il faut intervenir de bonne heure et ne pas attendre que des adhérences trop serrées en aient rendu l'exécution sinon impossible du moins très périlleuse.

Dans ces circonstances, l'échec est à peu près certain, comme l'attestent les faits auxquels j'ai déjà fait allusion à différentes reprises. Mieux vaut alors renoncer à l'opération radicale et suivre l'exemple de Bouilly (Obs. XVIII), de Heussner (Obs. XVI), c'est-à-dire faire l'incision et la suture du kyste, et au besoin son extirpation partielle.

Une condition éminemment favorable à la néphrectomie dans les kystes du rein réside dans le déplacement de cet organe; j'ai démontré plus haut que, grâce à cette disposition, mon opération avait été relativement facile.

Il faudrait donc s'attacher à faire, outre le diagnostic de kyste hydatique, celui de rein flottant; la proposition de Simon, énoncée plus haut, trouverait alors sa raison d'être.

Mais en présence d'une tumeur qui occupe tout l'abdomen, et sur la nature de laquelle planent déjà les doutes les plus légitimes, ce diagnostic minutieux est presque impossible.

Pour les raisons que je viens d'indiquer, l'on ne pourra donc que très rarement proposer et exécuter de propos délibéré la néphrectomie dans les cas de kyste hydatique du rein.

Dans ce qui précède, j'ai supposé le diagnostic bien établi. Or, les faits consignés aux Pièces justificatives nous démontrent que c'est toujours à la suite d'une erreur de diagnostic que l'on a entrepris la laparotomie, croyant le plus souvent avoir affaire à un kyste ovarique.

Ici encore il faut se demander la conduite que l'on suivra, lorsque, après avoir ouvert l'abdomen, on reconnaîtra la méprise. D'après moi il n'y a pas de précepte à établir, chaque cas particulier présentant des indications spéciales.

Si l'opération est faite à une époque assez rapprochée du début de la maladie, on peut espérer que les adhérences seront détruites aisément: rien n'empêche d'ailleurs d'explorer la cavité abdominale, de juger *in situ* si les rapports de la tumeur avec les viscères sont de nature à permettre une opéra-

tion radicale et d'y procéder séance tenante, comme j'ai cru devoir le faire chez ma malade.

Si l'on ne se décide pas à faire la néphrectomie, on aura toujours le loisir d'exécuter l'opération dont Heussner et Bouilly nous ont fourni de si remarquables exemples, c'est-à-dire la néphrotomie antérieure.

Une dernière question se pose : Quel est le procédé que l'on choisira lorsque la néphrectomie aura été décidée ? Aura-t-on recours à la néphrectomie lombaire, à la néphrectomie transpéritonéale (Ledentu) ou à la néphrectomie que M. Trélat a appelée parapéritonéale ?

Sans doute, la voie lombaire qui n'exige pas l'ouverture du péritoine, est la moins grave de toutes, ainsi que le prouvent les statistiques de Gross (de Philadelphie), de Ledentu, de Brodeur ; c'est donc à elle que l'on devra recourir toutes les fois que le cas s'y prêtera : c'est-à-dire dans les cas de tumeur petite ou récente.

Lorsque le néoplasme est volumineux, qu'il fait saillie du côté de l'abdomen, c'est la néphrectomie antérieure ou transpéritonéale que l'on choisira.

La tumeur est-elle de moyenne grandeur, se trouve-t-elle située dans l'un des flancs ou l'un des hypocondres, c'est à la méthode *parapéritonéale* de M. Trélat que l'on accordera la préférence.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

D'après les faits que j'ai discutés dans ce mémoire, le traitement applicable aux kystes hydatiques du rein peut, suivant moi, être formulé comme suit :

A. Lorsque la tumeur fait saillie à la région lombaire, faire la *néphrotomie lombaire* (opération de Péan-Volkman).

Dans le cas où elle siège dans l'hypocondre ou le flanc, choisir la *néphrotomie latérale* ou *parapéritonéale*.

Ces deux opérations (néphrotomie lombaire ou latérale) pourront ultérieurement, si le cas l'exige, être transformées en *néphrectomie*.

Ces deux méthodes trouvent leur indication lorsque la tumeur est petite ou moyenne.

B. Lorsque le kyste est volumineux, qu'il fait saillie à l'abdomen, faire la néphrotomie antérieure ou la néphrotomie parapéritonéale.

Si le rein est déplacé ou compromis dans son fonctionnement, faire séance tenante, soit la *néphrectomie transpéritonéale* de Ledentu, soit la *néphrectomie parapéritonéale* de Trélat.

Dans les cas douteux enfin, faire la laparotomie, puis la ponction exploratrice ; agir ensuite suivant les circonstances : si la néphrectomie est jugée impraticable ou trop périlleuse, inciser largement le kyste, en exciser une portion le cas échéant, et suturer les lèvres à la paroi abdominale. Si, au contraire, le kyste est peu ou point adhérent, si le rein est profondément altéré, si, de plus, il est — circonstance des plus favorables — mobile, faire la néphrectomie.

Dans tous les cas, opérer de bonne heure, pour se placer dans les meilleures conditions de succès possible.

Observer scrupuleusement les règles de l'antisepsie, quel que soit le procédé adopté.