

RD27
4
D46
V.8

TRAITÉ
DE
CHIRURGIE
CLINIQUE ET OPÉRATOIRE

**MALADIES CHIRURGICALES DU MÉSENTÈRE,
DU PANCREAS ET DE LA RATE**

PAR

FRANCIS VILLAR,

Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux,
Chirurgien des hôpitaux,
Sous-Directeur du Laboratoire de médecine opératoire.

Virgilio
Op. Chirurgia

I

MÉSENTÈRE

Le mésentère, ce repli péritonéal en forme d'éventail, obliquement étendu depuis le côté gauche de la deuxième vertèbre lombaire jusqu'à la symphyse sacro-iliaque droite, remplit un double rôle : tout d'abord, il fixe à la colonne lombaire le jéjuno-iléon tout entier, en lui permettant cependant une grande mobilité grâce à la disposition godronnée de son bord libre; c'est donc un pédicule, un ligament suspenseur pour l'intestin grêle. Mais il peut encore être considéré comme le hile de cette portion du tube digestif, car il renferme dans l'épaisseur de ses deux feuillets tout le système vasculo-nerveux qui lui est destiné.

On y trouve, en effet, plongés dans un tissu cellulaire lâche et abondant, les artères et les veines mésentériques supérieures, les chylifères, leurs ganglions et le plexus nerveux mésentérique supé-

rier. Ce n'est pas tout, on y voit encore, entre les deux feuillets et en arrière, la veine cave inférieure, les origines de la grande veine azygos, l'aorte, le plexus solaire à sa sortie des ganglions semi-lunaires.

Ces notions anatomiques (disposition du repli, organes qui sont contenus entre ses deux feuillets) nous donnent la clef de toute la pathologie méésentérique. Elles nous permettent de comprendre le point de départ des tumeurs de cette région; elles nous expliquent le siège de ces tumeurs, leur mobilité, l'existence de la zone de sonorité antérieure, les troubles de nutrition qui accompagnent ces productions par l'obstruction des chylières et la compression des branches nerveuses. Enfin, ces notions anatomiques nous rendent compte du danger de l'extirpation des tumeurs du méésentère, par gangrène de l'intestin et shock du système nerveux ganglionnaire.

MALADIES CHIRURGICALES DU MÉSENTÈRE.

Elles se résument dans l'étude des kystes et des tumeurs solides. Les contusions et les plaies font partie du grand chapitre des traumatismes de l'abdomen; quant à la description des orifices anormaux et de la torsion du méésentère, elle appartient à l'histoire de l'occlusion intestinale.

I. — KYSTES DU MÉSENTÈRE.

Historique. — L'histoire réellement sérieuse des kystes du méésentère ne date guère que d'une vingtaine d'années. Mais elle a traversé des phases diverses que mon excellent collègue et ami Braquehay (1) a divisées en trois périodes :

La première, dit-il, s'étend de Benevieni, qui le premier apporta quelques observations, jusqu'au milieu de ce siècle.

Pendant cette longue période, les kystes du méésentère ne furent jamais diagnostiqués sur le vivant.

Dans une deuxième période, qui va du milieu de ce siècle jusqu'aux travaux de Péan et Tillaux en 1880, les observations deviennent plus nombreuses; ce n'est plus à l'amphithéâtre, mais sur la table d'opérations, qu'on rencontre les kystes du méésentère; seulement, on les rencontre par hasard. C'est la période d'intervention chirurgicale par erreur de diagnostic.

Enfin, c'est depuis 1880 que l'étude de ces tumeurs est entrée dans une voie clinique, scientifique et opératoire, grâce aux publications de Tillaux et Millard, de Merklen, de Péan. C'est la période chirurgicale vraie.

Définition. — D'après Werth, on ne doit désigner sous le nom de

(1) BRAQUEHAYE, Des kystes du méésentère (*Arch. gén. de méd.*, septembre et octobre 1892).

kystes du méésentère que les tumeurs primitivement développées entre les deux feuillets de ce repli. Péan, au contraire, donnant un sens plus large à la définition, comprend toute tumeur kystique située entre les deux feuillets séreux, quelle que soit son origine. Et, en effet, cliniquement il n'y a pas de différence entre un vrai kyste du méésentère et un kyste d'un organe voisin qui viendra s'y inclure; sans compter que les indications opératoires seront aussi les mêmes.

Division. — On a divisé les kystes du méésentère de façons bien différentes. Delmez distingue des kystes congénitaux et des kystes acquis; Braquehay divise ces kystes en : 1° *kystes vasculaires*; 2° *kystes parasitaires*; 3° *kystes congénitaux*; 4° *kystes dus aux organes voisins*.

Ceux du premier groupe comprendraient les kystes sanguins et lymphatiques, et ces derniers se diviseraient en kystes séreux et chyleux. Pour plus de simplicité, je passerai en revue les différentes variétés de kystes rencontrés dans l'épaisseur du méésentère, tout en me réservant de faire ressortir l'importance de telle ou telle variété.

J'étudierai donc des kystes : 1° *séreux et chyleux*; 2° *hydatiques*; 3° *dermoïdes*; 4° *sanguins*; 5° *nés dans les organes voisins*.

Avant d'aborder l'étude détaillée de chaque variété, je dois dire un mot de leur fréquence. Les kystes du méésentère ont acquis une certaine réputation de rareté; les progrès de la clinique et de la médecine opératoire tendent à prouver qu'ils ont dû être souvent méconnus. Si Koerberlé dit n'en avoir jamais rencontré, par contre Arékion (1), dans sa thèse de doctorat en 1891, nous en rapporte 81 observations, auxquelles Braquehay, l'année suivante, ajoutait 23 nouveaux cas, ce qui fait un total de 104. Et de nouveaux faits ont été publiés ou observés depuis cette époque; ce ne sont donc pas des tumeurs exceptionnelles. Les kystes d'origine lymphatique sont les plus fréquents; les plus rares sont les kystes dermoïdes et ceux venus d'organes voisins.

Les kystes du méésentère sont plus fréquents dans le sexe féminin, en moyenne 7 femmes sur 10 observations. La proportion exacte peut être établie de la façon suivante, dit Braquehay :

Kystes lymphatiques : 4 femmes pour 1 homme; kystes sanguins, proportion égale pour les deux sexes; kystes hydatiques, 2 fois sur 3 chez la femme. Quant aux kystes dermoïdes et ceux nés dans des organes voisins, tous les cas se rapportent à des femmes.

Surtout fréquents à l'âge moyen de la vie, les kystes du méésentère ont été observés dans les limites extrêmes d'âge, qui sont : quatre mois (Ducasset, Winiwarter) et quatre-vingts ans (Wieschelbaum).

Kystes séreux et chyleux. — On a pensé que certains kystes

(1) ARÉKION, Étude sur les kystes du méésentère, thèse de Paris, 1891.

séreux pouvaient provenir de la transformation d'un kyste hydatique. Péan a comparé ces kystes à des sortes d'hygromas développés entre les feuillets du mésentère. Ces idées n'ont plus cours aujourd'hui, et l'origine lymphatique des kystes séreux ou chyleux semble bien établie d'après leur structure; c'est pour cela que l'on étudie dans un même chapitre ces deux variétés de kystes, sous la rubrique de kystes d'origine lymphatique.

Mais quelle est leur provenance exacte? Sont-ils le résultat de la dégénérescence des ganglions? S'agit-il d'une dilatation des chylifères ou du canal thoracique? ou bien encore n'y aurait-il pas eu rupture des vaisseaux blancs avec enkystement consécutif du chyle épanché? Autant d'hypothèses qui ont été étudiées et discutées. Quénu accepte volontiers l'opinion de Kuester qui rattache les kystes chyleux aux malformations congénitales. Il y verrait de véritables lymphangiomes kystiques comparables à ceux du cou et en communication primitive ou secondaire avec les chylifères. D'autant, ajoute Quénu, qu'on a observé dans le mésentère de véritables lymphangiomes ou chylangiomes caverneux caractérisés par la présence de petites cavités communiquant les unes avec les autres, tapissées d'endothélium et renfermant un liquide laiteux auquel on a reconnu les réactions ordinaires du chyle.

Le volume de ces kystes est variable, il peut devenir considérable.

Leur structure comprend : une couche externe fibreuse, une couche moyenne conjonctive, renfermant des vaisseaux sanguins, du tissu lymphoïde et des follicules lymphatiques, une couche interne endothéliale, qui n'est pas constante, disent les uns, qui ne se voit jamais, disent les autres, excepté dans les kystes dermoïdes. Le contenu de ces kystes est quelquefois fluide; souvent c'est un liquide blanc, crémeux, comparable à du lait, parfois jaunâtre ou rosé. Sa densité varie de 1,013 à 1,020. On y trouve à l'examen chimique de l'albumine, mais pas de fibrine, des chlorures, surtout du chlorure de sodium en abondance, des carbonates et des sulfates.

Le microscope décèle la présence de corpuscules lymphatiques, de globules sanguins, de gouttelettes graisseuses, analogues à celles du lait, et de cristaux de cholestérine.

Kystes hydatiques. — Le plus souvent ils coïncident avec des tumeurs semblables dans la cavité abdominale (1).

Quelquefois ils accompagnent des kystes de la cavité thoracique ou des muscles; il est rare qu'ils soient limités au mésentère. Haln, dans son travail, ne signalait que deux observations de ce genre, celles de Portal et de Pavas. Quénu, dans son article du *Traité de*

(1) Je rappellerai, entre autres faits, celui que j'ai rapporté au Congrès de chirurgie en 1893. Il s'agissait d'un malade chez lequel je trouvai un kyste hydatique du foie, des kystes dans le mésentère et l'épiploon, et un kyste assez volumineux développé contre la vessie, dans l'espace rétro-vésical.

chirurgie, y a ajouté celles de Frémy, de Sutherland et de Cimbali, auxquelles je puis joindre quelques autres signalés dans la thèse de Masqueray (1). Cependant tous les cas rapportés par cet auteur n'appartiennent pas à la catégorie des kystes hydatiques uniquement limités au mésentère.

Souvent multiples, ils sont en général d'un petit volume. On a observé la dégénérescence de ces kystes : dans un cas de Cimbali, la paroi était devenue crétaçée; dans un autre de Frémy, le contenu était une matière grasse, ayant la consistance du mastic de vitrier. Très curieux le cas de Laboulbène, dans lequel la paroi du kyste avait l'aspect d'un morceau de taffetas gommé qu'on aurait plissé entre les doigts; l'intérieur ne contenait plus de liquide, mais une matière semblable à de la gélatine.

Kystes dermoïdes. — Leur histoire n'est pas longue : deux cas de Lebert, un de Schutzer, la citation de Cruveilhier à la Société anatomique de Paris, l'intéressante observation de Howship Dickinson, celle de Spencer Wells, celles d'Eppinger, de Kœnig, de Bantock, une autre de kyste dermoïde suppuré présentée par M. Lemichez en novembre 1895 à la Société anatomique de Lille.

La pathogénie de ces kystes a été fort discutée : ils peuvent venir des restes du corps de Wolff (Augagneur) (2) ou bien encore de diverticules de Remak (Lohlein); mais il faut, en définitive, admettre leur origine dermoïde.

Leur paroi, épaisse et fibreuse, est tapissée d'épithélium aplati. On a trouvé dans l'intérieur de ces kystes, outre la matière grasse, semblable au sébum, des poils, des os, des dents. Le kyste de Schutzer, observé chez une jeune fille de quinze ans, contenait deux canines, huit molaires et deux incisives. La tumeur de Howship Dickinson, qui pesait plus de deux livres, se composait de noyaux cartilagineux et osseux, développés au milieu d'une masse conjonctive; celle-ci renfermait également du tissu adipeux et des kystes à parois tapissées d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles.

Kystes sanguins. — A vrai dire, les kystes sanguins du mésentère n'existent pas. On a bien signalé des hématomes produits par le taxis sur le mésentère accompagnant un intestin étranglé; on a vu aussi des épanchements sanguins du mésentère consécutifs à un traumatisme abdominal, on en a observé à la suite d'efforts, chez des cardiaques. Enfin, une hémorragie peut se produire dans l'intérieur d'un kyste séreux préexistant; mais ce ne sont pas de vrais kystes. En somme, il s'agit, dans ces différents cas, ou d'un hématome vulgaire plus ou moins limité, ou d'un kyste devenu hémorragique; l'arrivée du sang, la transformation du kyste n'est qu'un acci-

(1) MASQUERAY, Étude sur les kystes hydatiques du mésentère et des méso-côlons, thèse de Paris, 1895.

(2) V. AUGAGNEUR, Tumeurs du mésentère, thèse d'agrégation, 1886.

dent. C'est dire que les kystes hématiques ne constituent pas un groupe distinct.

Kystes nés dans des organes voisins et s'étant inclus secondairement dans le mésentère. — Ce sont des cas réellement exceptionnels et que je me contente de signaler (kystes du parovaire, du pancréas, etc.).

Tels sont les caractères anatomo-pathologiques et pathogéniques propres à chaque variété de kystes. Mais il en est aussi de communs. C'est ainsi que, quelle que soit leur nature, ces tumeurs peuvent contracter des adhérences avec les organes voisins; de plus, si elles sont peu vasculaires par elles-mêmes, elles sont souvent encadrées de vaisseaux volumineux, ce qui crée un danger pour l'extirpation et surtout pour la ponction exploratrice. Dans l'observation de Delagenière, une veine située en avant du kyste atteignait le volume du pouce.

Le pédicule des kystes du mésentère est gros et court dans les tumeurs volumineuses, mince dans les petites; on a pu en observer la rupture.

Symptômes. — Un kyste du mésentère, de petit volume, peut passer inaperçu et constituer une trouvaille d'autopsie; il est des cas où, même avec un certain volume, les kystes du mésentère demeurent latents. Le plus souvent, ces kystes annoncent leur existence par des signes qui sont, du reste, fort variables.

Tantôt l'attention est attirée par le développement du ventre et l'apparition de douleurs sourdes; c'est le début lent. D'autres fois une violente colique ouvre la scène, et c'est à cette occasion que l'on constate l'existence de la tumeur; un exemple de ce mode de début nous est fourni par l'observation de Millard et Tillaux: leur malade se trouvait en parfait état de santé lorsque, vers sept heures du soir, en se promenant, il ressentit tout à coup, dans le ventre, une douleur poignante qui l'obligea à s'arrêter brusquement. Parfois, enfin, ce sont des signes d'occlusion intestinale ou de péritonite simulant une occlusion intestinale qui donnent l'éveil.

J'ai eu l'occasion d'observer, en 1895, un de ces cas de kyste du mésentère à début brusque (fig. 1). Un jeune homme de quinze ans est pris subitement, le matin, de violentes douleurs abdominales; à l'examen, on constate l'existence d'une petite tumeur mobile, siégeant au-dessous de l'ombilic. Le repos et un traitement médical approprié font disparaître les accidents. Trois mois après, le malade est repris des mêmes douleurs abdominales, qui ne cèdent à aucun traitement, et il m'est adressé à l'hôpital avec le diagnostic d'occlusion intestinale, dont il présentait d'ailleurs tous les symptômes. Je l'opère dans la nuit, et je trouve un kyste du mésentère bien mobile que j'enlève rapidement; l'opération ne dura que seize minutes. Malgré cette courte durée de l'acte opératoire, mon petit malade succomba (sans

péritonite, ainsi que le démontra l'autopsie) au bout de trente-six heures. La terminaison fatale m'a semblé devoir être attribuée dans ce cas au long intervalle écoulé entre le moment de l'intervention et le début des accidents. L'occlusion intestinale datait de quatre à cinq jours lorsque le malade me fut adressé.

En résumé, deux formes cliniques de kystes du mésentère: la forme latente et la forme douloureuse, celle-ci étant la plus fréquente.

La douleur, plus ou moins vive, a son maximum d'intensité autour de la région ombilicale, avec irradiations vers le foie, l'épigastre, les

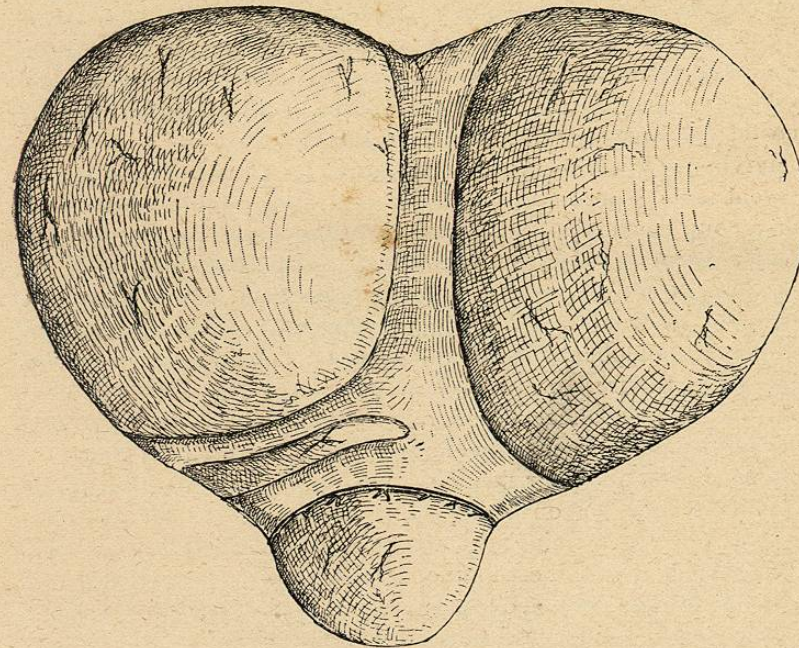


Fig. 1. — Kyste du mésentère, pédicule accolé à l'intestin (FR. VILLAR).

flancs. Exagérée par les mouvements, elle augmente sous forme d'accès peu de temps après les repas.

Des troubles digestifs accompagnent la douleur: ce sont l'anorexie, la constipation; il y a souvent des vomissements; on a cité, exceptionnellement il est vrai, une diarrhée incoercible avec vomissements. A ces phénomènes s'ajoute le retentissement sur l'état général.

Les caractères de la tumeur sont de la plus haute importance: elle fait saillie dans la région de l'ombilic, caractère commun à toutes les tumeurs du mésentère; elle est médiane ou à peu près, et se présente sous la forme d'une voussure.

De volume variable, rarement plus grosse qu'une tête d'adulte, la

tumeur est lisse, arrondie ou ovoïde, à grand axe parallèle à celui du méésentère; sa consistance est élastique ou nettement fluctuante, suivant la distension du kyste et l'épaisseur de ses parois.

Un des meilleurs signes des kystes du méésentère, c'est la mobilité, surtout dans le sens transversal; c'est une mobilité franche qui permet de faire passer la tumeur d'un côté à l'autre, en avant du rachis.

Un autre signe important, presque pathognomonique, est fourni par la percussion, qui décèle le plus souvent l'existence d'une zone de sonorité au-devant de la tumeur. Tillaux a attiré l'attention sur une autre zone de sonorité existant entre le kyste et le pubis. Ces différents signes ne se présentent pas toujours ni avec la même constance, ni avec la même netteté; quelques-uns peuvent faire défaut; d'autre part, ils se retrouvent quelquefois avec des tumeurs autres que des kystes du méésentère. Je reviendrai sur ce point en parlant du diagnostic des tumeurs du méésentère en général.

Marche. — Terminaisons. — Pronostic. — La marche est le plus souvent lente et progressive. Parfois un kyste à évolution lente subit tout à coup un changement, prend une allure aiguë, et offre une évolution à *secousse*, pour nous servir de l'expression d'Augagneur.

La terminaison est variable: le malade peut être emporté par une péritonite, succomber à l'occlusion intestinale. Même sans tenir compte des complications, il faut songer à l'atteinte portée à l'état général; à mesure que le kyste augmente, l'état général devient mauvais; le malade maigrit, ses fonctions digestives sont entravées puis surviennent la cachexie et la mort par dénutrition générale.

Je ne signale que pour mémoire deux ou trois cas d'ouverture du kyste dans l'intestin, ouverture suivie de guérison; il ne faut pas compter sur cette terminaison heureuse mais fort rare.

Traitement (1). — Il est inutile, ce me semble, de discuter les indications de l'intervention dans les kystes du méésentère. Bien que ces kystes soient des tumeurs bénignes, ils exposent la vie du malade, et cela de plusieurs façons. Il faut donc intervenir, et le plus tôt possible, en s'efforçant de devancer la période cachectique.

Trois méthodes sont à la disposition du chirurgien: la ponction, l'incision avec drainage, l'extirpation.

L'extirpation semble à première vue constituer l'opération de choix. Mais elle présente de gros inconvénients, disons plutôt de grands dangers. Elle est souvent longue, force le chirurgien à exercer sur la tumeur des tractions qui réagissent sur le plexus solaire et peuvent amener la syncope, peut être cause du sphacèle de l'intestin par sec-

(1) M. MONGIE (de Bordeaux) a rapporté dans les *Archives de médecine expérimentale* (1896) une curieuse observation de kyste séreux de l'abdomen observé chez une poule. L'ingestion des liquides amenait l'augmentation de volume dans la tumeur. Il suffisait de supprimer l'eau ou d'administrer un purgatif pour que le kyste se réduisit complètement. Peut-être, dit l'auteur, pourrait-on tirer de ces faits des applications thérapeutiques.

tion du méésentère, peut donner lieu, par l'excitation des branches du plexus solaire, à des phénomènes cholériformes. Enfin, il ne faut pas perdre de vue la possibilité d'une hémorragie secondaire au niveau du pédicule.

La statistique de Braquehayé donne, sur 20 cas d'extirpation, 8 morts, soit 40 p. 100 de mortalité. C'est donc une opération grave que l'on doit réserver pour les tumeurs petites, sans adhérences, à pédicule mince. Et même encore il n'est pas démontré que dans ces cas favorables, les manœuvres d'extirpation n'amènent pas les accidents que je viens de signaler.

Restent donc, en définitive, la ponction et l'incision avec drainage.

La ponction simple a donné quelques succès. On lui objecte cependant les récidives, qui s'observent surtout dans les cas de kystes chyleux; et puis, le trocart peut blesser une anse intestinale; il peut aussi blesser un vaisseau. Dans le cas de Delagenière que j'ai déjà signalé, où l'on voyait une veine grosse comme le pouce à la surface du kyste, le trocart aurait amené une hémorragie terrible s'il avait blessé ce vaisseau. D'ailleurs, ce mode de traitement est de plus en plus abandonné dans le traitement des kystes des autres organes. Quant à la ponction suivie de l'injection d'un liquide quelconque, elle est passible des mêmes reproches.

L'incision avec drainage ou marsupialisation a donné d'excellents résultats. D'après Arékion, elle aurait donné, sur 24 malades, 22 guérisons et 2 morts. Braquehayé, ajoutant à cette statistique les cas de Bianchi, de Frenzel, de Quinson, de Villeneuve, de Kœnig et de Goggans, arrive à une proportion de 7 p. 100 environ de mortalité, chiffre bien inférieur à celui de l'extirpation, qui est de 40 p. 100. Ce pourcentage de 7 p. 100 doit même être trop élevé et ne répond certainement pas à la réalité des faits. Voici pourquoi: le chirurgien n'a souvent eu recours à la marsupialisation qu'après avoir tenté de pratiquer l'ablation totale du kyste; il a donc pu déterminer des lésions qu'il aurait évitées par la simple incision et il a prolongé inutilement l'acte opératoire, exposant ainsi le malade à l'infection et au shock.

En résumé, la marsupialisation constitue à l'heure actuelle la méthode de choix dans le traitement des kystes du méésentère, bien qu'elle ne soit pas l'opération idéale et qu'on lui ait reproché d'exposer à l'infection, de guérir moins vite, de ne pas donner toujours une cure radicale, de pouvoir amener de la chylorrhagie (deux observations incontestables), complication qui exerce une influence néfaste sur l'état général des malades.

La technique de la marsupialisation ne présente ici rien de spécial. Après l'ouverture de l'abdomen, on écarte les anses intestinales qui recouvrent le kyste et on vide celui-ci par la ponction en évitant de blesser les vaisseaux, quelquefois volumineux, situés en avant de la

tumeur. Puis on fixe à la plaie abdominale la poche dont on aura réséqué la partie exubérante.

Il serait mieux d'agir de la façon suivante : le kyste une fois vidé serait fixé à la paroi musculo-péritonéale par quelques points de suture au catgut. Mais, ces points seraient placés à une certaine distance du sommet de la tumeur, de façon à laisser une portion de celle-ci en dehors du ventre. Le péritoine étant fermé de toutes parts, et l'incision abdominale diminuée d'étendue, on réséquait la portion exubérante du kyste et il ne resterait plus qu'à fixer à la peau le bord libre de la poche kystique.

Je rappellerai en terminant le procédé que Pierre Delbet (1) a fait connaître en 1896 pour le traitement des kystes hydatiques non suppurés du foie qui ne sont pas susceptibles d'une extirpation totale. Ce procédé peut être applicable à certains kystes du mésentère. Voici comment Delbet l'a décrit à propos d'un cas de kyste hydatique du foie qu'il traita ainsi avec succès. Après l'incision et l'évacuation complète de la poche, on procède au nettoyage de sa cavité; on enlève toutes les vésicules filles et la vésicule mère qui, d'ordinaire, se laissent assez facilement détacher. Reste la membrane adventice, doublée d'une couche plus ou moins épaisse du tissu dans lequel le kyste s'est développé. On en pratique le capitonnage, lorsque l'épaisseur de cette paroi est telle qu'on ne puisse espérer de la voir se rétracter. Puis on suture les lèvres de la plaie kystique, on réduit dans le ventre la poche ainsi suturée et on ferme la plaie abdominale suivant le procédé habituel.

II. — TUMEURS SOLIDES DU MÉSENTÈRE.

On peut rencontrer dans le mésentère des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes. Mais celles-ci, si nous exceptons quelques très rares cas de sarcomes (2), de lymphadénomes, de lymphosarcomes mélaniques primitifs (3), ne sont le plus souvent que des noyaux cancéreux dont la localisation primitive se trouve dans l'intestin ou le testicule; ou bien elles sont le résultat d'une généralisation viscérale. Donc les véritables tumeurs du mésentère, ce sont les tumeurs bénignes, qui sont représentées ici par les lipomes et les fibromes (4).

Lipomes. — Les lipomes du mésentère ont été bien étudiés par Terrillon (5). Ils se développent dans le tissu cellulaire lâche qui

(1) Rapport de M. DUPLAY sur un mémoire de Pierre DELBET (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1896, p. 136).

(2) POTHERAT, Sarcome du mésentère, laparotomie, guérison (*Soc. de chir. de Paris*, t. XXI, 1895, p. 117). — Cauthorn successful removal of a large tumor of the mesentery (*Med. News. Philad.*, 1895, p. 401).

(3) PETIBON, Tumeurs mélaniques du mésentère, thèse de Paris, 1892.

(4) Bien entendu, il n'est pas question dans cette étude de la tuberculose mésentérique, autrement dit du carreau.

(5) TERRILLON, *Soc. de chir. de Paris*, 1886, et *Leçons de clin. chir. Paris*, 1889.

remplit l'intervalle laissé par les deux lames séreuses, au niveau de la colonne vertébrale. Leur volume peut être considérable; ce sont, dit Augagneur, les plus volumineuses tumeurs de l'économie. Dans une observation de Péan, nous trouvons le poids de 20 kilos; celui de 29 dans celle de Terrillon, et de 31 1/2 dans celle de Waldeyer.

Ces lipomes ont une large surface d'implantation et ne présentent presque jamais un pédicule distinct; ils poussent des prolongements dans les interstices cellulaires mésentériques, modifient la situation des intestins qui sont repoussés en avant et sur les parties latérales, et, se dirigeant du côté du bassin, finissent par se confondre avec l'utérus et l'ovaire. Ils se portent aussi du côté du thorax et, dans l'observation de Wigglesworth, nous voyons que la voûte du diaphragme s'élevait jusqu'à la troisième côte. Lorsque ces lipomes atteignent de grandes dimensions, des adhérences s'établissent, soit avec la paroi abdominale, soit avec les organes voisins.

La structure de ces tumeurs est assez variable: elles sont formées tantôt de lipome pur, tantôt et assez souvent de lipome et de myxome. On a trouvé aussi un mélange de lipome et de sarcome; la calcification a été observée, et dans un cas de Péan il fallut scier le centre de la tumeur transformée en une masse pierreuse.

La *symptomatologie* des lipomes du mésentère se confond avec celle des tumeurs abdominales en général, et en particulier avec celle des kystes de la même région. On trouve en effet, comme dans ces derniers, le siège médian, la forme saillante du ventre, la mobilité, la zone de sonorité en avant du néoplasme, la fluctuation même, très nette dans quelques cas. Comme les kystes, les lipomes s'accompagnent aussi d'un mauvais état général. L'ascite n'a été que rarement observée.

Le *pronostic* est ici encore plus sérieux, à cause surtout de la nature de l'intervention qui lui est seule applicable, l'extirpation. Le nombre des cas opérés est restreint. Des 15 malades cités par Terrillon, 8 seulement subirent l'intervention; les résultats furent 6 morts et 2 guérisons. Si, avec Quénu, nous ajoutons les 2 observations de Meredith et de Terrier (1 guérison et 1 mort), nous arrivons au total de 10 opérations avec 7 morts et 3 guérisons. Depuis la publication du travail de Terrillon, on possède d'autres cas de lipomes du mésentère; quelquefois, l'examen histologique n'a pas été fait; d'autres fois il s'agissait de tumeurs mixtes. Le pronostic a toujours été considéré comme sérieux par les auteurs; cependant, Roux et Heurtaux ont obtenu de bons résultats par l'intervention.

La gravité de l'opération tient aux mêmes causes que j'ai signalées en parlant de l'extirpation des kystes: il faut y ajouter le volume des lipomes, qui rend l'acte opératoire plus pénible, qui exige de plus grands délabrements. Dans quelques cas, il fallut réséquer une longue portion d'intestin. Dans le cas de Terrier, le segment réséqué dépassa