

Au bout de quelques jours, le kyste s'accroît de nouveau. Vomissements et douleurs.

Le 24, nouvelle ponction. Évacuation de 2,900 gr. du même liquide. Amélioration passagère. Puis constipation opiniâtre. Aggravation.

Le 11 novembre, ponction avec gros trocart et drainage avec tube en plomb. Évacuation de 3,000 gr. de liquide. Injection de 4 litres de solution phéniquée à 5%.

Le 13, vomissements de matières fécaloïdes.

Le 17, on constate, en introduisant le doigt, que le drain est tombé dans la cavité péritonéale.

Dilatation du trou de ponction et suture du kyste à la paroi abdominale; puis incision du kyste.

Péritonite. Mort le 26 novembre.

*Autopsie.* — Péritonite suppurée, dans la région rénale droite, tumeur rétro-péritonéale, de la grosseur d'une tête d'adulte, sphérique, incluse entre les feuillets du cæcum et du côlon ascendant; ces intestins sont placés au devant de la tumeur. Rein droit repoussé en haut et en dehors. La capacité du kyste est de 1 litre et demi; son contenu est composé de pus et d'hydatides gélatineuses. Le pédicule de la tumeur, long de 3 centimètres, gros comme le doigt, émerge de l'extrémité inférieure de la capsule du rein; le rein lui-même n'est pas altéré.

Rate hypertrophiée.

L'auteur insiste, en terminant son observation, sur la difficulté du diagnostic; il appelle l'attention sur le manque d'adhérences entre la tumeur et la paroi, malgré les ponctions et les drainages successifs. Il estime qu'on aurait remplacé avec avantage le procédé qu'il a suivi par l'incision antiseptique de Volkmann.

OBS. XII. *Échinocoque de la fosse iliaque ou du rein? Opération de Simon avec ligature élastique. Guérison au bout de six mois, maintenue depuis lors, par Kortüm, de Schwerin.*

(In Madelung, *loc. cit.*)

Carl, G., boucher, 37 ans. Comme étiologie, il faut remarquer que le malade en sa qualité de boucher a été en contact jour-

nalier avec des chiens et que pendant ses repas il leur donnait habituellement à manger dans sa main.

En 1871, étant militaire, il fut traité à l'hôpital d'Altona pour des douleurs abdominales du côté droit.

On crut d'abord à un typhus; le sujet affirme pourtant n'avoir eu ni fièvre, ni délire. Comme unique symptôme il accusait des douleurs.

Depuis cette époque, il se plaignit fréquemment de lassitude dans les jambes, surtout dans la jambe droite; cette dernière enflait parfois sous l'influence de fatigues prolongées.

En 1879 il fut traité par Kortüm.

Diagnostic: Échinocoque de la fosse iliaque droite; point de départ indéterminé. Peut-être s'agit-il du rein droit.

Le 6 mai 1879, ponction avec gros trocart. Issue de 500 centimètres cubes de liquide clair, contenant des flocons blanchâtres. L'examen microscopique révèle des scolex et des crochets. Introduction d'un drain. Pansement antiseptique.

Le 13, nouvelle ponction à 3 centimètres de la première. Les deux trous de ponction sont situés à droite sur le milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Après la deuxième ponction, qui avait donné issue à 500 centimètres cubes d'un liquide assez clair, on pratiqua un lavage phéniqué à 2%. Puis on appliqua une ligature élastique entre les deux trous de ponction.

Tous les trois jours on fit des irrigations phéniquées. A dater du mois de juin, les trous de ponction, qui grâce à la ligature élastique sont réunis, sécrètent un pus louable.

Le 3 septembre, la plaie est réduite à un trajet de 6 centimètres de profondeur. Raccourcissement du drain.

Au commencement de novembre, la plaie est cicatrisée, à quelques bourgeons charnus près. Le 20, le malade se promène dans sa chambre.

Reprend ses occupations habituelles au printemps de 1880. Guérison maintenue (décembre 1883).

OBS. XIII. *Carcinome du rein, de la rate ou du pancréas? Laparotomie. On reconnaît qu'il s'agit d'un kyste hydatique du rein. Hémorragie grave pendant la ligature du pédicule. Mort au bout de 3 heures, par Hinckeldeyn, de Lubeck.*

(In Madelung, *loc. cit.*)

Catherine B., 42 ans. Antécédents: Rougeole dans l'enfance. A 18 ans, fièvre typhoïde. 9 couches: 7 enfants vivants; ont tous été allaités par la mère. Dernière couche en juin 1877. Époques irrégulières.

A dater de son dernier accouchement, la malade ressentit dans l'abdomen des douleurs vagues, qui se localisèrent bientôt dans le flanc gauche avec irradiation dans la région rénale.

En novembre 1878, elle s'aperçut pour la première fois de la présence d'une tumeur située sous les fausses côtes gauches.

Trois mois plus tard, la tumeur, grosse d'abord comme une noix, avait notablement augmenté de volume. En même temps la malade perdit l'appétit et maigrit à vue d'œil; après diverses médications demeurées sans effet, elle se fit admettre à la maison de santé de Lubeck.

État actuel le 23 novembre 1879. Facies exprimant la souffrance. Anémie profonde. Sous le rebord des fausses côtes gauches, on constate une tumeur arrondie, bien délimitée. La palpation faite sous le sommeil chloroformique, à cause des douleurs intenses ressenties par M<sup>me</sup> B., permit d'établir les faits suivants: tumeur grosse comme une tête d'enfant, très dure, non adhérente à la paroi abdominale, à surface lisse; elle se laisse facilement circonscrire en bas et sur les côtés et peut être poursuivie à une certaine distance sous les côtes.

Pendant l'inspiration, elle se déplace visiblement vers en bas; la pression d'avant en arrière permet de la refouler jusque dans la région lombaire.

Percussion mate, se confond avec la matité de la rate et s'étend le long de la ligne axillaire jusqu'au bord inférieur de la dixième côte. On ne fait pas de ponction exploratrice. L'examen des autres organes est normal, l'utérus y compris. Urine jaune claire, légèrement trouble, acide, riche en albu-

mine, densité = 1,020; rien microscopiquement. Émission moyenne en 24 heures = 900 centimètres cubes. Poids du corps = 42,5 kilogr.

Sur le refus du médecin de l'opérer séance tenante, elle quitte l'hôpital pour y rentrer bientôt après (22 janvier 1880).

La tumeur s'est développée dans le sens de la longueur; elle tend également à se rapprocher de la ligne médiane.

Diagnostic: carcinome probable du rein; on fait toutefois des réserves quant au siège de la tumeur, qui pourrait provenir également de la rate, du péritoine ou du pancréas.

Les douleurs intenses de la malade et son grand désir d'être opérée poussent H. à tenter l'opération.

*Laparotomie le 27 janvier 1880.* — Section de la ligne blanche à partir de 3 centimètres au-dessus de l'ombilic jusqu'à la symphyse pubienne. Le péritoine incisé, on put libérer les adhérences antérieures de la tumeur. Les difficultés furent grandes pour la libérer dans la profondeur. Ligature de plusieurs gros vaisseaux. Après ces manœuvres, le chirurgien arrive à dégager la tumeur et à isoler son pédicule. Il constate qu'il provient du rein gauche, et tente de le lier. Pendant les efforts de traction, nécessité pour l'attirer en avant, une terrible hémorragie se produit. Après s'en être rendu maître, au prix des plus grands efforts (compression et ligature), on peut extirper la tumeur. Par précaution le pédicule est lié une deuxième fois, à l'aide de fils de catgut. Toilette du péritoine. Réunion de la paroi abdominale. Durée de l'opération, deux heures.

Mort, trois heures après.

*Autopsie.* — La ligature de l'artère rénale est placée contre l'aorte: pas d'hémorragie consécutive. Tous les organes sont profondément anémiés.

Le diagnostic anatomique de la tumeur, fait par le professeur Heelsen, de Rostock, fut le suivant:

Kyste à échinocoque du rein gauche, avec vésicules filles de la grosseur d'un œuf de pigeon à un œuf de poule. Le kyste s'est développé dans la substance médullaire du rein.

Hypertrophie très marquée du rein. Hypertrophie légère du rein droit. Plaque athéromateuse sur l'aorte, à la naissance de l'artère rénale gauche. Déchirure de l'artère rénale à ce niveau. Hémorragie sous la tunique adventice de l'aorte à ce même endroit.

La durée de l'affection est intéressante à noter, ajoute l'auteur. Son début doit remonter à l'année 1877, à l'époque où la malade ressentit les premières douleurs. On n'en constata la présence qu'en novembre 1878. Comme symptômes notons l'albuminurie et les douleurs intolérables, si rares en pareil cas.

L'opération certes était indiquée et elle eût assurément été couronnée de succès, n'était la dégénérescence athéromateuse de l'aorte, au niveau de l'origine de l'artère rénale gauche, qui, en favorisant l'hémorragie, a entraîné la mort de l'opérée.

Obs. XIV. *Kyste hydatique suppuré du rein droit. Néphrotomie latérale. Guérison*, par Péan.

(*Leç. de clin. chir. prof. à l'hôpital Saint-Louis*, t. IV. Paris, Alcan, 1886 et A. Brodeur, *loc. cit.*)

Garçon boucher, 17 ans, vient consulter M. Péan pour une tumeur située dans le flanc droit, dont il s'est aperçu il y a dix-huit mois. Le début de l'affection a été marqué par de légères douleurs dans la région lombaire droite. Le malade sentit à cette époque une grosseur logée sous le rebord des fausses côtes. Développement lent, pas de douleurs appréciables.

Depuis quelques mois, fièvre et frissons. Amaigrissement; perte de l'appétit. Urines normales.

M. Péan constate dans le flanc droit une tumeur faisant saillie en avant et en arrière; elle est douloureuse à la pression, légèrement fluctuante. Elle remonte au-dessus du foie, auquel elle est, paraît-il, accolée, descend dans la fosse iliaque droite et dépasse la ligne médiane au niveau de l'ombilic.

La partie la plus saillante de la tumeur se trouve sur une ligne verticale, tombant perpendiculairement sur l'épine iliaque antéro-supérieure. A ce niveau il existe de la matité, qui est séparée de celle du foie par une zone sonore de deux à trois

travers de doigt. Les urines ne renferment ni sang, ni pus, ni albumine, ni sucre.

En raison de la conformation de la tumeur, de la saillie qu'elle forme en arrière, en raison de l'absence de véritables coliques néphrétiques, d'hématurie ou de pyurie, et vu la profession du malade, nous diagnostiquons un kyste hydatique suppuré du rein droit. Nous conseillons l'opération, qui est faite le 16 juillet 1881.

Incision sur la partie la plus saillante de la tumeur, c'est-à-dire, incision verticale allant des fausses côtes à l'épine iliaque antéro-supérieure. Ponction du kyste et issue de 2 1/2 litres de pus mélangé d'hydatides. On constate que la poche kystique dépend du rein droit.

Excision d'une grande partie de cette poche et suture du reste à la peau. Deux gros drains. Durée = 25 minutes. Suites très heureuses. Lavages phéniqués à 1%. Au bout de trois mois, on supprime les tubes.

Guérison après quatre mois. Santé parfaite. Jamais il n'était sorti d'urine par la fistule abdominale.

Obs. XV. *Kyste hydatique du rein gauche, reconnu grâce à l'expulsion d'hydatides par les urines. Néphrotomie latérale. Guérison au bout de deux mois*, par Madelung (*loc. cit.*), recueillie par Meyersohn, de Schwerin.

Élise B., 50 ans. La malade dit avoir fréquemment mangé dans l'assiette de ses chiens. Depuis quatorze à seize ans, elle remarque dans l'hypocondre gauche une tumeur; grosse comme un œuf d'oie au début, elle a grossi insensiblement depuis lors, sans occasionner le moindre symptôme. Pour la première fois, il y a un an, la malade ressentit soudain, et sans cause appréciable, de violentes douleurs dans le côté gauche du ventre. Au bout de quelques heures le calme était revenu; mais à partir de cette époque Élise B. ressentit de temps à autre une douleur sourde dans ce même côté, douleur qui suivait le trajet de l'uretère.

Depuis quinze jours, expulsion d'hydatides par les urines, sans trouble autre.

Elle entre à la clinique de Rostock le 30 novembre 1884. La patiente est maigre, mais bien portante en apparence. La moitié gauche de l'abdomen est occupée par une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, remplissant l'espace compris entre la symphyse et les côtes. Elle dépasse la ligne médiane de trois travers de doigt et fait saillie en avant sous les téguments.

Les intestins sont situés au-devant de la tumeur. Pour peu qu'on irrite la peau du ventre, on constate très nettement les mouvements péristaltiques. Fluctuation manifeste. Mouvements de latéralité bien évidents. Les contractions du diaphragme sont sans influence sur la position du néoplasme. On peut délimiter la rate par la percussion; la matité hépatique est amoindrie.

La tumeur est indépendante des organes génitaux, avec lesquels elle n'affecte pas le moindre rapport.

Émission de l'urine = 500 à 700 centimètres cubes en 24 heures. Réaction acide. L'examen microscopique y révèle des scolex et des crochets en abondance.

*Opération le 30 novembre 1884.* — Incision de 6 centimètres sur le prolongement de la ligne axillaire gauche, au niveau du flanc gauche. L'enveloppe du kyste est extra-péritonéale. On la crève à l'aide d'une pince à pansement. Issue d'un liquide renfermant des vésicules hydatiques. Suture du kyste à la peau. Le kyste contient la valeur d'un seau ordinaire de liquide. Le rein n'est pas atteint. Contre-ouverture en arrière, à travers le carré des lombes. Deux drains volumineux sont placés dans la poche kystique.

Pansement avec sachets de tourbe et d'iodoforme. Dans le courant de la journée, émission de 900 centimètres cubes d'urine, contenant des vésicules hydatiques. Les suites de l'opération furent satisfaisantes. Pendant le premier septénaire la température oscilla entre 38,5 et 39°.

L'urine émise fut de 8 à 900 centimètres cubes par jour.

Pendant plus de huit jours on constata des échinocoques dans l'urine.

Du 24 décembre au 2 janvier, on retira par lambeaux la vésicule-mère, qui était en partie crétiée.

Le 31 janvier guérison.

L'auteur ne put déterminer si les fonctions du rein gauche furent annihilées par la présence du kyste.

OBS. XVI. *Kyste hydatique du rein gauche, pris d'abord pour un kyste ovarique, un carcinome de la rate ou une tumeur du foie? Néphrotomie antérieure. Guérison*, par Heussner. (*Ueber einige Fälle von Echinococcus in Deutsch. med. Woch.*, 1884, p. 49.)

Femme de 46 ans, porte depuis deux ans et demi, dans le flanc gauche et jusque vers l'ombilic, une tumeur abdominale, qui s'est développée lentement. Outre un amaigrissement notable et une déperdition des forces, pas de symptômes; gêne occasionnée par le poids de la tumeur. Pus dans l'urine.

Diagnostic: kyste ovarique, carcinome de la rate. Tous les médecins appelés déconseillent l'opération.

À l'entrée de la malade dans le service de Heussner, on constate une tumeur grosse comme une tête d'adulte, non mobile, d'une fluctuation obscure, qui repousse les fausses côtes gauches en dehors, l'utérus en bas et en arrière et le gros intestin en avant vers la paroi.

Diagnostic. Dans les kystes ovariques le gros intestin est d'habitude recouvert par la tumeur; l'hypertrophie du lobe gauche du foie et celle de la rate ne se rencontrent pas dans la région ombilicale; de plus, le côlon est refoulé vers en bas dans ces affections. Par contre, les tumeurs rénales repoussent l'intestin en avant, en dédoublant les feuilletts du mésocôlon; dans le cas spécial il en était ainsi; de plus, le pus contenu dans l'urine militait également en faveur d'une tumeur du rein.

Était-ce une hydronéphrose ou un échinocoque du rein? La ponction seule pouvait lever les doutes. Dans l'hydronéphrose le liquide contient la plupart du temps de la paralbumine, de la métalbumine, des mucosités, des sels urinaires. Le liquide hydatique ne renferme pas d'ordinaire d'albumine, mais de l'acide succinique et des crochets détachés. Ces derniers, toutefois, peuvent faire défaut lorsque le parasite est stérile et jeune; de plus, ils peuvent ne pas être expulsés, lorsque la ponction n'a pas été faite au point le plus déclive de la tumeur.

Chez la malade de Heussner, la ponction évacue un liquide clair, non albumineux, ne sentant pas l'urine et ne renfermant pas de crochets. La réaction de l'acide succinique ne put être faite à cause de la petite quantité de liquide.

Malgré l'absence de crochets, on s'arrêta à l'idée d'un kyste hydatique du rein.

Le 16 septembre, laparotomie au point le plus saillant de la tumeur. Incision de la poche et suture à la paroi. On vit alors le gros intestin, à l'angle inférieur de la plaie, avec son mésocolon, qui coiffait la tumeur. Il renfermait plusieurs gros vaisseaux, qui auraient pu, pendant la ponction, donner lieu à une hémorragie interne.

Au fond de la poche, on sentit le rein gauche, d'où partait sans nul doute le kyste.

Cette poche avait un demi-centimètre d'épaisseur. Plusieurs litres de liquide s'en échappent, plus une seule grande membrane-mère, dont la paroi interne est recouverte d'une couche de têtes de ténias.

Apyrexie complète. Aujourd'hui (il n'est pas dit après combien de temps) il n'y a plus qu'une petite fistule.

L'auteur ajoute que, grâce au Lister, on arrive très facilement au but aujourd'hui, que l'on opère en un seul temps ou en deux temps.

Le point le plus délicat est la question de la ponction exploratrice, qui peut à la rigueur être suivie d'accidents, mais dont la nécessité s'impose, la plupart du temps, pour établir le diagnostic.

OBS. XVII. *Kyste hydatique du rein gauche. Hydatides dans les urines. Néphrotomie lombaire. Guérison avec persistance d'une fistule urinaire lombaire*<sup>1</sup>, par M. Péan.

(In Brodeur, Thèse citée.)

H., 28 ans. Pas d'antécédents à noter. Tumeur assez volumineuse du flanc gauche, depuis l'âge de 23 ans. Au début,

1. L'auteur ajoute : Au 15 août 1886 la fistule était complètement guérie, ainsi que nous l'a fait savoir le docteur Dupouy.

pas de douleurs. H. fit trois ans de service militaire, après avoir eu une hématurie passagère.

Depuis quatre semaines, douleurs lombaires sourdes, puis très intenses, partant du rein gauche et s'irradiant le long de l'uretère, jusqu'au testicule correspondant. Depuis lors, le malade rend *des peaux* en urinant.

Il consulte M. Péan, le 21 mai 1886.

La tumeur fait saillie en avant; elle s'étend sur les côtés, depuis les fausses côtes gauches jusque dans la fosse iliaque. Elle est mate. Les intestins ne sont pas placés en devant d'elle, mais paraissent refoulés à droite. Le malade rend en urinant de petits corps, de volume variant entre celui d'une tête d'épingle à celui d'un haricot. Ils se montrent dans les urines, surtout après de violentes coliques néphrétiques, arrachant des cris au malade. L'examen du sédiment y décèle de crochets d'échinocoques et même des couronnes entières de crochets.

En présence de l'état d'amaigrissement assez avancé du malade, des crises douloureuses qui se répètent fréquemment, surtout depuis quelques jours, M. Péan conseille l'opération, qui est acceptée immédiatement.

*Néphrotomie lombaire, le 31 mai 1886.* — Incision verticale le long du bord externe de la masse sacro-lombaire. Arrivé sur la poche, ponction de cette dernière avec le bistouri. Écoulement d'un liquide clair comme de l'eau de roche (1 $\frac{1}{2}$  litre), avec multitude d'hydatides.

Suture des bords du kyste, épais de 1 à 2 centimètres à la peau. Lavages phéniqués.

Suture des extrémités de la plaie lombaire, de manière qu'il ne reste plus au centre de la plaie qu'un orifice qui fait communiquer la cavité kystique avec l'extérieur.

Deux gros drains. Pansement iodoformé.

Tout va bien jusqu'au quinzième jour; à partir de là, il s'établit un écoulement de liquide urinaire par le trajet fistuleux; la quantité d'urine rendue par la vessie est égale à celle rendue par la fistule.

Le 25, le malade part en convalescence. État général satisfaisant. Les urines ne contiennent plus d'hydatides; d'ailleurs,