

Un malade présente une voussure non circonscrite de la partie inférieure droite du thorax; les côtes sont immobilisées; les vibrations thoraciques diminuées ou abolies; le poumon est refoulé, imperméable; sur une plus ou moins grande hauteur, la matité est complète et le murmure vésiculaire supprimé. Dans un fait observé par Gooch, le poumon était réduit au tiers de son volume normal. S'agit-il d'un kyste ou d'un épanchement intra-pleural? Les nuances sont délicates à fixer; les médecins ont essayé de les préciser. La matité pleurétique, suivant Damoiseau, est limitée en haut par une courbe parabolique dont l'axe est formé verticalement par la ligne des angles costaux; dans le kyste, la ligne de matité dessine toujours une courbe à convexité supérieure dont l'axe n'est plus sur la ligne angulo-costale, mais sur la ligne axillaire. La direction oblique descendante des côtes s'exagère, nous disent Guéneau de Mussy et Chauffard, dans la pleurésie et diminue dans le kyste. Dans le kyste, le foie n'est pas abaissé comme il le serait par un épanchement pleurétique de valeur équivalente. Une ponction exploratrice résoudra le problème, mieux que ces indices un peu subtils.

**Marche et complications.** — Le début est en général difficile à préciser; on peut souvent le faire remonter à plusieurs années. Dans quelques cas rares, le kyste peut aboutir à la guérison spontanée, par la mort des parasites, la résorption du liquide, la rétraction fibreuse de la paroi, la transformation du contenu en un magma caséux formé de granulations grasses, de vésicules flétries, de crochets, de cristaux d'hématoïdine. Ordinairement, le kyste hydatique, abandonné à lui-même, aboutit à l'une ou à l'autre de ces deux complications: 1° la suppuration; 2° la rupture.

1° SUPPURATION. — Elle peut résulter d'une ponction septique, ou naître spontanément d'une hépatite péricystique, avec ramollissement de la membrane d'enveloppe qui perd son imperméabilité normale aux agents infectieux, et pénétration de microbes à l'intérieur du kyste. Les frissons, l'élévation de la température avec augmentation parallèle de fréquence du pouls, l'état saburral des premières voies digestives, les sueurs, l'affaiblissement général, la douleur provoquée par la pression au niveau de l'hypocondre droit sont alors les principaux symptômes observés. La fièvre revêt ici les caractères particuliers aux suppurations hépatiques et les accès suivent tantôt le type rémittent, tantôt le type intermittent. Dans ce dernier cas, ils peuvent durer plusieurs jours. La terminaison a lieu, dans les cas de suppuration, soit par septicémie mortelle, soit par ouverture spontanée ou chirurgicale.

2° RUPTURE. — Plus souvent la tumeur, exempte d'invasion microbienne, produit, par un développement continu et progressif, le tassement et l'atrophie du parenchyme hépatique. Les parois du kyste éprouvant, d'une part, moins de résistance du fait de cette diminution du volume du foie et, d'autre part, se laissant distendre par le développement du parasite et l'augmentation de nombre des hydatides, finissent par faire saillie aux points faibles, c'est-à-dire dans la poitrine, dans l'abdomen, à la peau. Et dès que la résistance extérieure est moindre que la poussée intérieure, le kyste se rompt, sans qu'il soit toujours besoin d'un traumatisme occasionnel. Le siège de la rup-

ture offre trois variétés qui se rapportent au sens dans lequel la tumeur est portée à proéminer: vers le thorax; dans l'abdomen; à la peau.

I. *Migration thoracique.* — L'ouverture transdiaphragmatique dans le thorax est la plus fréquente. Elle se fait selon deux types: 1° dans la plèvre; 2° dans les bronches. La *rupture intra-pleurale* donne lieu aux signes d'une pleurésie purulente abondante, d'évolution ordinairement aiguë: l'empyème évacue alors un pus avec débris de membranes et vésicules filles, entières ou flétries. L'*ouverture intra-bronchique* s'annonce généralement par un violent point de côté, de l'oppression, des quintes de toux violentes, parfois par des petites hémoptysies à répétition, par de la fièvre; car cette migration intra-thoracique est exceptionnelle dans les kystes non infectés; pour notre part, nous ne l'avons jamais vue dans les cas d'une tumeur hydatique aseptique. Une vomique évacue brusquement une quantité ordinairement considérable de pus (où le microscope révèle des crochets et des débris de membranes feuilletées), parfois fortement chargé de bile fétide, dont l'expectoration fatigue le sujet et donne à sa bouche une amertume insupportable. Il peut arriver, bien rarement, que le sujet soit asphyxié par cette irruption intra-bronchique du liquide et des membranes; dans les cas très infectés, on voit peu à peu apparaître les signes d'une excavation pulmonaire avec complication de gangrène; dans un assez grand nombre de cas, le sujet, après avoir longtemps traîné, avec des expectorations quinteuses très pénibles, arrive à se tirer d'affaire.

II. *Migration abdominale.* — Les kystes de la face inférieure du foie peuvent s'ouvrir dans le *péritoine*, le *tube digestif*, les *voies biliaires*.

La rupture dans la cavité péritonéale reconnaît assez souvent pour cause un traumatisme ou un effort qui a brusquement déchiré les parois du kyste; mais, plus fréquemment que ne le disent les classiques, la rupture est spontanée. Depuis le travail de Finsen, en 1867, il est acquis que les conséquences de la rupture sont subordonnées à l'état du liquide épanché: est-il purulent, une péritonite suraiguë tue le malade en quelques heures; est-il aseptique, répondant aux kystes à contenu « frais » et limpide, il est possible d'observer — contrairement à l'opinion classique — une symptomatologie atténuée. Les signes donnés comme caractéristiques de la rupture intra-péritonéale et de l'inondation hydatique de la séreuse (douleur subite et aiguë; réaction péritonéale; urticaire) peuvent alors être réduits à des manifestations bénignes et passagères.

La conséquence de la rupture intra-abdominale est le déversement dans la séreuse du contenu vivant du kyste (*vésicules filles*, *vésicules proligères* et *scolex*), germes qui peuvent se greffer et donner naissance à des formations échinococciques secondaires. Volkmann, le premier, en 1877, attira l'attention des chirurgiens sur la possibilité de cette *greffe péritonéale* des germes hydatiques; en 1889, Lebedeff et Andreef firent les premières tentatives expérimentales de greffes de *vésicules filles*; en 1898, von Alexinsky, le premier, expérimenta les greffes de *vésicules proligères* et de *scolex* et obtint quatre résultats positifs sur sept expériences; en 1899, Riemann réussit à transplanter dans le péritoine, quatre fois sur six, des *vésicules*



filles, mais échoua dans ses essais d'inoculation de *vésicules proligères*. La thèse importante de Dévé, en 1901, apporta la *confirmation expérimentale* de cette greffe des éléments hydatiques, du moins des *vésicules filles* qui, tombées dans le péritoine, y continuent leur évolution et des *scolex* qui y subissent une métamorphose kystique. Quant à la *preuve clinique* de cette greffe, les observations, laborieusement colligées à l'appui de cette thèse, sont inégalement valables. Chez l'enfant, à l'âge des chutes, des coups, et en raison de la dépressibilité souple du rebord costal, la rupture de kystes hydatiques est une éventualité plusieurs fois observée. Tels, le cas de Finsen, où cette rupture est survenue chez un enfant de 12 ans qui portait une tumeur apparente depuis quatre années; celui de Broca concernant un enfant de 10 ans que Jalaguier allait opérer et qui rompit son kyste en se contusionnant l'abdomen contre un banc, rupture suivie de la formation de kystes multiples pour lesquels il fut opéré trois ans plus tard; le cas de Schede; le cas de Hohl avec rupture probable du kyste à l'âge de 6 ans et apparition de tumeurs multiples, qui, dès l'âge de 9 ans, nécessitèrent plus de vingt ponctions.

L'ouverture du kyste dans le tube digestif est exceptionnelle chez l'enfant. La première courbure du duodénum et l'arc du côlon sont ordinairement les points par lesquels se fait la communication, après la formation d'adhérences. Celle-ci, dit Rendu, « s'accompagne presque toujours d'une douleur atroce, et le malade a parfaitement conscience d'une déchirure viscérale; presque immédiatement après, survient une véritable débâcle et une selle copieuse au milieu de laquelle il est facile de reconnaître les membranes de l'hydatide ». Il va sans dire que la tumeur, ainsi vidée, s'affaisse immédiatement et que tous les symptômes qui paraissaient menacer la vie du malade diminuent. Lorsque la rupture s'opère dans le duodénum ou les parties supérieures du jéjunum, il est fréquent de voir des vomissements entraîner les hydatides évacuées dans l'intestin. Malgré que la septicémie puisse en être la conséquence, l'ouverture dans l'intestin est encore la voie d'issue la plus favorable, surtout quand elle s'opère dans le gros intestin. Par contre, l'ulcération de l'estomac est particulièrement grave.

L'issue des kystes hydatiques dans les *voies biliaires* est, quoi qu'en disent certains classiques, un incident rare. Elle se traduit par des symptômes divers, suivant les cas très différents, soit qu'il y ait élimination des hydatides à travers les canaux, soit qu'il se produise une infection de la poche kystique, soit qu'il se produise une obstruction des voies biliaires. Si les parasites progressent dans le cholédoque et tombent dans l'intestin, on observe le syndrome clinique de la colique hépatique avec ou sans ictère et la présence d'échinocoques dans les matières fécales. Dans le cas où la poche est infectée par des micro-organismes venus de l'intestin, la fièvre s'allume, le foie devient douloureux et il est rare que la mort ne soit pas la conséquence de cette complication. Lorsque les voies biliaires sont obstruées, on observe le tableau symptomatique de l'angiocholite par rétention biliaire.

III. *Ouverture cutanée.* — L'ouverture au niveau des *téguments* est généralement favorable. Le lieu d'élection est aux environs de l'ombilic.

Toutefois ce mode de terminaison est de plus en plus rare, car un chirurgien n'attendra jamais l'ouverture à la peau d'une tumeur qui menace de s'infecter et de laisser une fistule intarissable.

**Traitement.** — Deux méthodes divisent médecins et chirurgiens : les premiers inclinent vers les injections parasitocides; les seconds admettent, sans comparaison, l'ouverture large par une incision en un temps.

La méthode des injections parasitocides a comme moyen de choix le sublimé et comme procédé le plus sûr celui de Baccelli. Dans ce procédé on se contente de retirer, par une ponction avec un trocart capillaire, une petite quantité de liquide hydatique (50 centimètres cubes environ) et de la remplacer par 15 à 20 grammes de liqueur de Van Swieten; le trocart est retiré et le point de ponction couvert d'un léger pansement ouaté, maintenu par une ceinture de flanelle. Nous avons observé, dès le soir, une élévation de température, un peu d'agitation; dans notre cas, nous avons eu une très intense dyspnée, avec tachycardie au delà de 120, qui nous a donné une assez vive appréhension. Puis, ces phénomènes tombent; la fièvre ne dure point généralement au delà de la deuxième journée; la sensibilité du point de piqûre disparaît; après quelques jours, on trouve déjà que la poche est moins tendue; mais il faut deux à quatre mois environ pour que l'on constate la disparition de la tumeur. Ce procédé est bon: il vient de donner trois beaux succès à Johann von Bokay et, grâce à lui, nous avons obtenu une guérison, suivie à distance depuis sept années, chez une jeune fille de 17 ans; mais il ne réussit point dans le cas où le kyste est encombré de vésicules filles ou quand il y a plusieurs kystes contigus.

La plupart des chirurgiens préfèrent l'ouverture du kyste au bistouri. Cette incision peut se faire en un ou deux temps: ce dernier procédé est celui de Volkmann, qui s'arrête lorsqu'il est arrivé sur le viscère et n'ouvre la poche que quand des adhérences ont uni les deux feuillettes de la séreuse; dans le procédé de Lindemann-Landau, auquel nous nous rallions, on pratique immédiatement l'incision de la poche, et on en suture les lèvres aux bords de la plaie abdominale, créant ainsi une cavité béante à l'extérieur. Cette incision le plus souvent est parallèle aux fausses côtes et son milieu répond au point culminant du kyste. Terrier préconise l'incision sur la ligne blanche; nous l'adoptons dans les cas où la tumeur a son maximum de saillie sur la ligne médiane ou lorsqu'elle se porte à gauche. La séreuse une fois ouverte, le foie est à découvert ainsi que la tumeur parfois fixée à la paroi par des néomembranes qui ferment la cavité péritonéale; ce point est important et il faudra vérifier avec soin s'il n'existe pas de lacunes, et si ces adhérences sont partout continues; en un mot, s'il n'est pas une « fissure » par où le liquide du kyste puisse pénétrer dans le péritoine. En effet, si ces néomembranes protectrices ne laissent aucun passage libre, l'opération en est beaucoup facilitée; il ne reste plus qu'à inciser le foie sur le kyste; le liquide, les vésicules s'échappent au dehors; on draine la plaie pour en maintenir les lèvres béantes et l'opération est terminée.

D'habitude il n'en est pas ainsi; le foie, libre d'adhérences, monte et descend sous les yeux de l'opérateur à chaque mouvement respiratoire:



il n'y a pas de néomembranes et il faut craindre l'effusion du liquide dans le péritoine. Aussi doit-on prendre de grandes précautions. Le mieux est alors de bien appliquer la surface convexe du foie contre la paroi abdominale, ce que des aides obtiennent facilement en refoulant avec les mains le flanc droit et le flanc gauche ; le kyste bombe ; on plonge dans sa cavité la grosse aiguille de l'appareil Dieulafoy ou Potain, et, lorsque la poche est vidée, on la saisit par une pince à kyste qui oblitère l'orifice, on la tire au dehors et on la fixe à la paroi par des points de suture ; avec une aiguille de Reverdin courbe, on traverse à l'un de ses angles d'abord la lèvre gauche de l'incision, puis le kyste, puis la lèvre droite ; l'aiguille est alors libre ; on la retire armée d'un fil et on noue solidement. Même manœuvre à l'angle opposé. Le kyste est, d'ordinaire, alors assez fixé pour qu'on puisse, aux ciseaux ou au bistouri, ouvrir largement la poche dont chacune des lèvres, saisie par des pinces à forcipressure et éversée, sera unie à la paroi abdominale par des fils assez rapprochés les uns des autres pour que rien ne puisse filtrer vers le péritoine entre cette poche et la séreuse pariétale. Dans le cas de paroi kystique épaisse nous avons employé un mode de suture avantageux : l'aiguille traverse la peau, les plans profonds, le péritoine pariétal, chemine dans l'épaisseur de la paroi kystique et retransverse la paroi abdominale à 2 ou 3 centimètres de son point de pénétration ; ainsi sont placées, concentriquement à l'ouverture du kyste, des anses dont le plein affronte sur une certaine étendue les deux feuillets de la séreuse. S'il s'agit de kystes multiloculaires, et si l'on trouve le fond de la poche bombé et fluctuant, on incisera au thermo la cloison mitoyenne de tissu hépatique.

L'évacuation du kyste et sa suture ne se font pas toujours avec la facilité que suppose cette description et deux cas se présentent : dans le premier, celui que nous avons supposé jusqu'ici, la poche hydatique émerge du tissu du foie et forme une paroi molle et flexible que traverse aisément le trocart aspirateur et que saisissent les pinces oblitérantes ; cette paroi s'attire hors du ventre, et le contenu du kyste s'évacue sans crainte d'inoculer le péritoine. On peut même réséquer une partie plus ou moins considérable de la poche et diminuer d'autant la cavité que doit combler le bourgeonnement de la membrane granuleuse et la rétraction du tissu inodulaire. On prévoit même le cas où la tumeur attenant au foie seulement par un étroit pédicule, celui-ci sera lié comme le pédicule d'un kyste de l'ovaire et sectionné. Alors plus de cavité béante lente à cicatriser et guérison des plus rapides. Terrier et Championnière ont publié des faits de ce genre. Mais, dans le second cas, le kyste est intra-hépatique ; une couche souvent épaisse du parenchyme recouvre la poche ; les pinces dérapent sur cette surface lisse et friable, qui rompt et saigne abondamment. Aussi, pour peu que la ponction n'ait pas vidé le kyste et que des vésicules oblitèrent l'aiguille, il sera presque impossible de suturer la poche avant son incision large et son évacuation ; alors, pour éviter la pénétration du liquide dans le péritoine, il faudra redoubler de précaution et faire exercer, par des aides, des pressions méthodiques dans les flancs.

Le traitement consécutif de la méthode en un temps est le même que celui de la méthode en deux temps après l'ouverture du kyste : un ou plusieurs gros drains, solidarisés en flûte de Pan, sont introduits dans la poche qui se détergera toute seule, sans lavage immédiat ou consécutif. Dans les premiers jours, le pansement, très épais, doit être changé plusieurs fois dans les 24 heures, car il s'écoule de la poche, outre les vésicules et les débris de la membrane, une quantité parfois considérable de liquide mélangé de bile. Mais, peu à peu, cette sécrétion se tarit et la cavité se comble : enfin, au bout d'un temps plus ou moins long et qui varie de deux ou trois semaines à deux ou trois mois, la guérison est obtenue.

Il existe une variété de kyste antéro-supérieur qui se développe presque en entier dans le thorax, en refoulant le diaphragme et le poumon. Cette tumeur, fort bien étudiée par Cécile Dylon, peut dévier le cœur, comprimer le poumon et s'ouvrir dans la plèvre, les bronches et même le péricarde : on la confond très facilement avec une pleurésie enkystée. L'évacuation trop brusque du liquide a parfois présenté un très grave inconvénient : la congestion active du poumon, dont la mort pourrait être la conséquence ; aussi le procédé de choix serait en pareil cas, non l'opération chirurgicale, mais la ponction par la méthode de Baccelli qui, avec une seringue aspiratrice, retire du kyste une certaine quantité de liquide qu'il remplace par une quantité égale de sublimé. On n'oubliera pas d'ailleurs que le bichlorure de mercure est toxique, et la dose introduite dans la poche ne dépassera jamais alors 5 à 10 centimètres cubes de la solution au millième.

Les kystes *postéro-supérieurs*, d'un diagnostic fort difficile, souvent pris pour des pleurésies droites et traités comme telles, nécessitent un mode d'intervention particulier. Certainement on en a ouvert quelques-uns selon la méthode de Lindemann, et nous citerons plusieurs cas où, par la laparotomie antérieure, on a pu aborder le kyste, l'inciser et le guérir ; Bouilly note un fait de ce genre, et Landau, sur quatre interventions, accuse quatre succès. Il n'en est pas moins vrai que la voie antérieure est fort laborieuse. Ne faut-il pas abaisser le foie, le faire basculer en avant et le fixer dans cette position nouvelle par des sutures appropriées ? Aussi croyons-nous avec Israël et Paul Segond que l'incision postérieure transpleuro-péritonéale est bien préférable. Peut-être, cependant, pourrait-on utiliser, pour ces tumeurs cachées sous le dôme diaphragmatique, l'opération imaginée par Lannelongue pour l'ouverture de certains abcès sous-hépatiques et sous-phréniques, la résection du rebord costal cartilagineux. Si l'on a recours à cette voie, « l'incision sera faite au bistouri, à 2 centimètres au-dessus du rebord costal. Elle commencera à 3 centimètres du sternum, pour finir à l'union de la dixième côte et de son cartilage. Le rebord costal sera isolé et réséqué avec le costotome de Collin. La partie enlevée comprendra les dixième, neuvième, huitième et quelquefois septième cartilages costaux et les espaces correspondants. Il faudra, écrit Canniot<sup>1</sup>, après avoir découvert le kyste, le ponctionner, l'inciser et le suturer à la paroi. »

<sup>(1)</sup> CANNIOT. De la résection du bord inférieur du thorax pour aborder la face convexe du foie. Thèse de Paris, 1891.



Israël<sup>1</sup>, en 1879, eut, le premier, recours à « l'incision transpleurale », mais il adopta la méthode en deux temps, ou mieux en trois temps, car, après résection de 2 centimètres de côte et incision de la plèvre pariétale, il tint écartées les lèvres de la plaie par de la gaze iodoformée; au bout de huit jours, incision du diaphragme, maintenu béant par un tampon antiseptique. Attente nouvelle de huit jours, alors seulement il ouvre le kyste. Genzmer résèque plus largement les côtes et, grâce à cette ouverture plus étendue, peut faire l'opération en un temps. C'est ainsi que nous avons agi en pareil cas.

Le malade est couché sur le côté gauche; on pratique une incision de 12 à 15 centimètres dont le milieu correspond à la prolongation axillaire sur la neuvième côte, dont on résèque 8 à 10 centimètres; puis on traverse le périoste sous-costal, le cul-de-sac pleural, le diaphragme, et on arrive ainsi sur la face externe du foie que l'on inspecte. Avant d'inciser le kyste, que révèle sa coloration spéciale, ou une ponction aspiratrice s'il est intra-hépatique, on éverse, au dehors, les deux lèvres de l'incision diaphragmatique et on place des compresses pour fermer, en bas, l'accès de la cavité abdominale. On évacue du kyste ce que l'on peut avec l'aiguille de Dieulafoy ou de Potain, puis on ouvre la poche et, comme dans la méthode de Lindemann, on en fixe les lèvres à celles de la paroi abdominale par des fils qui traversent la paroi du kyste, le diaphragme, les deux feuillets pleuraux et les téguments. On assure enfin le libre écoulement des liquides à l'aide d'un large tube de caoutchouc.

La marsupialisation des poches kystiques laisse, après elle, une fistule qui souvent se prolonge au delà de deux mois. De là des tentatives cherchant à réduire les poches adventices des kystes hydatiques sans les drainer: Thornton et Bond l'avaient essayé; Billroth a réduit la poche suturée, après remplissage au moyen d'une émulsion iodoformée; Bobroff la remplit de sérum artificiel et la réduit après suture. Delbet conseille de capitonner la poche adventice, après ablation de la vésicule mère et des vésicules filles, en adossant ses parois par des points de catgut passés à sa face interne, en profonde épaisseur; puis on suture les lèvres et l'on réduit. Ce procédé suppose comme conditions l'état aseptique du kyste, l'absence d'écoulement biliaire ou d'hémorragie, la non-existence d'un prolongement profond et inaccessible de la poche: nous avons trois fois, chez l'adulte, employé avec succès ce capitonage.

(<sup>1</sup>) ISRAËL. VII<sup>e</sup> Congrès des chirurgiens allemands, 1879, Berlin.

## XVIII

## NÉOPLASMES DU REIN

PAR J. ALBARRAN

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,

et LÉON IMBERT

Professeur agrégé à la faculté de Médecine de Montpellier.

Depuis que Hueter, en 1876, osa, le premier, extirper un sarcome du rein chez un enfant, les observations de ce genre se sont multipliées au point que nous avons pu en réunir 122. Il est incontestable, ainsi qu'on le verra plus loin, que les résultats thérapeutiques se sont améliorés; mais nous devons reconnaître qu'ils sont encore bien loin d'être satisfaisants.

En même temps que les progrès de la technique chirurgicale nous permettaient d'être plus hardis dans les interventions de ce genre, de nombreuses études anatomo-pathologiques nous renseignaient sur la structure, l'origine, l'évolution de ces tumeurs. Il convient de citer à ces différents points de vue la thèse de Rathery, celles de Guillet, Chevalier, Héresco, les mémoires de Hildebrandt, de Döderlein et Birch-Hirschfeld, le livre de Kelynack, celui de Wilms. Enfin, nous-mêmes avons réuni en 1902, en un volume, nos connaissances actuelles sur les tumeurs du rein chez l'enfant comme chez l'adulte: nous avons pu, à cette occasion, apprécier les résultats acquis et modifier sensiblement ainsi l'étude générale de ces néoplasmes.

**Division.** — On admet, en général, que les tumeurs du rein chez l'enfant sont toujours des sarcomes. Les recherches modernes ont bien montré que cette opinion était trop exclusive. Sans doute, il existe des sarcomes; mais la majorité de ces curieuses tumeurs sont probablement des néoplasmes spéciaux dans lesquels se voit la combinaison de divers tissus et auxquels on a donné le nom d'adéno-sarcomes.

Sarcomes et adéno-sarcomes: telles sont donc les deux variétés importantes. Nous ne voulons point prétendre que l'on ne puisse rencontrer chez l'enfant des tumeurs dérivées du type épithélial pur. Adénomes, carcinomes, hypernéphromes peuvent assurément s'observer dans le jeune âge: mais le cas est certainement exceptionnel et, du reste, les rares documents que nous possédons à ce sujet ne nous permettent pas d'être bien affirmatifs. En outre, ces tumeurs épithéliales chez l'enfant sont semblables par leur structure à celles que l'on observe chez l'adulte; d'autre part, leur évolution clinique ne saurait se distinguer de celle des sarcomes et adéno-sarcomes. Il faudrait encore mentionner les kystes du rein; nous avons montré, en effet, dans notre livre sur les *Tumeurs du rein*, qu'aux deux variétés habituellement décrites, kystes de l'adulte et du nouveau-né, il fallait en ajouter une