

depuis l'opération, le malade n'en a jamais rendu par l'urèthre. Fistule urinaire depuis le 1^{er} juillet. Guérison définitive depuis lors.

OBS. XVIII. *Énorme kyste hydatique du rein, reconnu au cours de la laparotomie. Ouverture et suture du kyste à la paroi. Guérison*, par M. Bouilly.

(*Gazette des hôpitaux*, 1886, n° 146.)

H. de 39 ans, de bonne apparence, quoique un peu pâle et amaigri, m'a été adressé, il y a quinze jours, par M. Brouardel, pour une tumeur kystique de l'abdomen.

En 1870 ou 1871 il s'est aperçu d'une grosseur dans la région gauche du ventre, grosseur qui n'était pas alors assez considérable pour le préoccuper sérieusement. En 1874, la tumeur ayant pris un certain accroissement, il consulta M. Péan, qui pratiqua une ponction. Celle-ci donna issue à 4 litres environ d'un liquide dont tous les caractères lui permirent de diagnostiquer sûrement un kyste hydatique de l'abdomen. Cependant, la localisation exacte de la tumeur resta difficile à déterminer.

Quelque temps après, le liquide commençait à se reproduire et la tumeur peu à peu augmentait de volume, si bien qu'en 1879, le malade, inquiet de l'intumescence du ventre, consulta de nouveau, et de nouveau aussi fut ponctionné, mais à blanc cette fois; le trocart ne faisant sortir aucun liquide, l'on supposa que la tumeur transformée s'était peu à peu solidifiée. Cet homme resta ainsi pendant quatre nouvelles années, c'est-à-dire jusqu'en 1883, époque à laquelle une troisième ponction fut pratiquée; mais quelques gouttes seulement d'un liquide séro-purulent s'écoulèrent.

Enfin, de 1884 jusqu'en ces derniers jours, les choses restèrent à peu près en l'état, si ce n'est que le ventre augmenta considérablement de volume, déterminant par suite une gêne plus grande, des troubles digestifs et notamment des vomissements après les repas, une respiration difficile, une certaine faiblesse générale, tous symptômes malgré lesquels cet homme, doué d'un certain courage, put continuer à s'occuper des affaires de sa librairie.

C'est dans ces conditions que M. Brouardel me l'envoya, il y a quinze jours, et voici le résultat de l'examen que j'ai pu faire: Homme de bonne apparence, un peu amaigri, pâle, mais nullement cachectique, un peu oppressé. Saillie de toute la région épigastrique et de l'hypocondre gauche, produite par une tumeur bombée, hémisphérique; fausses côtes soulevées du côté gauche, distancées de la région lombaire du même côté; déjettement en avant de l'appendice xiphoïde. Lorsqu'on palpe la tumeur par la partie supérieure, on la sent s'enfoncer sous les fausses côtes et l'appendice xiphoïde, tandis qu'en bas elle est facile à délimiter jusqu'au niveau de l'ombilic, et que latéralement elle dépasse, à droite, la ligne médiane d'un travers de main environ; enfin, à gauche, descendant un peu plus bas, elle va se perdre dans la région lombaire.

Percussion: Sonorité intestinale normale au-dessous de la tumeur, ainsi que dans le flanc gauche; du côté du foie, la percussion montre que cet organe occupe sa situation ordinaire, qu'il n'est ni remonté, ni plus volumineux que d'habitude. D'où il nous est permis de conclure vraisemblablement que la tumeur n'a aucun rapport avec l'organe hépatique ou du moins avec son lobe droit. À gauche, la matité remonte jusqu'à deux travers de doigt du mamelon. Enfin, la fluctuation est très nette dans toute l'étendue de la tumeur.

En résumé, le diagnostic était facile; d'ailleurs, une ponction antérieure l'avait déjà établi; la seule question difficile était de déterminer le siège précis de la tumeur.

Tout d'abord, la zone de sonorité existant entre le foie et la tumeur, la situation de celle-ci à gauche et la conservation du volume de l'organe hépatique nous permettaient d'exclure le foie. Fallait-il songer à la rate? L'évolution de la tumeur n'était pas celle des tumeurs de cet organe, qui se développent surtout vers l'hypocondre et la fosse iliaque gauche, beaucoup plus que vers l'épigastre, et, de plus, nous ne constatons aucun phénomène de compression de la veine-porte, aucune ascite.

Je n'ai pas songé au rein, je l'avoue, en raison du siège de la tumeur, et surtout de l'absence de troubles urinaires depuis le début de la maladie. De sorte, qu'en somme, j'en arrivai au

diagnostic de kyste hydatique développé en plein dans la cavité péritonéale, diagnostic qui me fut incité aussi par le souvenir d'une observation analogue de kyste intrapéritonéal et qui fut complètement vérifié par l'opération.

Bref, le diagnostic fixé, l'opération à pratiquer était la laparotomie, ainsi que M. Brouardel en avait émis aussi l'avis; le malade, d'ailleurs, désirait vivement être opéré.

Elle a été pratiquée hier. Bien que la tumeur eût surtout son siège à gauche, elle faisait un relief assez considérable au milieu de l'abdomen et même un peu du côté droit, pour que je fisse la laparotomie médiane. Je pratiquai donc une incision couche par couche, sur la ligne médiane, incision étendue de l'appendice xiphoïde à l'ombilic; j'ouvris ensuite le péritoine, et alors m'apparut une tumeur énorme, libre, d'un aspect blanc nacré; ceci était déjà une première surprise; mais, lorsque avec la main je cherchai à isoler la tumeur, je pus la circonscrire aisément en haut sur les parties latérales droite et gauche, sans rencontrer d'adhérences avec la paroi abdominale. De plus, elle était recouverte d'un feuillet péritonéal, de sorte que nous avions affaire en réalité à une tumeur rétro-péritonéale. Par contre, à la partie inférieure, à droite et à gauche, elle avait contracté des adhérences très solides avec le péritoine et l'intestin.

Aussi fallait-il renoncer à toute énucléation, pour songer seulement à ouvrir la tumeur et à en réséquer la plus grande partie possible, après avoir fait adhérer la poche à la paroi abdominale pour en faciliter la suppuration.

Je pratiquai donc immédiatement une première ponction avec un petit trocart, mais je n'obtins qu'un peu de pus, ce que voyant, je me servis d'un trocart plus gros, et, grâce à l'aspiration, il s'écoula 1 $\frac{1}{2}$ litre environ de pus, après quoi l'évacuation s'arrêta. J'attirai alors la poche à l'extérieur, et fixant avec soin le kyste à la paroi abdominale, de façon à préserver le plus complètement possible la cavité péritonéale de toute pénétration de liquide, j'ouvris largement la tumeur. Immédiatement un flot de liquide purulent s'échappa avec une quantité innombrable d'hydatides suppurées de toutes dimensions, voire même jusqu'au volume du poing, pour quelques-

unes. Mais, autre surprise, au cours de mon incision je coupai une portion de tissu d'apparence charnue, musculaire, de teinte violacée, lie-de-vin, comme un muscle fortement congestionné, qui saigna abondamment. Ce n'était autre qu'une portion du tissu rénal, d'où mon diagnostic se trouvait infirmé et remplacé par celui de kyste hydatique du rein gauche. Une fois l'évacuation de la poche terminée, j'en fis le nettoyage complet, après en avoir réséqué la plus grande partie possible, puis pansement. Deux tubes de caoutchouc et gaze iodoformée dans la poche. Cellulose au sublimé à la surface et bandage de corps.

Durée de l'opération, une heure et demie.

Dans la soirée, le malade va aussi bien que possible. Ce matin, à 8 heures, temp. 37°; nuit calme; une petite hémorragie a eu lieu par le tissu rénal.

En résumé, nous avons eu affaire à un de ces kystes hydatiques du rein d'un volume inconnu, mais qui s'explique par la date reculée du début (quinze à seize ans). La tumeur s'était développée par la partie supérieure de l'organe rénal, dont la substance s'est laissée distendre peu à peu, sans cependant en arriver au point d'envelopper complètement celle-ci. — (Ici s'arrête l'observation de M. Bouilly.)

Je dois à l'obligeance de notre sympathique collègue les renseignements suivants sur les suites de son opération:

« Le malade a été tout à fait apyrétique depuis l'intervention. Il s'est levé le vingtième jour et est sorti au bout de six semaines. Aujourd'hui il est presque complètement guéri. La cavité s'est rétrécie et a bourgeonné très rapidement. Elle admet maintenant une simple mèche de coton et n'a plus que 3 centimètres de profondeur, alors que le tube du début avait 22 centimètres de longueur. Jamais de retentissement péritonéal. C'est un succès complet et rapide. »

OBS. XIX. *Zur Kasuistik des Echinococcus im Menschen*, par Fick. (Richmond, colonie du Cap.)

(*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd. XXIV, p. 355, et *Centralbl. f. Chir.*, 1886, n° 52.)

Il s'agit dans cette observation d'un sujet vigoureux, âgé de 29 ans, atteint d'une volumineuse tumeur abdominale. Elle est

située dans l'hypocondre gauche et s'étend en dedans jusqu'à la ligne blanche, et en bas jusqu'à l'ombilic; en haut elle atteint la sixième côte. Douleurs abdominales, dyspnée, amaigrissement.

Opération, le 27 novembre 1884. — Incision de 8 centimètres oblique de dedans en dehors, sur le bord externe du muscle droit de l'abdomen. Cette première incision met la rate à nu et ne donne pas de jour suffisant. On pratique une deuxième incision perpendiculaire à la première, qui s'étend jusque vers la ligne blanche. L'épiploon fait hernie à ce moment; on le maintient réduit. Le kyste est alors attiré au dehors, suturé à la peau et incisé sur une étendue de 2 à 3 centimètres. On y pratique des lavages! (lesquels?) Contre-ouverture entre la dixième et la onzième côte. Drainage de la cavité kystique.

Suppuration prolongée; évacuation de vésicules filles pendant quatre semaines; fièvre pendant toute cette période. Amélioration lente.

Fistule persistante; en septembre 1885 cautérisation de la fistule; le côlon, qui borde le kyste, est entamé par le chlorure de zinc et donne lieu à la formation d'une fistule stercorale. Cette dernière s'oblitére spontanément.

Guérison définitive dans le courant de janvier 1886.

(Le siège de la tumeur eût été intéressant à connaître; malheureusement l'auteur n'y insiste en aucune façon. D'après la description, il est probable qu'on avait affaire à un kyste rétropéritonéal et, selon toute probabilité, à un kyste du rein ou du tissu périméal. En précisant le siège exact de la tumeur, on aurait peut-être pu tenter son énucléation totale! — Note de la rédaction du *Centralblatt*.)

OBS. XX. *Kyste hydatique du rein pris d'abord pour un kyste de l'ovaire. Laparotomie et néphrectomie. Mort au bout de quarante-huit heures*, par le docteur P. Vogt.

(*Casuistische Beiträge zur Nierenchirurgie*, in *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd. XXIV, 1886, S. 549.)

Ernestine Küttner, 51 ans, ouvrière; entrée à la clinique de Leipzig, le 7 juillet 1885, morte le 16 juillet 1885.

Antécédents: Pneumonie, fièvre typhoïde; huit couches. L'avant-dernière couche a nécessité la version, puis la céphalotripsie. Dernière couche, il y a sept ans et demi.

Depuis un an la malade constate la présence d'une tumeur abdominale, mobile et située à droite.

A la suite d'une chute, à Pâques 1885, la tumeur augmente de volume. Depuis peu de temps la malade ressent de violentes douleurs dans l'abdomen.

État actuel: Femme de taille moyenne, de constitution médiocre. Peau légèrement ictérique.

Abdomen saillant à droite; téguments abdominaux dépressibles; veines dilatées à leur surface. Circonférence du ventre au niveau de l'ombilic = 82 centimètres.

La palpation révèle l'existence d'une tumeur grosse comme une tête d'enfant, lisse, mobile, recouverte par des anses intestinales.

Le côlon transverse s'étend obliquement sur la tumeur, comme on le constate aisément lorsque l'intestin est à l'état de réplétion. En faisant changer de position à la malade, on peut déplacer la tumeur jusque vers la ligne médiane.

La percussion donne un son tympanitique; la partie correspondante à la tumeur, c'est-à-dire l'hypocondre droit seul, est mate; la région lombaire droite est normale.

Toucher vaginal: Utérus hypertrophié, rétrofléchi. Ovaire gauche palpable; l'ovaire droit semble absent; on constate à sa place des brides, qui paraissent être en connexion avec le néoplasme. On peut abaisser ce dernier et le sentir alors dans le paramètre droit.

L'urine est normale; ni sang, ni albumine.

Opération, le 14 juillet, avec toutes les précautions anti-septiques.

Incision de la ligne blanche, commençant un peu au-dessus de l'ombilic et s'étendant jusqu'à la symphyse. La main introduite dans l'abdomen permet de constater que la tumeur est rétropéritonéale, que le côlon est situé au-devant d'elle et qu'il paraît y adhérer plus que la palpation externe ne l'avait fait supposer.

Pour se donner du jour, on fend la paroi abdominale transversalement.

Les intestins réclinés, on découvre que le siège de la tumeur n'est autre que le rein droit.

Incision du péritoine postérieur et dégagement de la tumeur, après quelques ligatures en masse perdues.

Dans la profondeur on blesse une veinule tout près de son embouchure dans la veine-cave.

Hémorragie abondante. On arrive à saisir cette veinule et à la lier.

Ligature et section de l'uretère vers le milieu de son trajet. Ligature du pédicule rénal avec perte de sang minime. Extraction de la tumeur. Toilette du péritoine. Suture de l'abdomen. Pansement antiseptique.

Mort, le 16, de collapsus.

Autopsie. — Abdomen non météorisé; à l'ouverture du corps, pas trace de péritonite. Les intestins sont rétractés, lisses, pâles. Estomac dilaté.

Le rein droit avec le feuillet péritonéal correspondant fait défaut. A sa place on trouve des caillots noirâtres, qui ne présentent pas trace d'altération.

Dans les tissus voisins, pas trace de réaction inflammatoire, ni d'épanchement sanguin.

La partie latérale de la veine-cave inférieure montre au niveau de l'embouchure de la veine rénale droite, ou mieux, à 7 millimètres plus bas, une ligature bien solidement fixée. Il n'y a pas de thrombus dans ces vaisseaux.

Le rein gauche est sain, sa substance est ferme et congestionnée; la substance médullaire est rouge-bleuâtre; la substance corticale, rouge-brun.

Ventricules du cœur dilatés; atrophie de la substance musculaire.

Examen de la tumeur : La partie inféro-externe du rein est le siège d'un kyste fluctuant, gros comme une tête d'enfant. L'incision du kyste évacue un liquide clair comme de l'eau, une membrane d'échinocoque de la dimension d'une petite pomme et une quantité de vésicules hydatiques plus petites.

Le kyste émerge de la substance corticale, qui offre en cet endroit une dépression de 1 à 1½ centimètre. La paroi du kyste offre une épaisseur, qui varie suivant les endroits, de 1½ à 6 millimètres.

Sauf la partie déprimée, le rein paraît normal. La longueur du rein, conservé dans l'alcool, est de 11 centimètres; sa plus grande largeur, de 6 centimètres.

L'examen microscopique, pratiqué *au niveau du point où le kyste pénètre dans le rein*, dénote que ce que microscopiquement on avait considéré comme étant la paroi propre du kyste est en majeure partie constitué par du tissu rénal.

Le parenchyme rénal est fortement comprimé en cet endroit, mais peu atrophie; les glomérules notamment sont normaux.

Le tissu cellulaire intercanaliculaire se continue sans ligne de démarcation avec le tissu cellulaire du kyste adventice.

Le rein est d'ailleurs absolument normal dans les différentes parties qui le constituent.



BIBLIOTECA

1000414