Contribution à l'étude des grands kystes séreux du rein

Jules Simon

LU AVEC LIREGRATUITEMENT.COM

Livre libre de droits, lisible gratuitement en ligne et en quinze minutes par jour.

INTRODUCTION

Avant d'entreprendre ce travail il nous reste une dette de reconnaissance à acquiller : Arrivé au terme de nos études médi-. cales, nous sommes heureux de remercier ici ceux qui furent nos premiers maîtres à l'école de médecine d'Angers : MM. Legludic, Boquel, Brin, Cocard, Jagot, Mareau, Martin, Monprofit, Papin, Tesson, Thibault.

M. Brin, professeur à l'école de médecine, chirurgien de l''Hôtel- Dieu, nous a fourni le sujet de cette thèse, qu'il soit assuré de notre profonde reconnaissance.

A Paris, nous avons gardé un excellent souvenir des leçons de M. Maygrier, accoucheur de la Charité, et de M. le Professeur Guyon.

Nous remercions vivement M. Papin, interne des hôpitaux, pour les conseils et les renseignements qu'il nous a donnés.

M. le Professeur Guyon nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui en exprimons toute notre gratitude.

Les grands kystes séreux du rein sont une affection rare dont nous n'avons pu réunir que 52 observations.

C'est une lésion assez mal connue surtout au point de vue pathogénique. Les documents précis sont peu nombreux, beaucoup d'observations sont incomplètes surtout au point de vue de l'anatomie pathologique.

Il existe plusieurs autres sortes de kystes rénaux : les kystes Simon {

re +

RES dE RS s es à L # 8 (+ + A te , , ; SL

hydatiques, les kystes hématiques, le rein polykystique, il faut _y ajouter celte affection curieuse : les kystes pararénaux, enfin certaines formes d'hydronéphroses. Les kystes hydatiques et les

kystes hématiques sont facilement isolables, il n'en est pas de

même du rein polykystique et des kystes pararénaux : beaucoup d'observations sont si peu précises que certains auteurs les ont

classées parmi les reins polykystiques ou les kystes pararénaux,

d'autres parmi les kystes séreux. — Nous ne retiendrons ici que

les observations non douteuses de grand kyste séreux et en nous

appuyant sur 52 cas nous essaierons de tracer un tableau d'ensemble de l'anatomie pathologique et des symptômes de cette affec-

tion. Nous rapporterons les diverses théories pathogéuiques que nous ne pouvons soumettre à une critique sérieuse faute de docament : enfin nous exposerons les indications et le manuel opératoire du traitement qui nous semble devoir être admis aujourd'hui.

Pa ' =

LE

Le

ÉX

nr

dr TR AR T4 " Soi LL ou LE. LCA Ÿ Re PE PR REA ST NC RS te Ve

3 ETIOLOGIE

- L’étiologie de celte affection est des plus obscure, on ne sait rien d'exact sur les causes et l’origine des ces kystes. Ce qu’il y a de certain c’est qu'ils sont très rares. Israël n’a trouvé qu’un seul cas de kyste séreux sur 297 cas d'alfections chirurgicales des reins. Pendant une pratique de 30 ans, pas un seul kyste séreux sur 415 cas de chirurgie rénale (Wyss, Zwei Decennien Nieren. Chirurgie, Vorbemerkung von Prof. D' Kronlein. Beitr. z. Klin. Chur. Tübingen, 1901, heft, [, p. 1). Et depuis Pannée 1860 en parcourant les différentes revues médicales, nous n'avons pu en découvrir que 52 cas. L'âge ne paraît pas avoir une grande influence sur la genèse de cette maladie. Cependant Le kyste semble être une affection de l’âge adulte ; de 20 à 45 ans, dit Albarran. Voici ce que notre statistique nous donne, sur 52 cas : au-dessous de 20 ans, 7 cas ; entre 20 et 30 ans, 3 cas ; entre 30 et 40 ans, 10 cas ; entre 40 et 50 ans, 3 cas ; au-dessus de 50 ans, 17 cas.

On voit par cet exposé que bien que lon trouva quelques cas de kystes séreux dans le jeune âge, celte affection a une prédilection marquée poûr l'âge adulte et Ja vieillesse ; et c'est entre 30 et 50 que le terrain semble le plus favorable.

Le sexe féminin paraît plus fréquemment atteint que le sexe

-_ masculin. Brackel, sur 21cas, trouve 14femmes. Albarran 13hom- _ mes el 10 femmes. De notre côté nous remarquons que le nom-

bre des femmes atteintes est presque le double de celui des hommes. Nous avons relevé 31 cas de kystes chez la femme, et 18 seu-

nt chez l'homme.

Il est possible qu'il y ait quelques rapports entre certaines maladies générales de l'organisme et la production des kystes séreux du rein ; mais nous n'avons rien relevé de précis à ce sujel. Terrier conseille d'étudier le rein au point de vue de la néphrite interstitielle ; or nous avons vu que le plussouvent le tissu du rein était normal sauf une légère bande du parenchyme joignant le kyste, lequel était atteint de sclérose par compression. Cependant il faut noter que plusieurs fois dans les antécédents du malade nous avons remarqué des fièvres éruptives antérieures. Il n'y aurait rien de surprenant à ce que ces maladies qui offrent une prédilection marquée pour le rein, jouent un rôle dans l'étiologie des kystes séreux. La dysenterie, la péritonite, la fièvretyphoïde, la pneumonie, lalithiane biliairecoïncident parfois également avec des kystes séreux. Mais aucune de ces maladies ne se répèle assez souvent pour permettre d'y voir autre chose qu'une simple coïncidence. Cependant nous avons vu précédemment que les kystes

se trouvaient plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes ; or 1l est à remarquer que la plupart de ces femmes avaient eu des accouchements antérieurs, et qu'un grand nombre étaient de grandes multipares : 11 enfants, obs. de Récamier ; 5 enfants et 7 fausses couches, obs. de Walter ; 5 enfants, obs. de Slajmer ; T grossesses, obs. de Seitz, etc. Peutêtre y aurait-il un rapprochement à établir entre les grossesses répétées et la production de ces kystes.

Toutefois il y aurait plus d'apparence de vérité à admettre que le rein mobile joue un rôle dans l'étiologie des kystes séreux. Souvent en effet ontrouve des kystes séreux sur un rein flottant. Mais quel est l'accident primilif? le rein mobile provoque-t-il le kyste ? Ou plutôt le kyste n'entraîne-t-1l pas le rein hors de sa loge et n'est-il pas la cause de sa mobilité ?

SYMPTOMES

Les grands kystes séreux du rein se développent d'une façon insidieuse. Les symptômes de ces tumeurs sont négalifs pour ne pas dire nuls. Quand les kystes sont petits ils passent généralement inaperçus, car 1l ne faut compter pour les découvrir que sur les symptômes fonctionnels ; encore ces symptômes ne sontils pas constants, et quand ils existent ils sont tellement vagues, que le diagnostic précis est souvent impossible. Lorsque la tumeur a acquis un certain développement, alors seulement les signes physiques entrent en scène, et viennent corroborer Îles symplômes fonctionnels.

La douleur est un des signes les plus constants ; mais la caractéristique même de cette douleur est extrèmement variable. Parfois simple sensation de pesanteur, douleurs vagues dans le flanc malade, avec irradiation vers la fosse iliaque, la cuisse, oule serotum. Parfois aussi ces douleurs revêtent les caractères de véritables crises de coliques néphrétiques. D'autre fois, c'est à la suite d'un effort que le malade ressentira un point de côté subit qui le meltra en éveil.

Des signes de compression se font aussi sentir quand la (tumeur a acquis un volume suffisant pour gêner les organes voisins. Une constipalion opiniâtre, résallat de la compression de Pintestin, est de règle. De même que le diaphragme refoulé en haut amène de la dyspnée. On note aussi de l'œdème des membres inférieurs, de l'anormie, des vomissements.

Généralement l'urine reste normal, sauf parfois de légères traces d'albumine. Dans certains cas assez rares cependant on

remarque de l'hématurie : hématurie survenant sans traumatismes, sans causes appréciables, et disparaissant de même, pour reparaître à des intervalles plus ou moins éloignés. Quelquefois tendance à la polakiurie.

Il faut ajouter que dans bien des circonstances la tumeur même considérable est très bien supportée, el évolue sans amener aucun retentissement du côté de l'organisme ; c'est alors le volume du kyste quiattirera le premier l'attention du malade.

La tumeur ne proémine guère dans la région lombaire et se développe de suite vers l'abdomen qui ne tarde pas à être déformé. On recherchera la tumeur soil par la palpation simple, en appliquant les deux mains sur la région rénale et en déprimant la

paroi abdominale progressivement en suivant les mouvements de la respiration ; soit en cherchant le ballottement rénal par le procédé de Guyon : le chirurgien se place du côté du rein malade et glisse la main correspondant à la tête du malade dans l'angle formé par la dernière côte avec la masse sacro-lombaire. La main antérieure est placée à plat sur la paroi abdominale, vers le bord externe du muscle droit, la pointe des doigts au-dessous de la dernière côte. Cette main suit les mouvements respiratoires et déprime doucement la paroi. La main postérieure imprime une série de peliles secousses et la main antérieure se borne à recueillir les sensations que peut donner le rein déplacé par ces secousses. À l'état normal, le ballottement n'existe pas. Si on le sent, c'est que le rein est mobile et déplacé ou augmenté de volume. «C'est, dit Albarran, le procédé le plus apte à découvrir les tumeurs rénales et à percevoir leur augmentation d'une façon précise ».

Le procédé de Glénard peut aussi rendre de grands services : Ce procédé comprend trois temps : l'affut, la capture, l'échappement. La main gauche si c'est le rein droit, lamain droite si c'est le rein gauche saisit la région sous-costale, le pouce en avant et les doigts en arrière. L'autre main est appliquée sur la paroi abdominale dans le prolongement du pouce. On fait respirer profondément le malade, et quand, à la suite d'une profonde inspiration le rein est dans la position la plus basse, la main disposée en

pince le saisit, tandis que l'autre main l'empêche de s'échapper. Enfin on le laisse échapper en le serrant, de sorte qu'on peut sentr les inégalités de la surface.

Ces deux procédés combinés permettent de reconnaître l'existence d'une tumeur fluctuante ou résistante si c'est un kyste sé-

reux, élastique et résistante dans le cas de kyste hématique. Le plus souvent cette tumeur est entièrement lisse, parfois cependant on y rencontre quelques bosselures. Le kyste du rein est mobile dans le sens transversal et immobile dans le sens vertical ; il ne suit pas les mouvements de la respiration. On essaiera d'insinuer les doigts entre le foie et la tumeur. Terrier, Revue de chirurgie 1830, remarque que souvent dans les cas de kystes, le rein est déplacé. Et il ajoute que toutes les fois qu'un rein flotlant plus ou moins douloureux présentera un volume anormal, une bosselure plus ou moins accusée, il sera permis de penser à un grand kyste du rein. On devra vérifier le diagnostic en pratiquant une ponction exploratrice.

La percussion dénoncera la maté du rein augmenté de volume. En avant, au devant du rebord costal, il existe une petite zone de sonorité. Plus bas la face antérieure de la tumeur est mate, sauf quelquefois des points sonores dus à l'interposition de l'intestin. Mais souvent ces points sonores seront absents, car le kyste

en se développant rejette l'intestin à droite ou à gauche, ou le

maintient aplati entre lui et la paroi abdominale.

Le phonendoscope peut être très utile pour délimiter les contours du rein et du kyste y attenant. Cet appareil, placé sur le rein, permet lorsque le doigt exerce de légers frottements sur la peau voisine d'entendre des vibrations intenses, qui cessent dès que le doigt a dépassé les limites de la tumeur.

Les symptômes de laboratoire : analyse de l'urine, cathétérisme de l'uretère, division des urines, sont négalifs dans le cas de kyÿstes séreux. Ils serviront surtout à faire, par exclusion, Île

diagnostic différentiel avec les autres tumeurs liquides du rein; aussi en reparlerons-nous à ce propos.

DIAGNOSTIC

On voit par cette énumération que les symptômes des kystes séreux du rein sont peu nombreux, vagues et inconslants ; aussi n'est-il pas étonnant que souvent le diagnostic ait été imprécis ou erroné. Voici une statistique de Lejars à ce sujet : sur 27 cas réunis, 8 fois le diagnostic de kyste séreux fut fait, 6 fois on crut à un kyste de l'ovaire, 3 fois à un kyste du foie ou abcès du foie, et 6 fois aucun diagnostic ne fut fait. D'un autre côté voici, sur 52 observations recueillies, les différents diagnostics qui ont été portés : 4 fois le diagnostic de kyste sérenx du rein fut nettement fait, 9 fois on crut à un kyste de l'ovaire, 5 fois à un rein mobile, 5 fois à une tumeur non définie du rein, 4 fois à un kyste du foie, 2 fois à une hydronéphrose, 2 fois à un néoplasme du rein, 1 fois à une tumeur maligne du pylore, { fois à une collection purulente du mésentère, 1 fois à une collection purulente dans un organe non défini, À fois à une lumeur hématique de la rate, 4 fois à un kyste du pancréas, 1 fois à un rein polykystique, enfin 10 fois aucun diagnostic ne fut fait.

On voit par ces statistiques que le diagnostic de kystes de l'ovaire fut celui le plus souvent porté. Voici, d'après Spencer Wells, quelques remarques qui permettront de les différencier des kystes du rein :

Les tumeurs du rein sont situées, en arrière de l'intestin, les tumeurs de l'ovaire en avant.

Les tumeurs volumineuses du rein droit .ont ordinairement le colon ascendant vers le bord interne de la tumeur. Les tumeurs du rein gauche sont ordinairement croisées de haut en bas par le colon descendant.

Dans les cas de kystes du rein, on trouve le plus souvent dans l'urine : du sang, du pus, de l'albumine, des cellules épithéliales.

La tumeur rénale débute vers les fausses côtes et l'os iliaque ; les kystes de l'ovaire, notés d'abord dans les régions inguinales et iliaques, s'élendent de bas en haut.

Les kystes du rein sont parfois accompagnés d'hématuries, d'albuminurie, de coliques néphrétiques, de changements dans l'état des urines. Les kystes de l'ovaire s'accompagnent plutôt : de troubles de menstrualion, de douleurs au moment des règles, de changements dans la mobilité de l'utérus.

D'ailleurs pour vérifier l'existence de tumeurs de l'ovaire, on a la ressource dû toucher vaginal ; l'insufflation du colon les entoure d'une zone sonore.

Le foie, par son voisinage immédiat avec le rein droit, devait tout naturellement devenir une cause d'erreur dans le cas de tumeur kystique de cet organe. Les tumeurs solides du foie seront assez facilement éliminées, mais il n'en sera pas de mème des tumeurs liquides. Là on aura également la même sensation de tumeur arrondie, lisse, fluctuante ou rénitente. Il faudra donc chercher s'il existe une zone de sonorité, si minime qu'elle soit, entre le foie et la tumeur, ou si au contraire la matité du kyste se confond sans différence appréciable avec la matité du foie. On essaiera d'insinuer les doigts entre la tumeur et le bord tranchant du foie. Les tumeurs du foie projettent les côtes en dehors, et

suivent les mouvements de la respiration, elles n'ont pas la mobilité transversale des tumeurs liquides du rein. Les symptômes fonctionnels généraux : ictère, glycosurie, viennent révéler l'altération hépatique. Les kystes hydatiques du foie s'accompagnent d'urticaire, de pleurésie sèche de la base droite, de dégoût des graisses.

Voici ce que Guéniot, dans sa thèse de Paris 1903, dit à propos du diagnostic différentiel des kystes du rein et de la vésicule biliaire distendue par la lithiase. Le siège de la tumeur est analogue. Sans doute la vésicule biliaire est située sur un plan plus antérieur, elle est plus abdominale, le rein est plus profond, plus lombaire. Mais ces distinctions applicables à des organes nor-

maux, s'effacent quand il s'agit de tumeurs d'un certain volume, de sorte que les tumeurs d'organes voisins arrivent à occuper une position très semblable. Le ballottement rénal ne peut guère servir au diagnostic, car très souvent les tumeurs de la vésicule biliaire présentent un ballottement lombo-abdominal semblable au ballottement rénal. Les tumeurs hépatiques ou vésiculaires se trouvent directement derrière la paroi abdominale antérieure au contact même de celte paroi, il suffil pour les sentir d'une simple palpation superficielle presque sans enfoncer la paroi. La connexion des tumeurs vésiculaires avec le foie est un symptôme différentiel très important. I] faut aussi rechercher les douleurs hépatiques, que Gilbert et L. Fournier appellent les coliques vésiculaires, ainsi que l'ictère. Enfin un signe pathognomonique qu'il faut toujours rechercher, bien qu'il soit parfois absent, c'est la crépilalion calculeuse.

Les tumeurs de la rale jouent, à l'égard des kystes du rein gauche, le même rôle que les kystes du foie pour ceux du rein

droit. La douleur n’a pas exactement le même siège dans les deux cas ; dans les kystes de la rate, le malade souffre plutôt dans la région épigastrique, au moment de la digestion. On constate aussi une certaine tendance aux hémorragies qui n'existe pas dans les cas de tumeur du rein. La déformation, causée par une tumeur de la rate, consiste en une voussure de la paroi (horaco-abdominale gauche, avec élargissements des espaces intercostaux. La palpation permettra de sentir une tumeur arrondie ou bosselée, parfois même fluctuante. Elle est mobile et suit les mouvements respiratoires. La percussion révèlera la matité de la rate augmentée détendue. Dans les splénomégalies les signes physiques sont à peu près les mêmes, mais on trouvera des signes fonctionnels dénotant une altération splénique : leucémie, hémorragies multiples, anémie, hypertrophie du foie, ictère. Il faudra rechercher soigneusement les antécédents du malade : séjour aux colonies, dans un, pays marécageux, etc. L'examen du sang sera nn excellent moyen de diagnostic qu’on ne devra pas négliger.

Les kystes du mésentère par leur position et certains de leurs

symptômes pourraient prêter à confusion. La douleur comme dans les kystes du rein esttrès variable. Dans certains cas, c'est la violente colique avec signes d’occlusion intestinale où de péritonite. Parfois au contraire le début est insidieux, douleurs vagues; ce qui ressemble assez au début du kyste séreux du rein, dont souvent la constatation d’une tumeur est le premier indice. Mais la douleur causée par les kystes du mésentère a son maximum d'intensité autour de l'ombilie, La tumeur fait saillie dans la région ombilicale, elle est médiane ou à peu près. Elle est plus mobile, surtout dans le sens transversal, puisqu'on peut aisément la

faire passer d'un côté à l'autre en avant du rachis. La percussion donne une zone de sonorité au devant de la tumeur ; et Tillaux a appelé l'attention sur une autre zone de sonorité entre Ja tumeur et le pubis.

Les kystes du pancréas et du rein ont un caractère commun, c'est d'être silués derrière le péritoine et séparés de la paroi abdominale par une portion d'intestin. Mais leur siège est différent. Le kyste du pancréas est situé plus haut, à lépigastre ou au voisinage de l'ombilic, tout au moins en ce qui concerne les kystes du corps de la glande. Il est rarement mobile, et parfois soulevé par les battements de l'aorte sous-jacente. Au début, la tumeur étant située derrière l'estomac et le colon transverse, donne de la sonorité à la percussion ; maïs en grossissant, elle écarte ces organes, devient mate et demeure encadrée d'une zone de sonorité due à l'estomac en haut et au côlon transverse en bas. La tumeur s'accompagne de troubles qui dénotent l'altération du pancréas : diarrhée, stéarrhée, amaigrissement, parfois diabète sucré mais assez rarement, et enfin ictère par compression du cholédoque.

Îl existe une catégorie de lumeurs n'appartenant pas à proprement parler au rein, mais qui néanmoins ont bien des points communs avec celles-ci, et par conséquent peuvent être une cause d'erreur de diagnostie. Ce sont ces tumeurs qu'on a appelées pararénales ou paranéphriques. Le diagnostic est très difficile. Voici ce qu'en dit Albarran : « Le diagnostic des tumeurs pararénales avec les tumeurs du rein, souvent difficile au cours de l'opéralion,

peut être impossible auparavant. Le diagnostic se fera par exclusion et se basera surlout sur l'existence d'une tumeur de la région rénale non accompagnée de modifications du côté des

urines ». Or nous avons vu qu'en règle générale les kystes séreux du rein évoluaient précisément sans modifications des urines. Il faudra donc se baser uniquement sur les signes physiques, et encore à combien d'erreurs peuvent-ils exposer. Cependant une tuméfaction très prononcée pourra faire songer à une tumeur pararénale. On y sent également des inégalités, des voussures irrégulières, et enfin une consistance mollasse qui n'est ni celle des kystes rénaux, ni celle des tumeurs solides. Delbet, Revue de chirurgie 1903, décrit une catégorie de kystes paranéphriques qui relèveraient uniquement du lraumatisme ; ce qui serait déjà une donnée de diagnostic différentiel. Ces kystes paranéphriques seraient dus à des lésions du bassinet et de l'uretère, accompagnées d'épanchements de sang et d'infection. Ils se reconnaitraient d'abord à leur origine traumatique, à leur accroissement énorme et rapide, sans douleurs violentes et accompagné de poussées fébriles, à leur paroi pas nettement distincte, à leurs contours mal délimités, Enfin ils seraient fixes et immobiles, et leur consistance serait élastique, peu tendue, permettant d'y sentir de véritables ondulalions profondes.

Quand successivement on aura éliminé les différentes causes d'erreur provenant des organes voisins, il restera à faire le diagnostic différentiel des différentes tumeurs rénales.

Les tumeurs solides seront assez facilement écartées. Le palper permettra d'apprécier une sensation de dureté, de résistance que n'ont pas les tumeurs liquides. Généralement elles sont fixes, tandis que les kystes sont mobiles. Enfin leurs signes fonctionnels sont différents et leur durée bien que parfois assez prolongée est également bien moins longue que celle des kystes séreux du rein.

Les difficultés s'accroissent quand il s'agit de séparer le kyste séreux des autres tumeurs liquides de cet organe. Les nombreux points communs qui existent entre le kyste séreux, et la dégénérescence polykystique du rein font naturellement songer à cette

dernière affection. Le point capital du diagnostic est la bilatéralité. Un examen attentif fera découvrir l'existence d'une tumeur inégale bosselée siégeant sur les deux reins ; tandis que le kyste séreux est unilatéral, lisse et régulier. La douleur est également bilatérale pour le rein polykystique. L'examen des urines sera aussi une ressource précieuse. Au début Ja quantité des urines émises par un rein polykystique est accrue, il y a de la polyurie, qui dans cerlains cas peut devenir considérable. C'est ainsi que chez un malade atteint de cette affection, on a recueilli jusqu'à 1 à 10 litres d'urine en 24 heures, et cela pendant 18 jours consécutifs. Dans les derniers temps de la maladie, les urines deviennent rares, albumineuses, el parfois mème il v a anurie complète.

Enfin ce qu'on ne voil jamais dans les kystes séreux, les symptômes du rein polykystique se rapprochent beaucoup de ceux de la néphrite chronique, c'est ainsi qu'on y relève tous les petits signes du brigtisme, etles symptômes de l'intoxication urémique.

Un des diagnostics les plus difficiles pour ne pas dire impossibles sera celui entre les kystes séreux et les kystes hydaliques. Ces kystes en effet se trouvent assez fréquemment dans le rein puisque Houzelsur 2.111 cas de kystes hydatiques les trouvent 115 fois dans le rein. Nous nous trouvons en face de symptômes fonctionnels et physiques absolument identiques dans les deux cas. Mème évolution lente ct silencieuse, même absence de douleurs, de réaction générale, de fièvre, de troubles urinaires. Mème sensation de tumeur, liquide, rénitente ou fluctuante, même unilaté-

ralité. Parfois cependant le kyste hydatique est tellement bourré d'hydatides qu'il peut faire croire à une lumeur solide. Il reste donc comme moyen de diagnostic, la recherche du frémissement hydatique. Ce frémissement est pathognomonique, mais il est inconstant. En examinant soigneusement les urines, on peut parfois trouver deshydatides, rendues à la suite de douleurs pouvant être assimilées aux coliques néphrétiques et coïncidant avec une diminution du volume du kyste. La ponction exploratrice est une méthode qui doit être écartée. Elle expose à de graves lésions. Elle peut blesser soit le colon aplati entre la paroi abdominale et la tumeur et rendant un son mal à la percussion, soit de gros

vaisseaux. Maloré toutes les précautions prises, elle peut être septique et amener de la suppuration. Si encore pour. pallier tous ces inconvénients, elle présentait des avautages tels qu'ils pour-

raient faire pencher en sa faveur. Mais au contraire, elle ést loin

d'être infaillible. Si la poche est bourrée d'hydatides, la ponction peut en ramener aucun liquide ; dans d'autres circonstances, elle peut ramener un liquide citrin, contenant de l'acide urique qui ferait penser à une uronéphrose. On voit par là que cette méthode est peu recommandable.

Un point qu'il ne faudra pas négliger, ce sera les antécédents du sujet, savoir si ses habitudes ou sa profession (boucher, berger, etc.) l'exposent à la contagion.

Il semblerait que l'hydronéphrose, avec ses nombreux signes communs : même paroi lisse, même contenu liquide, rénitent parfois fluctuant, même ballottement rénal, même mobilité, devrait contribuer souvent à égarer le diagnostic. Or dans la staüs-

tique de Lejars on voit que le kyste séreux du rein, qui maintes fois fut pris pour une autre affection du mème organe ou d'un organe voisin, en aucun Cas ne fut pris pour une hydronéphrose, et dans notre statistique, deux fois seulement on crut à l'existence de celte maladie. Il est vrai que les moyens, pouvant servir à faire le diagnostic différentiel, sont assez nombreux. C'est ainsi que l'examen cystoscopique pourra être employé avec succès. Dans les uronéphroses fermées, il permettra de constater qu'un des orifices urétéraux ne laisse pas passer d'urine. Dans les uronéphroses ouvertes on verra que l'urine de l'uretère du côté malade s'écoule en bavantet à des intervalles plus espacés que le jet urétéral du côté sain. Cet examen serait bien facilité par une injection 'sous-cutanée préalable de bleu de méthylène. Le cathétérisme urétéral sera un excellent moyen de corroborer les données fournies par le cystoscope. Dans les uronéphroses fermées, le cathéter indique l'existence d'un obstacle et son siège infranchissable. Dans les uronéphroses ouvertes, au contraire, il permet de franchir l'obstacle, d'arriver jusque dans la poche et de retirer l'urine qu'elle contient. L'urine contenue dans un rein dilaté par uronéphrose est toujours plus ou moins altérée. La

teneur en urée, phosphates, chlorures, est toujours moins élevée que celle de l'urine du rein sain. Il faudra aussi étudier avec soin les antécédents du malade. La constatation de coliques néphrétiques ultérieures, où d'un traumatisme, (Delbet). fera pencher en faveur de l'hydronéphrose. Wæleker et Lichtenberg, Münch.med. Wochnsch. 16 janvier 1906, exposent une nouvelle méthode d'examen du rein qu'ils nomment : la pyélographie. A notre avis, elle peut être utile si l'on hésite entre une hydronéphrose et un kyste séreux. Voici la technique qu'ils en donnent : « A l'aide d'un cystoscope de Cosper, nous avons fait le cathété-

risme de Puretère du côté à examiner, et nous avons poussé le cathéter jusque dans le bassinel. Puis le cystoscope était enlevé, tandis que le cathéter restait dans le bassinet. Alors les patients élaient placés devant une ampoule de Rœntgen, et par le cathéter on poussait dans le bassinet une solution de colargol. La quantité injectée sans provoquer de douleurs est variable. Parfois les malades se plaignaient de coliques dès l'injection de 5 ce. ; dans d'autres cas on pouvait injecter de bien plus grandes quantités, jusqu'à 50 ou 60 cc. Cette différence indiquait les dimensions variables du bassinet. D'ailleurs cette expérience est peu douloureuse, si lon a soin, une heure auparavant de faire une injection sous-cutanée de 0,01 egr. de morphine. Le patient reste ainsi tranquille pendant la radiographie. Nous avons pratiqué la pyélographie chez 11 malades, 10 femmes et un homme. 4 fois nous n'avons pas eu d'images claires, et 4 fois au contraire les images ont été très nettes. |

Nous croyons que la méthode pyélographique peut être utile pour le diagnostic de dilatation, coudure, vice de conformation du bassinet et de l'urelère, de tumeurs du rein ».

PRONOSTIC

La marche ordinaire des kystes séreux du rein peut subir diverses modifications. D'abord, ainsi que nous l'avons vu, des hémorragies peuvent se produire et changer le contenu de la poche. Mais cela n'a pas une grande importance au point de vue du

pronostic. Une complication plus grave est la suppuration. Dans cerlains cas, sans qu'on puisse trouver la cause de cette

transformation, on trouve à l'ouverture de la poche un liquide puarulent. C'est ainsi que dans l'observalion I, la ponction retira 3 litres environ d'un liquide brun foncé d'œdème fétide très prononcé. Observ. III de Touren, à l'autopsie on trouva dans latumeur plus d'un litre d'un pus épais d'un jaune verdâtre. El Péan en opéranl une malade pour un kyste du rein, arrive sur une vaste poche purulente qui se vide au dehors.

Dans ce cas, il n'y avait eu ni ponction exploratrice ni intervention antérieure qui eut pu infecter le kyste.

Les kystes séreux du rein de mème que les kystes hydatiques el les autres tumeurs liquides devraient être exposés à la rupture, cependant nous n'avons pu en trouver aucun exemple.

A part ces complications heureusement assez rares, le pronostic des kystes sércux du rein est généralement peu grave. Par luimème c'est une tumeur bénigne, car son revêtement épithélial est loin d'être vivace, aussi ne récidive-t-il pas après opération. Son évolution est très lente, il dure des années 8, 10 ans et même davantage. Etant donné l'intégrité du parenchyme rénal, cette glande continue son fonctionnement d'une façon parfaite, aussi ne note-t'-on rien de remarquable dans l'examen quanüitalif ou qualitatif des urines. Cependant à la longue en se développant il peut arriver à détruire complètement le rein, ainsi qu'il est montré par quelques observations, et déterminer par son volume des phénomènes de compression des organes voisins.

ANATOMIE-PATHOLOGIQUE

Les kystes séreux du rein, dit Lanceraux, se trouvent rarement sur les deux reins à la fois, le plus souvent l'affection se limite à l'un de ces deux organes, et l'autre conserve son intégrité absolue. C'est là un fait qui n'est pas à dédaigner, car il a une importance capitale au point de vue du traitement. C'est un point bien établi qui résulle de l'ensemble des observations de cette classe de kystes. Et encore toutes les parties du rein ne sont pas également atteintes.

Généralement l'affection se porte sur l'une ou l'autre des deux pôles du rein. Mais quelle est l'extrémité de préférence atteinte ? Suivant Terrier 6 fois sur 7 les kystes occupent l'extrémité supérieure du rein, et une fois seulement l'extrémité inférieure. Parmi les observations que nous avons rassemblées beaucoup sont muettes sur le siège de la tumeur, d'autres le désignent d'une façon pas nette, d'autres enfin donnent l'emplacement exact et permettent d'établir une statistique : Sur 52 cas nous voyons 18 fois les kystes siéger au pôle inférieur, 8 fois au pôle supérieur et 8 fois dans diverses parties de l'organe : la partie moyenne, la face antérieure, le bord postérieur, la partie convexe. Il y aurait donc une prédominance marquée pour le pôle inférieur.

Maintenant dans qu'elle partie du parenchyme-rénal, ces kystes prennent-ils naissance ? Sur ce sujel les opinions divergent.

Henry Morris émet l'avis que ces kystes naissent dans la substance corticale. Follin et Duplay pensent au contraire qu'ils siègent dans la substance médullaire ; Bouilly est également de

cet avis. [ls se rencontrent de préférence dans le tissu costical, dit Lanceraux. Terrier explique cette divergence d'opinion par l'état de développement plus ou moins avancé où l'on rencontre ces kystes, il pense que ces kystes siègent tantôt dans la substance médullaire, tantôt dans la substance costicale, et il croit avec Cornil et Ranvier qu'il est bien difficile de spécifier le point de départ de ces tumeurs.

C'est par opposition aux kystes conglomérés que l'on a appelé ceux-ci kystes isolés, mais cela n'implique nullement l'idée qu'ils ne puissent être multiples. Seulement ils ne se groupent pas, ils ne se confondent pas les uns avec les autres, 1ls restent séparés par des portions saines de parenchyme rénal. Si un seul rein en porte plusieurs, le nombre en est ordinairement restreint, sauf dans certain cas où leur multiplicité donne à réfléchir, relativement à Ja nature du processus qui les engendre. Enfin il n'exisle parfois qu'un seul kyste. Telle est l'opinion de Le Dentu, opinion confirmée par lous les auteurs ayant traité la question. Souvent en effet le rein ne porte qu'un seul kyste, mais cependant assez fréquemment à côté du grand kyste qui a motivé l'intervention chirurgicale on en trouve un ou plusieurs de moindre importance.

_Le volume des kystes séreux est très variable ; sans parler des kystes miliaires de la néphrite interstitielle, il en existe qui ne dépassent pas le volume d'une noiselte. Mais ceux-là passent inaperçus pendant la vie et sont une décoaverte d'autopsie. Le plus habituellement ils ont la grosseur du poing ou d'une orange ; mais on en voil qui alleignent des proportions considérables. Dans le cas cité par Bernard Englander, Arch. f. Klin. Chir. 1904,

la tumeur atteignait le volume d'une tête d'enfant. Même dimension dans le cas de Czerny, Langenbeck's Archiv. 1880. Mais souvent les proportions mêmes de la tumeur empêchent l'énucléation facile, et forcent l'opérateur à ponclionner la poche pour pouvoir évoluer à l'aise. Dans ces circonstances, on ne peut évaluer le volume de la Lumeur que par la quantité de liquide contenu. A. von Brackel a retiré par ponction 2 litres 4/2 de liquide, et Rendu ponctionnant un kyste énorme en retire 10 litres 1/4. La

grosseur plus où moins considérable de ces kystes tient-elle simplement à la durée de leur évolution ? Le Dentu prétend que leur lieu d'origine influe beaucoup sur leur développement : D'après lui, ceux qui naissent dans la substance corticale ne dépasseraient pas le volume d'une noisette, el au contraire ceux qui prennent naissance dans la substance médullaire atteindraient des dimensions considérables.

Le kyste en se développant refoule le parenchyme rénal, et s'y creuse une loge plus ou moins grande selon ses dimensions. Ce parenchyme ainsi comprimé s'altère, s'atrophie (Rayer). Voici à ce sujet ce qu'a constaté Terrier sur une pièce présentée à la Revue de Chirurgie en 1890 : « A l'œil nu, ce qui reste du tissu rénal présente l'aspect le plus normal... Mais au microscope, au voisinage immédiat du kysie, le parenchyme présente sur une petite profondeur des lésions de la néphrite interstitielle ; au-delà il paraît absolument sain ».

Delkeskamp remarque que le kyste a creusé le pôle supérieur du rein doit en forme de coupe ; joignant la poche kystique, le parenchyme est aplali. Au microscope on observe des glomérules en partie conservés et en partie détruits. « Le issu rénal juxtakystique est un peu enflammé chroniquement ; lès cellules de cer-

tains lubes urinifères présentent un léger degré d'infiltration graisseuse. Partout ailleurs au contraire (morceau pris dans l'écorce du rein à quelque distance du kyste) le tissu rénal est absolument sain ».

Bernard Englander constate que le parenchyme rénal au voisinage du kyste est plus dense, mais ne présente pas de transformations remarquables. En résumé ce qui ressort de examen des diverses observations c'est que le parenchyme rénal n'est altéré qu'au voisinage immédiat du kyste. À mesure que l'on s'en éloigne on voit le tissu rénal reprendre. son aspect el sa structure normale, et redevenir apte à remplir exactement ses fonctions.

La paroi du kyste se continue sans ligne de démarcation bien nette avec le tissu rénal voisin. C'est pourquoi Delkeskamp a pu yremarquer du parenchyme, des glomérules en partie conservés et en partie détruits, des parties du bassinet, des artères détruites,

des nerfs el des fibres musculaires lisses. Les deux caractéristiques de cette membrane sont la minceur et la transparence. Hartmann une fois la trouve épaisse de 350 4. Celte membrane si mince au début de l'affection peut toutefois rester stationnaire ou au contraire s'épaissir; elle est de nature fibreuse (Le Dentu). Elle est constituée par du tissu conjonctif assez dense, riche en fibres connectives, avec peu de cellules. « Dans certains cas, elle peut être comparée à la paroi de l'hématocèle vaginale et présente une disposition de feuillets stratifiés avec des fausses membranes plus ou moins adhérentes » (Lamer). Peut-être bien que ces prétendues fausses membranes ne seraient autres que les cloisons incomplètes signalées par Bard et Lemoine dans les Archives générales de, Médecine en 1890 et considérés par eux comme les

restes d'un fusionnement imparfait de plusieurs kystes entre eux. Lejars et Sebileau présentant une pièce à la Société anatomique de Paris en 1887 font ces remarques : « Sa paroi superficielle est mince, réticulée, sa paroi profonde est formée par le parenchyme refoulé, et sur elle on voit serpenter de grosses veines thrombosées. Sa surface interne est irrégulière el tomenteuse ; sa cavité est incomplètement divisée par des travées épaisses qui se dissocient en brides minces croisées dans tous les sens, et présentent

un aspect qui rappelle celui des colonnes charnues du cœur »,/

Et Terrier dans la partie la plus externe de la coque fibreuse a observé des canaux aplatis de divers diamètres : ce sont des capillaires pleins de globules sanguins, des artères atteintes d'endartérites, des tubes glandulaires du rein. Pour Rayer, les travées fibreuses multiples et irrégulières seraient la caractéristique des kystes d'origine urinaire.

Mais où les opinions divergent, c'est au sujet du revêtement de la face interne de la paroi. Certains ont vu un épithélium, d'autres au contraire ont eonslaté son absence. Follin et Duplay donnent cette description de la paroi du kyste : « La paroi semble formée par une lame de tissu connectif; la surface interne de cette membrane est lisse, blanchâtre, d'aspect séreux ; jamais on ne voit de couche épithéliale analogue à celle des

canalicules urinifères ». D'autre part voici ce que constaste

Terrier, Revue de chirurgie 1890 : « La paroi du kyste est constituée de tissu fibreux. Elle est dépourvue de tout revètement épithélial, même au fond des plis qu'on trouve à la surface, et où les froltements subis pendant les diverses manipulations aux-

quelles a été soumise la pièce, ont pu produire le moins d'effet. Nous n'avons rien observé qui nous permit de conclure à l'existence d'un endothelium. L'immersion de la pièce dans l'alcool fort, immédiatement après l'opération, a d'ailleurs rendu impossible Loute imprégnation au nitrate d'argent ».

D'autres au contraire ont nettement constaté la présence d'un épithélium revêtant la face interne de la paroi. Mais la nature de l'épithélium est variable. Tantôt ce sont des cellules plates (Lejars) ; tantôt les cellules normales des tubes urinifères plus ou moins aplaties (Laveran) ; tantôt une couche d'épithélium pavimenteux entremélée de quelques cellules cubiques (Cornil et Babinski). Delkeskamp a constaté que la face interne de la membrane kystique était lapissée d'un épithélium cubique. Bonneau et Hartmann notent ce qui suit : « L'intérieur du kyste est tapissé en cerlains points seulement par un épithélium très aplati, avec noyaux allongés, rappelant plus un endothélium qu'un épithélium proprement dit. En certains points il semble mème qu'il s'agit plutôt de plaques protoplasmiques nucléées que de cellules distinctes. D'ailleurs ce revêtement est loin d'être continu et en bien des endroits il manque complètement ». M. Lécène au contraire a vu Ja surface interne de la paroi revêtue par un épithélium cubique fort net et continu, un peu aplati par refoulement excentrique. M. Papin note également la présence d'un épithélium plat ou cubique.

En présence de ces faits nous croyons pouvoir dire que la présence de cet épithélium n'est pas constante mais que cependant dans la majorité des cas, elle existe.

Le liquide contenu dans la poche kystique varie beaucoup quant à ses qualités physiques. Nous voyons qu'il est tantôl lim-

pide et transparent, Lantôt trouble et jaunâtre, quelquefois gélatineux. Bard a trouvé deux kystes remplis de magma casécux. La coloration varie depuis l'absence de toute couleur jusqu'au

jaune foncé. Quelquefois mème le liquide est franchement hémorragique.

La paroi du kyste restant toujours mince c'est le liquide qui constitue le volume du kyste, on comprendra donc que sa quantité sera très variable. Rendu a retiré d'un kyste 10 litres 1/4 de liquide.

La composition chimique est toujours au contraire sensiblement la même. Il est constitué par de l'eau, de l'albumine, des chlorures, des phosphates, des sulfates, de la sérine, de la globuline, des graisses, des christaux de cholestérine et de l'urée. Seule la présence de l'urée a soulevé des controverses. Follin et Duplay, Bouilly et Desnos ont prétendu que jamais on ne trouve dans le liquide du kyste aucun des éléments de l'urine. Il semble bien cependant que l'urée constitue un des éléments habituels du contenu de la poche. Voici d'ailleurs les quelques analyses que nous avons pu réunir:

Analyse de H. Molière, in Le Dentu.

Odeur nulle, Viscosité faible.

Dunes TERRE 130 cc.

RÉACHOT SIMS. D NE Alcaline

FAUNE PA PP EN SR ARE 955,44 Matériaux SOLS 44,54

Matières organiques . . : . DD UE

Matières inorganiques . . . 8,82 Albumine: 28 CR NON RRE 26,23

LTÉE ER rh Le he, FAR PSE Traces douteuses

Analyse de Ducom sur un malade de Duplay, in Le Dentu.

Caractères physiques : liquide fluide, non visqueux, brun rougeatre, opaque, mousseux.

DEnSitE SRE NP RE 1020 Quantité RTE 1500 Eau sent 945,55

Ep “52

Matériaux solides .

Matières organiques Matières inorganiques.

Matières en suspension (graisses,

hématies, épithélium) .

Globuline

1,60 Quantité considérable.

Analyse de A. Robin.

Liquide jaune, odeur fade, un peu visqueux.

Densité. .

Quantité .

Réaction . :

Matériaux solides. .

Matières organiques Matières inorganiques.

Sérum.

Globuline.

Urée. .

Chlorures. : Acice phosphorique.

alcaline 37,07 31,02 6,05 14,33 3,32 1,48 4,21 a,

Analyse de A. Robin.

Liquide jaune pâle, transparence parfaite.

Densité

Quantité .

Réaction .

Matériaux solides .

Matériaux organiques.

Matériaux inorganiques .

Eire

Albumine.

Chlorure . :

Acide phosphorique

‘faiblement acide

Analyse in Lamer, thèse de Paris, 1880.

Réaction .

Quantité .

Alcaline

Dénsttéss Me LR RC 1017

Fau ;:54 -20f 000 RE 955,446 Maténauxieoldese 27 44,554 AÏbuminNne ER RE ee 26,229

Sels: PA REP NT 18,817 \ Uréeu US AR PRO PAR URSS traces aouteuses.

Analyse par M. G. Patein chez un opéré de Bonneau et Hartmann.

Le liquide avait une couleur jaune paille ; il était limpide, dépourvu d'odeur et ne contenait aucun dépôt.

Nolame-dutidqudos "2 435 ce.

RÉACHON CPP RTS LEE alcaline

Densité. ONE RE 101

Point cryoscopique . . . . .A—0,65

Matières fixes à 14009 . . : . 22 gr. 60 par litre. Sôls an by MES ER 9,00

ChIOTUTeS APR MEN RE TN 8,16

Phosphalsss ASE Re Néant

rés Serre EN ET ne 1 gr. 20 par litre.

Acide UHQue ss FAR NRC Néant DÉTECTE US 18 gr. 20 Globulinen Re ere traces

Mucine. TAUPE Néant Albüminoses# bre tee ee traces

Glucoses +. LOUP MEN RENE traces sensibles.

Graisse et cholestérine . . . . traces sensibles.

La tumeur en grossissant contracte des adhérences avec les organes avec lesquels elles entrent en rapport. A gauche ce sera avec la rate et le pancréas ainsi que nous le voyons dans le cas cité par Henry Morris. A droite avec le côlon ascendant et transverse (Touren) ; ou encore avec le bord inférieur du foie, le grand epiploon. Quand par suite de son énorme développement, le kyste refoule autour de lui les autres organes viscéraux, il vient adhérer intimement aux différents points de la paroi abdominale : Hawkins présente un kyste qui, en avant était adhérent à la face postérieure des muscles abdominaux, en arrière aux

muscles iliaques et psoas el sur le côté, aux vertèbres lombaires. Il occupait la moitié droite de l'abdomen et la fosse iliaque, empiétant sur l'excavation pelvienne.

Il est intéressant de connaître l'état de l'autre rein. On peut reconnaitre avant l'opération sa valeur fonctionnelle, mais ce n'est que dans le cas de lerminaison fatale qu'on peut apprécier ses lésions exactes, lésions qui en certains cas ont été la cause de la mort. Autopsie du malade porteur d'un kyste da rein droit (Touren). « Le rein gauche est notablement hypertrophié, il a 44 centimètres de hauteur, 6 de largeur, # 1/2 d'épaisseur. Le bassinet est dilaté et renferme ainsi que les calices beaucoup de sable et d'acide urique. La muqueuse du bassinelt a plus de 4 millimètre

d'épaisseur ; elle est blanchâtre, ferme, médiocrement vasculaire. La substance du rein est très ferme etcompacte. Le tissu connectif a considérablement augmenté, on en voit de petits cordons blanchâtres disséminés à travers sa substance. L'hypertrophie a atteint également les parties corticales et tubuleuses ».

Bergmann constate également une notable hypertrophie du rein opposé à la tumeur. Est-ce-là l'hypertrophie compensatrice résultant de l'effort produit par le rein pour suffire aux besoins de l'élimination ? C'est possible. D'autres fois au contraire le rein est alteint de lésions l''empêchant d'accomplir normalement ses fonctions : Néphrite, Kystes, tuberculose. Il faut donc songer à toutes ces lésions possibles et se montrer très avare du tissu

rénal sain.

PATHOGENIE

La pathogénie des kystes séreux du rein est peu connue. Diverses théories ont été émises à ce sujet, mais aucune nesemble accompagnée de preuves assez convaincantes pour s'imposer d'une manière indiscutable. Nous nous contenterons donc de les relater sucessivement en exposant avec plus de détails celles qui nous semblent les plus admissibles.

Henry Morris en 1885, reconnaissait pour point de départ des kystes séreux du rein : soit la conversion de la couche cellulaire des corpuscules de Malpighi, soit la dilatation des tubes ou capsules de Malpighi, peut-être des vacuoles de l'épithélium.

Simon, Rokitanski, Paget et Gairdner ont pensé qu'ils étaient dus à la rupture des canalicules urinifères et à l'épanchement dans le tissu connectif intercanaliculaire de cellules épithéliales

qui se développeraient sous forme de kystes. Enfin Albarran ayant remarqué qu'un épithéliam lapissail la paroi interne des kystes séreux, se demande si ces tumeurs ne seraient pas des néoplasmes à forme kystique. Il faut toutefois remarquer que cet épi-

thélium n'est pas constant, el que mème lorsqu'il existe, il n'est

pas continu et manque en bien des points. De plus il ne semble doué que d'une bien faible vitalité, et ne présente aucune trace de prolifération active.

Une théorie qui présente bien plus d'apparences de vérité est celle soutenue par Albarran dans son traité des tumeurs des reins. D'après lui les kystes séreux seraient le résultat d'une simple variété de dégénérescence polykystique. On conçoit très bien en effet un processus de dégénérescence avorté, se cantonnant dans

une portion restreinte du rein et laissant:le reste du parenchyme rénal absolument indemne. Ces kystes en se développant entrent en contact, leurs parois se résorbent plus ou moins complètement, et ils arrivent ainsi à ne plus former qu'une seule et vaste poche. 11 faul se rappeler en effet que maintes fois, dans les examens de pièces anatomiques provenant de kystes séreux, on a constaté l'existence de débris de cloisons adhérents à la face interne de la membrane kystique et semblant provenir d'un fusionnement incomplet de plusieurs kystes entre eux. Lamer et Touren ont remarqué, chacun de leur côté, des fausses membranes, des lambeaux pseudo-membraneuse, ainsiqu'ils les appellent, tapissant la cavité kystique, et qui ne sont peut-être que les restes

de cloisons adhérentes à la paroi interne de certains kystes, dont parlent Bard et Lemoine. Lejars et Sebileau en 1887, présentent à la Société anatomique un kyste dont la cavité est incomplètement divisée par des travées épaisses, quise dissocient en brides minces croisées dans tous les sens et présentent un aspect qui rappelle celui des colonnes charnues du cœur.

Les kystes séreux auraient donc une formation analogue à celle de la dégénérescence polykystique. Les canalicules sont presque loujours le point de départ des kystes. La capsule de Bowmann cependant peut prendre part à la distension générale, mais peut-être faut-il admettre que les cavités qu'elle forme sont toujours petites et de faible importance. Klein a observé un mode de formation dont le point de départ est dans les glomérules de Malpighi : A un premier degré le glomérule est augmenté de volume, la capsule est épaissie et l'on trouve, entre le bouquet vasculaire contenu dans le glomérule et la capsule, un espace rempli par des granulalions graisseuses, calcaires, pigmentaires, et même des globules blancs. À un degré plus avancé, on trouve dans le glomérule élargi, déformé, une substance gélatineuse entourant les vaisseaux et les séparant de la paroi. Enfin on trouve des glomérules dans lesquels les vaisseaux ont disparu, et qui sont remplis par celte substance gélatineuse et par des granulations graisseuses, calcaires, On rencontre en outre dans les plus grands kystes, des cristaux de cholestérine et des corps arrondis

à couches concentriques de nature mal définie. Les plus gros kystes se forment par Punion de plusieurs petits qui s'accolent et dont les parois disparaissent de façon à constituer une cavité kystique plus considérable. Il convient de remarquer que les kystes observés étaient très petits, de sorte qu'il reste à déterminer

T'importance du rôle de ces kystes formés par les glomérules, par rapport au développement des kystes volumineux du rein.

On se trouvera donc en présence des mêmes théories pathogéniques. La théorie de Wirchow sur la sclérose est celle qui présenterait le plus de vraisemblance dans le cas de kyste séreux. Une néphrite interstitielle se développe le long de certains canalicules ; elle provoque la formation de masses gélatiniformes qui présentent l'aspect de cylindres. En même temps la partie correspondante des canalicules se dilate et s'allonge. Ces dilatations localisées finissent par s'isoler complètement. Le kyste au début a un contenu gélatiniforme ; ce n'est donc pas la rétention d'urine qui est ici la cause de Ja dilatation.

La théorie de l'adénome avec prolifération de l'épithélium ne convient guère aux kystes séreux ; car nous avons vu que le revètement épithélial n'était pas constant et que quand il existait ilne paraissait doué d'aucune activité.

Nous avons vu que les kystes séreux du rein se présentaient surtout chez des gens de 30 à 50 ans. La congénitalité ne semble donc pas jouer un rôle important dans leur pathogénie. Cependant Albarran cite le cas d'un enfant de 16 mois qui avait 7 kystes sur un seul rein. C'est le seul cas qui pourrait permettre de rattacher la pathogénie des kystes séreux à la théorie congénitale.

La théorie de la rétention a de nombreux partisans.

Le développement anormal du tissu conjonctif est l'agent de constriction le plus souvent incriminé. En effet c'est généralement à l'âge de l'artério-sclérose vers 45 ans que les kystes sont les plus fréquents. Brigidi Severi et Guinsbourg partagent cette

opinion. Hartmann invoque également la rétention comme cause du kyste enlevée par lui dans une intervention.

David Newmann, London and New-York 1888, émet une idée analogue, mais il élargit la question en admettant que l'ohstacle

peut être créé, non seulement par la constriction produite par le tissu conjonclif, ainsi que nous venons de le voir, mais encore par des dépôts ou une exsudation. La sécrétion s'accumule au-dessus de l'obstacle, distend la capsule du glomérule de Malpighi ou les tubes urinifères et les convertit en kystes remplis d'une sécrétion altérée.

L'obstacle apporté au cours normal de l'urine, quelle que soit sa nature, peut siéger en différents points des conduits excréteurs. Il peut exister soit au niveau de la capsule de Bowmann, soit sur le trajet des tubes urinifères, soit à l'ouverture de ces tubes dans le bassinet. On peut même admettre que l'obstacle oblitère une portion restreinte du bassinet. Mais alors nous nous raltacherions

à celte théorie qui admet que les kystes séreux du rein ne sont que des hydronéphroses partielles. C'est ainsi que Rayer a reconnu

l'existence de calices oblitérés à leur ouverture dans le bassinet, ce qui doune naissance, dit-il, à des hydronéphroses partielles ou à des espèces de kystes urinaires.

Le traumatisme peut parfois être la cause de ces obstructions. Delbet, Revue de chirurgie 1903, dans son travail sur les hydronéphroses et les kystes paranéphriques traumatiques étudie la pathogénie de ces tumeurs. L'uronéphrose traumatique, dit-il,

est produite par une obstruction des canalicules excréteurs de Purine ; obstruction causée soit par un caillot provenant d'une hémorragie ; soit, plus tard, par un rétrécissement cicatriciel de la paroi qui oblitère le conduit lésé. Parfois aussi le parenchyme péricanaliculaire, atteint par le traumatisme, infiltré de sang, s'oedématie, s'indure et se rélracte, oblitérant ainsi le conduit urinaire. Il est fort probable que sous un nom différent les uronéphroses traumatiques el les kystes séreux traumatiques, sont une seule et même affection, et Delbet cite, comme exemple d'uronéphroses traumatiques, des cas qui sont appelés kystes séreux traumatiques par d'autres auteurs. Hawkins, Med. Chir. Transact, t. XVIII, p. 175, rapporte le cas d'un enfant de six ans qui fut renversé par une voiture qui lui passa sur le corps; 10 jours après l'accident parut une tuméfaction accompagnée de peu de douleurs ; il mourut el à l'autopsie on trouva un kyste du rein droit contenant deux pintes d'un liquide clair et transparent. Rathery dans sa thèse inaugurale parle aussi d'une enfant de deux ans qui au mois de juillet fut serrée entre une voiture et le trottoir. A la suite de cet accident elle présenta un décollement très étendu de la fesse gauche avec abondant épanchement de sérosité, et au mois de septembre suivant elle fut opérée d'un kyste du rein gauche.

Quant aux kystes à contenu hématique nous croyons qu'on peut leur assigner deux origines différentes.

Les uns, consécutifs à des traumatismes de la région rénale, résultent de déchirures de la substance du rein et sont plus exactement des hématomes enkystés dans le parenchyme glandulaire.

Les autres ne sont que des kystes primitivement séreux, dont

le contenu est modifié secondairement par suite de la rupture de pelits vaisseaux serpentant à la surface interne de la paroi kystique. Cette classe de kystes relèverail par conséquent de la même pathogénie que les kystes à contenu séreux.

Los différentes théories pathogéniques que nous venons d'exposer metlent toutes en cause l'appareil excréteur de l'urine : glomérules de Malpighi, capsules de Bowmann, canalicules urinifères ; mais d'autres auteurs ont prétendu au contraire, que les kystes séreux du rein avaient une formation absolument indépendante des voies d'excrétion de l'urine. Telle est l'opinion exprimée par Desnos dans son Zraité des voies urinaires. Follin et Duplay semblent être du même avis. D'après eux, les kystes séreux siègent dans la substance médullaire et se développent peut-être au dépens du tissu conjonctif intermédiaire aux pyramides de Malpighi.

TRAITEMENT

La manière d'opérer les kystes séreux du rein a varié avec les progrès de la chirurgie. Primitivement, alors que l'antisepsie élait inconnue, et que l'ouverture de la cavité abdominale était considérée comme une intervention impraticable, la ponction était naturellement la seule méthode employée. Plus tard, voyant que l'extirpation totale d'un rein était une opération relativement assez peu dangereuse, on en vint à celle mesure radicale. Mais élant donné la nature bénigne du kyste laissant intact le reste du pareuchyme rénal, les méthodes conservatrices devaient prévaloir tôt ou tard. La néphrectomie partielle est celle qui présente le

plus de chances de succès, aussi est-elle devenue la méthode de choix.

Poxcrion

La ponction était pratiquée au moyen d'un trocart de diamètre plus ou moins grand. Quelquefois on la faisait précéder d'applications de pâte caustique. C'est ainsi que dans le cas cité par Touren, thèse de Paris, 1865, la ponction fut précédée de cinq applications successives de caustique de Vienne. Parfois on injectait à l'intérieur de la poche kystique un liquide modificateur : solution iodée. Cette méthode est d'ailleurs dangereuse pour les parties voisines à cause de la minceur des parois (Le Dentu). Les résultats étaient loin d'être satisfaisants. Lejars dans une statistique relève 7 cas de ponctions sur 21 opérés ; ces T cas ont donné 3 gué-

risons et 4 morts. 3 fois la ponction fut suivie d'injection iodée : Simon 3

3 morts. Dans nos observations nous voyons que la ponction fut pratiquée 5 fois ; elle donna { guérison et 4 morts.

Kysroromie

Henri Morris donne comme méthode de traitement, la ponction, ainsi que le fit Duplay en 1880, et il conseille si le liquide vient à se reformer, la kystotomie avec suture à la paroi abdominale. Voici la technique opératoire que donnait Le Dentu : Incision dans le flanc sans ouvrir la cavité abdominale, fixation du kyste incisé à la plaie des parties molles et drainage. L'injection d'une solulion iodée est dangereuse, dit-il, pour les parties voisines à cause de la minceur des parois. C'est une méthode de

choix pour les gros kystes et dans la plupart des cas, elle est applicable. Terrier, en 1890, passe en revue les diverses manières d'opérer les kystes séreux du rein : Ponction suivie d'injection d'iode, néphreclomie totale, et il conclut en faveur de la kystotomie avec sulure à la paroi. ,

Morris rapporte 5 kyslotomies, suivies de 5 guérisons. Nous n'avons pu trouver que 3 kystotomies qui ont donné comme résullat : À guérison et 2 morts. |

I est certain que cette manière d'opérer a bien ses avantages.

D'abord elle conserve le maximum du rein, ee qui est toujours une bonne chose et elle n’expose à aucune hémorrhagie.

Etant donné que la cavité kystique est en communication avec l'extérieur, et qu'elle peut èlre drainée, on comprendra facilement l'impossibilité d'accidents sepliques graves. :

Mais ces avantages ne vont pas sans de graves inconvénients qui lui ont fait préférer d'autres méthodes,

Gutte plaie ne se fermera que très lentement, el elle sera toujours une porle ouverte aux infections secondaires. De plus elle éxpose aux fistules. En elfet Tulfier, parlant de l'incision, rapporte celle statistique : Sur 8 opérations ainsi praliquées, 6 fois on suivit la voie transpérilonéale et 2 fois seulement la voie lom. baire. De ces 6 opérés, 3 ont gardé une-listule et l'un d'eux subit une néphrectomie secondaire, La mème proportion de fistules se

relrouve dans les opérations par la voie lombaire, puisque l’un des opérés fut soumis à la même complication.

NÉPHRECTOMIE TOTALE

Diverses considérations ont porté certains chirurgiens à faire unenéphrectomielolale, même danslecasdekystesséreux durein, alors que, comme nous le savons, le parenchyme rénal, reste sain, fonctionne normalement, et pourrait continuer avantageusement à contribuer à l'éliminalion de l'urine. Il faut se rappeler en effet que nous possédons dans nos parenchymes une dose de substance aclive supérieure à celle qui est strictement nécessaire au mainüen de la vie. C'est ainsi que le liers, le quart du poids lotal da paréenchyme rénal, serail suffisant pour assurer l'élimination de l'urine, De plus à cette donnée vients ajouter encore la propriété physiologique remarquable que possède le rein de compenser ses lésions el de réparer ses pertes. On comprendra qu'en face de ces considérations quelques chirurgiens aient opté pour la uéphrectomie lolale, alors qüe l'autre rein pouvait suppléer efficacement à l'organe enlevé. [est vrai que diverses circonstances dictent aussi celte méthode. C'est ainsi que lorsque le kyste est trop volumineux et a envahi la totalité ou tout au moins une grande partie du rein, il est impossible d'agir autrement ; de même, quand à côté du grand kyste qui a motivé l'intervention chirurgicale, on trouve une série de pelits kystes disséminés dans toutes les parties de Porgane, et dont Pablation nécessiterait des sections trop multipliées du rein, ou encore lorsque le kyste siège au voisinage du hile, on ne peut songer à l'enlever sans compromettre une des grosses branches de l'artère rénale, D'ailleurs les statistiques ne sont pas trop défavorable à cette méthode :

Quénu en 1882 donne 7 néphrectomies lolales. Ces T cas ont donné 5 guérisons el 2 morts.

Lejars en 1889 fait une statistique dont la proportion de guérisou est moins élevée. Sur 46 cas cités par lui il y a eu 9 guérisons

et T7 morts.

Albarran a recueilli T cas de néphrectomies, loules lerminées par guérison.

Tuffier compte 24 néphrectomies sur 38 opérations. « Les résultats, dit-il, sont cependant peu encourageants ; que l'on passe par la région lombaire (4 cas) ou par la voie transpéritonéale (16 obs.) la mortalité est à peu près la mème. Sur 24 opérations on note 13 guérisons et 11 morts ». Les causes de la mort se décomposent ainsi : Néphrite bilatérale, 3 cas ; septicémie, 4cas ; hémorragie, 1 cas ; collapsus, 1 cas ; causes non indiquées, 2 cas.

Enfin de notre côté nous avons rassemblé 20 cas de néphrectomie lotale ; 13 opérés ont guéri, 7 sont morts.

On voit par ces différentes statistiques que la mortalité est assez élevée dans cette méthode d'opérer. En effet le succès de la néphrectomie dépend de la formation de l'hypertrophie compensalrice, laquelle exige pour se produire un parenchyme rénal absolument sain. Plusieurs fois à la suite des néphrectomies lolales la mort est résultée de ce fait que le rein supposé sain élail luimême atleint d'une affection.

Dans l'observ. de Cullingworth pour kyste du rein gauche, opéré meurt 12 heures après l'opération ; le rein droit portait des lésions de néphrite. De mème dans l'obs. de Bergmann l'opérée mourul le troisième jour, avec de l'anurie, et à l'autopsie on trouva le rein droit hypertrophié el contenant de très nombreux kystes. Il est regrettable que laulopsie de l'opérée de l'observation Jowers n'a pas été faite. Celte malade mourut deux jours après l'opération, avec une diminution notable de l'urine : 32 grammes par jour.

Il est vrai que pour éviler ces accidents nous avons à notre disposition la division des urines et le cathétérisme de'l'uretère qui peuvent nous donner la valeur fonctionnelle de chaque rein. Mais qui peut assurer que le rein reconnu sain au moment de l'opération, ne soit pas dans la suile atteint lui-même d'une affecbon qui le rende absolument incapable de suffir aux besoins de l'élimination.

RÉSECTION DE LA POCHE KYSTIQUE

Les mêmes raisons qui combattent la néphrectomie totale militent en faveur des opérations conservalrices. La première qui, par sa simplicité, devait se présenter aux yeux est évidémment la résection de la poche kystique. Cette méthode consiste à réséquer simpiement le plus possible des parois kystiques, tout ce qui dépasse le tissu rénal et à suturer les deux bords du parenchyme rénal après avoir placé une mèche de gaze iodoformée pour le drainage. Récamier pour plus de sûreté avait cautérisé ce qui restait de la poche kystique avec du chlorure de zinc à 1/10. Evidemment on peut se demander ce que devient cette poche kystique, et s'il ne se forme pas de nouveau liquide. Toutefois la malade de Récamier revue un an après l'opéralion, accuse seulement des douleurs légères et passagères dans le ventre, sans prédominance dans la région lombaire opérée. A la palpation, le rein de ce côté parait de volume normal et en place. La guérison semble donc être parfaite.

Il faut remarquer en effet que cette méthode a donné de bons résultats. Toutefois notre observation ne porte quesur un nombre

très restreint de cas. Nous n'avons pu réunir que 3 observations de ce genre d'opérations ; une de Ricard, une de Récamier et une autre d'Albarran. Toutes les trois se sont terminés par la guérison.

NÉPHRECTOMIE PARTIELLE

« La néphrectomie partielle, disait Terrier en 1902, pour le cas où la tumeur est petite et occupe l'un des pôles de l'organe, est une opération très défendable, supérieure à la néphrectomie et à la néphrostomie ».

Par la néphrectomie partielle le chirurgien poursuit deux buts : extirper complètement la lésion, et conserver la plus grande quantité possible de substance rénale saine. Cette opération semble donc bien la méthode idéale pour traiter les kystes séreux du rein. En effet nous savons que le kyste séreux est une lameur

bénigne, par conséquent sans tendance à la récidive, et que d'autre part le tissu rénal est resté absolument sain.

L'expérience a démontré que les objections que l'on pouvait formuler contre cette opération étaient inadmissibles.

L'hémorragie qui pourrait paraître de nature à contreindiquer cette métlfode a deux sources : le sang provient des pelits vaisseaux du rein dont l'hémostase se fait spontanément ; ou bien il provient de vaisseaux plus volumineux. La compression temporaire du pédicule rénal par un aide pendant l'opération, met à l'abri de cet accident, et Tuffier dit à ce sujet : « Le sang qui sort à flot d'une plaie rénale est une vraie pluie d'orage, qui cède à une faible compression. En comprimant le pédicule du rein pour ne rendre la circulation libre qu'après la suture de la plaie, on peut

vraiment faire l'opération à blanc ». La suture des deux vulves du tissu rénal incisé, remplaçant de suite la compression digitale, assure l'hémostase : le rein se congestionne dès que l'on cesse la compression digitale du pédicule et vient de lui-même se comprimer contre la capsule suturée.

Le rein jouit de la propriété de cicatriser très rapidement ses plaies et la réunion per primam est la règle. Le processus débute immédiatement après la résection, au bout de 48 heures il est déjà très avancé, et 1l est terminé complètement en 8 ou dix jours.

On pourrait également craindre une infiltration d'urine, en effet le rein continue à sécréter et l'urine pourrait s'insinuer le long des fils de suture. Or Tuffier a bien démontré que les plaies du rein ne sécrètent pas d'urine à leur surface, et que cette absence de sécrétion est due à l'altération aigüe de l'épithélium et à l'infiltration des canaux excréteurs par le coagulum fibrineux.

Chaque fois que l'on constate un écoulement d'urine et l'existence d'une fistule, il faut incriminer une lésion du bassinet ou de Puretère. Comme preuve à l'appui de cette constatation, nous voyons Bardenheuer extirper un kyste séreux au moyen d'une incision transversale du rein au-dessus de la tumeur, el ce faisant produire une blessure du bassinet et dela partie initiale de l'uretère. Les suites opératoires furent bonnes les deux premiers jours, mais le (troisième des manifestations septiques, dues à la

décomposition de l'urine en stagnation autour du rein, se produisirent et obligèrent à pratiquer une néphrectomie totale.

Les lésions du bassinet sont graves, on comprendra donc que, pour conduire à bien une néphrectomie partielle, les kystes

doivent être situés sur la partie convexe ou vers l'une des extrémités du rein. Au contraire un kyste, situé au voisinage du hile et ne pouvant être exlirpé sans produire des lésions du bassinet ou blesser un des gros vaisseaux, relève de la néphrectomie lotale. On peut enlever le kyste de deux manières : sait en décortiquant

la poche kystique, soit en incisant le rein à quelque distance du kyste. Les deux méthodes ont élé employées ; quelle est la préférable ? Il ne nous appartient pas de le décider. Cependant nous remarquerons que la décortication peut présenter certaines difficultés. Le tissu rénal peut se déchirer, ainsi que l'a constaté M. Brin, et causer des hémorragies. Par contre cette méthode à l'avantage de conserver le maximum de parenchyme ; il est vrai que ce parenchyme, immédiatement au voisinage du kyste, est, ainsi que nous l'avons vu, atteint de sclérose par compression ; il n'y a donc aucun inconvénient à sacrifier une bande de ce tissu déjà atteint. Cette dernière méthode nous semble donc préférable pour ces différentes raisons.

Les résullats sont d'ailleurs ee Albarran cite 5 cas de néphrectomies partielles, toutes lerminées par la guérison. De notre côté nous avons pu réunir 10 néphrectomies partielles, dont une fut suivie de néphrectomie totale. Ces 10 néphrectomies partielles donnèrent 10 guérisons.

Nous nous trouvons done en face de deux manières d" opérer : néphrectomie partielle, et néphrectomie totale quand la position ou le volume du kyste ne permettront pas de tenter la première,

La technique opératoire est la même dans les deux cas, au moins pour les premiers temps de l'intervention, Il va sans dire que la voie lombaire est de beaucoup préférable ; malheureuse-

ment dans nombre de cas, par suite d'erreur de diagnostic, on fera une néphrectomie transpéritonéale. Lorsque la tumeur sera par trop considérable on emploiera également cette méthode.

Voici, d'après Albarran, la technique opératoire dela voie lom-

baire : incision très oblique commençant en haut et en arrière sur la 42e côte au niveau du bord externe de la masse sacrolombaire, se dirigeant en bas et en avant, passant à deux travers de doigt au-dessus du point saillant de la crête iliaque, et se prolongeant plus ou moins loin sur la paroi abdominale. Après avoir coupé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, on sectionne les masses musculaires y compris le feuillet profond de l'aponévrose du transverse. Le nerf abdomino-génital étant réfoulé en arrière, on effondre le fascia rétrorénal au niveau du bord du carré lombaire. La tumeur étant ainsi découverte, si le kyste est gros on le ponctionne. On écarte avec les doigts la couche de graisse qui entoure le rein ; d'abord en avant et en arrière, puis en haut on contourne l'extrémité supérieure du rein, ensuite on décortique le pôle inférieur. Lorsque on rencontre des tractus solides ou des vaisseaux volumineux on les sectionne entre deux ligatures.

En avant l'incision de la paroi porte sur la ligne médiane ou sur le bord externe du muscle droit. Lorsque la tumeur volumineuse alleint et dépasse la ligne médiane, l'incision médiane est préférable. Lorsque la tumeur bombe nettement sur le côté de l'abdomen on emploie de préférence l'incision latérale. En haut l'incision commence sur le rebord costal, en bas elle se prolonge au-dessous de la tumeur de manière à ce qu'on puisse manœuvrer à l'aise. Le péritoine pariétal étant incisé au bistouri, on introduit l'index dans l'abdomen et on agrandit l'ouverture aux ciseaux. On refoule du côté du rein sain, au moyen de compresses,

les anses intestinales et en particulier le colon de manière à inciser, au devant du rein, le feuillet externe du méso-colon. On incise le feuillet péritonéal qui couvre le rein au bistouri, et on agrandit aux ciseaux. On prend les deux lèvres du péritoine viscéral incisé avec quelques pinces. Les deux lambeaux péritonéaux sont d'abord décollés avec les doigts. On continue ensuite à isoler la Lumeur rénale en dehors et à sa partie inférieure, en terminant par la partie supérieure et interne. Lorsque dans cette énucléation on rencontre des adhérences ou des vaisseaux sanguins, on les coupe entre deux ligatures. Il est entendu que le kyste aura été ponctionné s'il gênait pour l'énucléation.

ÉTUDE DES GRANDS KYSTES SÉREUX DU REIN nf

Tuffier conseille de dénuder le rein complètement même en vue d'une npéhrectomie partielle, ce qui permet de bien voir et de bien sentir les altérations du parenchyme, et ce qui donne à l'organe la mobilité nécessaire à son abaissement et à sa rétropulsion dans le champ opératoire.

La tumeur étant ainsi découverte, on verra si les raisons que nous avons énumérées plus haut : nombre, volume, position des kystes, permettent de tenter avec succès une néphrectomie partielle. Voici les règles tracées par Tuffier.

La poche kystique sera incisée et on examinera soigneusement ses rapports avec le parenchyme rénal. On assure l'hémostase provisoire en faisant comprimer le pédicule par les doigts d'un aide, lequel, avec les mêmes doigts peut maintenir le rein dans une posilion telle, que la région à opérer soit bien fixée en plein champ opératoire. Pour extirper le kyste on se guide sur les limites de la poche. On attaque au bistouri le parenchyme rénal en

dehors de la tumeur que l'on dissèque ainsi complètement. On oblient de cette façon un angle dièdre cruenté. Les deux valves de la plaie doivent être, autant que possible, parallèles aux faces du rein, une antérieure et l'autre postérieure ; pour respecter la vascularisation au rein. Toutefois il convient de remarquer qu'en cela on est obligé de se conformer au siège et à l'étendue de la perte de substance : la plaie sera donc perpendiculaire ou parallèle au grand axe du rein. Les deux valves du rein sont rapprochées et maintenues entre deux doigts. A l'aide d'une aiguille courbe on passe en plein tissu glandulaire quatre à six gros catguts. Après avoir bien affronté les surfaces incisées, on serre modérément les fils, en ayant soin de disposer les nœuds en dehors de la ligne d'incision. Quelques points _ superficiels au catgut sont ensuite placés entre les points pro- "fonds dans la capsule propre du rein pour parfaire exactement la coaplation. Quand tous les fils sont noués, on cesse la compression du pédicule rénal. L'organe augmente de volume en se bosselant dans l'intervalle des ligatures; mais l'hémorragie ne se reproduit pas, la turgescence des deux moitiés du rein rendant le contact plus intime et la compression par les fils plus efficace.

On draine et on suture la plaie lombaire avec du catgut pour le plan musculaire, el avec du crin de Florence pour la peau, en laissant un passage pour les drains.

Par la voie abdominale, on suture bord à bord les deux lèvres de l'incision péritonéale postérieure, el on agit de même pour le péritoine pariélal. On draine et on ferme la plaie abdominale, On emploie le cateut pour le plan musculaire, et la peau est suturée au crin de Florence. On laisse un passage pour les drains.

Si pour différentes raisons la néphrectomie partielle ne peut être pratiquée, il faut se rabatire sur la néphrectomie totale, et voici comment on doit procéder.

D'abord par la voie lombaire : L'extrémité inférieure du rein étant dégagée, on la soulève en faisant exécuter au rein un mouvement d'antéversion. À deux travers de doigt au-dessous du rein, dans la couche de graisse, on cherche à sentir le cordon urétéral. Lorsque lPurélère a été senti, on l'accroche avec le doigt, on Patlire vers la plaie et on l'isole de la graisse qui l'entoure. On passe alors au-dessous un double fil de catgut et on fait une double ligature, du côté du rein et du côté de la vessie. On sectionne l'urétère au thermo-cautère, en ayant soin de brûler la muqueuse.

Lorsque l'urétère a élé sectionné, on l'atlire en haut avec le rein, et avec le doigt on dégage le bassinet de la graisse qui l'entoure. Le rein étant décorliqué on l'énuclée sans exercer de violentes tractions. Une main attire l'extrémilé inférieure qui sort la première, les doigts de l'autre main accrochent et tirent sur l'extrémité supérieure qui vient ensuite, On achève la décortication jusqu'à ce qu'on puisse contourner librement les vaisseaux. On place un clamp qui étreint tous les vaisseaux. Au delà du clamp, au travers du pédicule, on passe une ligature qui le sépare en deux moiliés. Lorsque les deux fils non entrecroisés ont été solidement noués, on enlève la tumeur en coupant le pédicule au ras du elamp du côté'du rein. Le clamp étant encore en place, on met une autre ligature de renfort en masse. On enlève le clamp et on lie séparément les vaisseaux que l'on peut voir. Après l'extirpation d'un rein, il reste une vaste cavilé dont © la paroï donne lieu à un suintement sanguin assez considérable,

On place un drain en bas au fond de la cavité, un autre drain en haut et une mèche de gaze au milieu. La paroi musculaire est fermée au catgut et la peau au crin de Florence, en laissant une ouverture pour les drains et la gaze.

Par la voie transpéritonéale, la technique est la même pour la ligature et la section au thermo-cautère de l'urétère. Le pédicule, dont le volume est diminué autant que possible, est partagé en deux par un double fil de catgut. On coupe au ras du clampet on place une ligalure de renfort plus près de l'aorte ; on enlève le clamp et on lie séparément les vaisseaux que l'on peut voir. On parfait soigneusement l'hémastose de toute la cavité. Les bords de l'incision péritonéale postérieure sont fixés aux lèvres de l'incision péritonéale antérieure. De celte façon, dit Terrier, la grande cavité périlonéale est absolument close et isolée de la cavité rélro-périlonéale occupée précédemment par la tumeur. La sérosité peut s'écouler facilement au dehors, grâce aux drains qu'on introduit dans l'orifice suturé à la paroi abdominale antérieure. On ferme la plaie abdominale avec du catgut pour lé plan musculaire et du crin de Florence pour le plan cutané, en laissant un espace pour le passage des drains.

CONCLUSIONS

I. Le grand kyste séreux du rein est une affection rare, nous en rapportons 52 cas.

IT. Le grand kyste séreux siège ordinairement à l'un des pôles du rein, le plus souvent au pôle inférieur.

IIT. Le kyste séreux est ordinairement unilatéral, ce qui le distingue du rein polykystique.

IV. Les symptômes du kyste séreux sont peu caractéristiques, les signes fonctionnels font souvent défaut, aussi le diagnostic a-t-il rarement été fait : les erreurs les plus souvent commises sont : kyste de l'ovaire, kyste du foie ou autre humeur du rein.

V. La pathogénie du kyste séreux est discutée, la théorie la plus vraisemblable est celle qui en fait une lésion analogue au rein polykystique, mais localisée à un seul rein et même seulement à une portion de ce rein.

VI. Le traitement est exclusivement chirurgical. Deux méthodes seulement doivent être employées aujourd'hui : la méthode de choix est la néphrectomie partielle ; la néphrectomie totale ne

sera faite que si le reste du parenchyme rénal ne vaut pas d'être conservé.

VIT. La voie d'abord sera la voie lombaire ; mais la voie antérieure est souvent employée par suite d'erreur de diagnostic.

OBSER VATIONS

Observation EL. — Tumeur aqueuse enkystée du rein. — Rein surnuméraire. Sr Hawkins, Med. chir. Transact., +. XNIIL, p. 175, 1833. — John Connell, âgé de 6 ans, entra le 18 octobre 1832, à l'hôpital St-Georges, dans le service du D' Seymour, pour une tumeur de l'abdomen. D'après le récit de sa mère et une lettre écrite par le médecin qui lui donnait des soins, il paraît que, trois semaines avant son entrée, 1l avait été renversé par une voiture qui probablement lui avait passé sur le corps ; il en était résulté

une vive douleur dans l'abdomen et une tuméfaction considérable attribuées par ce médecin à l'inflammation du colon. La tuméfaction avait presque entièrement disparu au bout de 4 à 5 jours, époque à laquelle on avait obtenu avec peine des évacuations alvines. Mais, 10 jours après l'accident, il se manifesta une nouvelle tuméfaction dont le développement fut moins rapide, qui était accompagnée de très peu de douleurs et qui, au lieu d'être générale, était bornée au côté droit de l'abdomen. L'enfant, qui avait joui d'une belle santé, était devenu émacié, avait des accès fébriles et éprouvait de temps en temps des douleurs dans la tumeur. Le côté droit, tendu etdur, était occupé par une tumeur qui s'étendait de l'hypocondre droit à la région iliaque, et des lombes à une petite distance au delà de la ligne blanche, et repoussait en haut les côtes et lappendice xiphoïde. Les intestins étaient refoulés dans le côté gauche ou recouverts par la tumeur, ear le son était mat partout.

En appuyant fortement les doigts, on pouvait sentir d'une manière très obscure le bord du foie. La fluctuation était évidente, 'si l'on plaçait les doigts latéralement ; elle était moins sensible de haut en bas, comme si la cavité qui contenait le liquide était divisée par une cloison transversale, au-dessous de l'ombilie. La tumeur ne semblait pas très dou-

loureuse, maisl'enfant ressentait de la douleur de temps en temps, et la pression en déterminait un peu à la partie inférieure de l'abdomen.

Il y avait peu de fièvre, mais le pouls était rapide et faible. Langue blanche, constipation ; l'urine coulait librement ; elle était peu abondante et paraissait normale.

Quelle était la nature de cette tumeur ?

Etait-ce un abcès dans la fosse iliaque, et au milieu des muscles abdo-

minaux. causé par le coup que l'enfant avait reçu ? Cela ne parut pas probable, à cause de l'absence de sueurs et de frissons et du peu d'intensité de la douleur, de la sensibilité à la pression et de la fièvre. Etait ce un dépôt de sérosité et de lymphe ou de pus dans le péritone, résultat de l'inflammation supposée par le premier médecin ? Cette circonstance n'esb pas commune ; toutefois, après discussion, cette opinion parut la plus vraisemblable.

- Le traitement se composa des moyens suivants : calomel, huile de ricin, sangsues, régime convenable ; plus tard, frictions avec l'onguent mercuriel et la pommagle iodurée, à parties égales. La santé s'améliora, la tumeur diminua ; mais le 28 novembre la fièvre reparut, le ventre devint douloureux comme dans la péritonite, la tumeur augmenta rapidement. Le 12 décembre on fit une ponction avec un tracart très fin et l'on évacua 18 onces de liquide clair et transparent qui s'évapora presque entièrement, laissant un résidu peu abondant de matière mucoextractive, sans aucune trace d'albumine.

Cette évacuation produisit un grand soulagement, et fit changer d'opinion sur le diagnostic du malade.

D'après la nature du liquide, celui-ci n'avait pu être contenu dans le péritoine, mais bien dans un kyste. Etait-ce une tumeur aqueuse enkystée du foie ou du rein ? Le liquide était-il renfermé dans un kyste lié à un fongus hématode du rein ? Cette dernière opinion prévalut, car, après l'évacuation du liquide, on sentit dans la région lombaire une tumeur qui, comme on s'en assura

ensuite, était due au rein non augmenté de volume, mais devenu plus mobile, D'ailleurs le facies était comme on le voit ordinairement dans les maladies cancéreuses du rein, et le fongus hématode du rein est plus fréquent que la tumeur enkystée du foie ou du rein assez développée pour produire les symptômes observés dans ce cas, L'urine était naturelle, mais il en est ainsi dans le cancer du rein jusqu'à ce que la tumeur se ramollisse, qu'il s'écoule du sang ou du pus et qu'il s'opère une altération quelconque dans ce liquide.

L'urine était très peu abondante. Quelques temps avant la mort du

2 ii

malade, on s'assura qu'elle contenait une grande quantité d'hydrogène sulfuré qui noircit l'argent ; à cela près, elle n'offrait rien d'anormal. D'après ce diagnostic, on ne crut pas devoir renouveler la ponction, et peut-être cette opération aurait-elle soulagé, le petit malade.

Autopsie. — La tumeur consistait en un hyste, contenant environ 2 pintes d'un liquide dont la plus grande partie était claire ét transparente, comme celui qui avait été évacué et ne se coagula point non plus paï la chaleur ; le reste était une matière blanche demi-purulente que l'on trouve ordinairement dans les cavités séreuses ou dans les kystes qui ont été le siège de l'inflammation.

Le kyste était assez ferme en avant, mais en arrière et en dedans son tissu était si mince et si peu consistant, qu'il se déchirait avec la plus grande facilité et se laissait à peine disséquer.

Le kyste avait fait légèrement hernie au-dessous du ligament de Poupart, à travers l'anneau fémoral ; il s'étendait en haut jusqu'au foie, soulevant les côtes et refoulant ce viscère vers la poitrine et vers l'hypocondre gauche ; les autres viscères étaientégalement refoulés dans le côté gauche de l'abdomen, et le kyste était recouvert de ce côté par la portion du péritoine qui appartenait au colon. En avant, le kyste était adhérent à la face postérieure des muscles abdominaux ; en arrière, aux museles iliaques et psoas, et, sur le côté, aux vertèbres lombaires ; dans ce dernier point, il était extrêmement mince. Ainsi il occupait la moitié droite de l'abdomen et la fosse iliaque empiétant sur l'excavation pelvienne, et était extérieur au périloine. Vers la partie interne et antérieure du kyste, on voyait l'uretère que l'on pouvait suivre en haut entre les couches qui composaient le kyste, et qui se dirigeait vers le rein droit ; celui-ci était situé à la partie postérieure du kyste, mais un peu en haut et en dedans. L'uretère était tortueux et allongé; on suivait son trajet difficilement, mais il pénétrait dans le rein à la manière ordinaire, et n'avait aucune communication avec le kyste Le bassinet de ce rein offrait deux petites ouvertures qui semblaient être le produit de l'ulcération ; aux environs de ces perforations, l'uretère et le bassinet étaient noirâtres, et ternissaient la sonde d'argent comme l'hydrogène sulfuré. Le rein avait son volume ordinaire ; sa surface antérieure concourait à former la paroi postérieure du kyste qui était intimement uni aux bords de cet organe etne pouvait pas être suivi sur cette surface. Celle-ci était aplatie et

-Apre, sa membrane était épaissie. À 5 pouces environ du rein, vers la

partie interne du kyste, se trouvait un petit corps de la grosseur d'une noix qui faisait saillie dans le kyste. Ce corps qui était mou, qui se

déchirait facilement et était recouvert par une membrane mince, était un 3° rein, consistant dans un seul lobe offrant une substance tubuleuse et une substance corticale bien caractérisée, un seul mamelon un seul calice, mais aucun canal excréteur appréciable.

Tous les autres viscères étaient sains.

Observation EE, — Lancergaux., Bull. de la Société anat., 1858, p. 205. — Un kyste sanguin du rein chez un vieillard de 76 ans, mort

d'une affection organique de l'estomac.

Les deux reins anémiés sont le siège d'un grand nombre de petits kystes renfermant un liquide transparent ; le rein gauche offre en outre sur son bord postérieur une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Cette tumeur est constituée par une membrane extérieure épaisse, fibreuse et résistante, continue avec la capsule du rein épaissie. et par une substänce molle, granuleuse, peu homogène, d'aspect rougeâtre dans certains points, jaunâtre dans d'autres, et présentant partout un grand nombre de petits cristaux blancs.

L'examen microscopique, fait conjointement avec M. Ch. Robin, permet de constater qu'elle est composée d'un grand nombre de cristaux de cholestérine et de granulations qui, selon M. Robin, sont des globules altérés (sanguins). On n'y trouve aucun débris d'acéphalocyste. Cette tumeur est sans communication avec

la substance corticale du rein ; à côté d'elle se trouvent deux autres tumeurs plus petites, également munies d'une enveloppe fibreuse, renfermant, l'une surtout, des cristaux de cholestérine, et l'autre un caïllot sanguin assez récent ; ce qui s'accorde avec l'examen microscopique pour faire admettre que le contenu de la tumeur principale est bien du sang épanché et altéré.

Le malade n'a jamais présenté de trouble fonctionnel du côté des reins ; dans les derniers temps de sa vie, il avait quelque difficulté pour uriner, ce qui tenait à l'augmentation de volume de la prostate et à la faiblesse musculaire de la vessie.

" Observation EEE. — Kyste du rein gauche pris pour un kyste de

l'ovaire. — Néphrectomie. — Guérison. — Campsezz, Edinb. med. Jorn., 1864, p. 36, Jul. — Une femme, âgée de 49 ans, avait remarqué pour la première fois, il y a 18 mois, une tuméfaction dans la fosse iliaque gauche, qui à augmenté surtout pendant ces deux derniers mois. Dans cette région on sent une tumeur franchement mobile, douloureuse, de 7 centimètres environ de longueur et de 3 centimètres de largeur, qui

présente une fluctuation dans 3 points. L'utérus se trouve remonté. Urine normale.

Malade très amaigrie.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire.

Opération, le 2 décembre 1873. — Incision sur la ligne blanche. Le kyste, recouvert dans sa plus grande partie par le péritoine, fut ponctionné, sans résultat, puisque le contenu présentait la consistance d'une sorte de bouillie. Alors incision du kyste

lui-même et évacuation de son contenu. Ensuite, la tumeur fut décollée de l'épiploon, avec lequel elle avait contracté des adhérences.

Les ovaires sont libres. L'uretère gauche ainsi que les vaisseaux rénaux sont liés avec du fil de chanvre. Le pédicule réséqué. L'hémorragie fut abondante. L'extrémité inférieure du rein extirpé présentait une dégénérescence kystique. Guérison lente, 84 jours après l'opération.

\S Observation EV. — Kyste du rein droit pris pour un kyste du foie. — Tourex, LéororD, Thèse de Paris, 1865,N° 162, p. 26. — B.., âgé de 57 ans, ébéniste, entre le 18 avril 1865 dans le service de M. Maisonneuve, pour une tumeur abdominale.

Rien à noter dans les antécédents, ni coliques d'aucune sorte, ni aucun trouble de la santé.

Le malade fait remonter le début de sa maladie au milieu du mois d'août 1864. A cette époque il eût des douleurs très vives dans l'hypocondre droit el en même temps il s"aperçut que son ventre avait grossi. Les douleurs étaient intermittentes, déterminées par le changement de position. Au mois de janvier 1865, de l'œdème peu considérable aux mallévles droites, puis aux malléoles gauches. L'œædème disparait au bout de 2 mois. 15 jours avant l'entrée, diarrhée peu intense (3 ou 4 selles en 24 heures), appétit diminué, soif plus vive, amaigrissement, insomnie.

Etat du malade à son entrée. — Le côté droit de l'abdomen est arrondi, bombé. Par la palpation on constate la présence d'une tumeur fluctuante, le liquide parait distendre beaucoup les parois de la cavité. La matité se confond en haut avec celle du foie, en bas elle s'étend jusqu'à 2 ou 3 centimètres de la crête iliaque. En

dedans, elle est limitée par une ligne qui irait de l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à l'épigastre, de sorte qu'en dedans et en haut la matité de la tumeur se confond encore avec la matité du foie.

Le côté gauche de l'abdomen est libre, pas d'ascite.

Simon

PSS

On diagnostiqua un kyste du foie, probablement hydatique, et le 21 avril on fit une ponction. Il en sortit un liquide brun foncé, d'une odeur fétide, à la surface duquel on voyait des paillettes de cholestérine. La quantité de liquide sorti peut être évaluée à environ 3 litres. Analyse faite, on vit que c'était du sang altéré, on n'y trouva aucun débris d'entozoaire ; on fit une injection de teinture d'iode coupée avec égale partie d'eau, et on laissa la canule en place.

22 avril, — Ventre météorisé, non douloureux, quelques nausées, pas de fièvre,

(Injection d'une solution d'acide phénique au 1/1000, puis au 1/100). Les jours suivants on faisait «sortir un liquide foncé de plus en plus fétide, et on injectait toujours de l'acide phénique au 1/100. La canule, restée en place, détermine une adhérence entre la paroi abdominale et la paroi de la tumeur. Affaiblissement, prostration, inappétence.

Mort

Aulopsie pratiqué 28 heures après la mort. — Au niveau de la ponction le kyste adhère intimement à la paroi abdominale. La poche kystique a contracté des adhérences celluleuses avec le bord antérieur et la face inférieure du foie, avec les intestins et le grand épiploon. Ces adhérences sont faibles, elles cèdent devant le doigt qui les presse. La poche kystique est revenue sur elle-même, elle à une capacité d'un peu moins d'un litre. Elle fait corps avec Le rein et proémine, surtout du côté du bord convexe de cet organe. Le rein est allongé, la distance entre les deux extrémités est de 15 centimètres. La surface externe de la poche kystique est lisse, se continue manifestement avec la surface externe du rein; en d'autres termes, la couche la plus externe de la paroi kystique se continue avec la capsule du rein, ce qui démontre que le kyste s'est développé dans l'épaisseur même de cette glande.

En incisant la tumeur, on trouve une seule loge contenant un liquide d'une coloration bleuâtre, d'une odeur excessivement infecte : il y a en outre des sortes de débris de fausses membranes granuleuses, altérées, adhérant facilement aux parois.

La paroi du kyste constituée par des feuillets fibreux stratifiés a, dans

teece

certains points, 5 millimètres d'épaisseur, dans d'autres points la paroi a plus de 1 centimètre. En incisant l'organe de son bord concave à son bord convexe, 1l est facile de s'assurer qu'il est pour ainsi dire séparé en deux moitiés par la poche kystique, au niveau de laquelle la couche corticale et les pyramides sont

presque complètement détruites, du moins considérablement atrophiées. Cette atrophie porte particulièrement sur la couche corticale qui forme une partie de la paroi du kyste. La cavité de la tumeur est séparée du bassinet par une partie de la substance tubuleuse et une partie de la substance mamelonnée qui, comprimées, condensées, forment en ce point la partie kystique; en sorte que l'uretère communique avec les mamelons correspondants aux portions du rein restées à peu près saines et qui sont séparées et éloignées l'une de l'autre par la tumeur, mais l'uretère ne paraît nullement communiquer avec la poche kystique.

Les 2 moitiés du rein séparées par le kyste sont aplaties, un peu amincies. Il n'y a aucune autre production kystique dans le reste du parenchyme rénal.

Le rein du côté gauche ainsi que les capsules surrénales ne présentent rien d'anormal. La rate est tuméfiée d'une manière notable. Dans le sommet des 2 poumons on trouve des abcès métastatiques du volume

d'une grosse noisette,

Observation V. — Kyste énorme du rein droit. — Ipem, /bid., p. 31. — B..., Jean, journalier, 48 ans. Entré le 6 décembre 1864 dans le service de M. Gallard, salle St-Augustin, à l'hôpital St-Antoine. Passé le 45 dans le service de M. Béraud.

Voici le résultat de Fexamen du malade :

Pas d'antécédent de famille, constitution assez robuste ; 1l a séjourné en Afrique comme militaire et y a contracté la dysenterie et la fièvre intermittente. Fait remonter à cette époque le début des accidents, qui sont : marche pénible, douleurs dans l'hy-

pochondre droit, frissons irréguliers, douleurs scrotales, perte de l'appétit, digestions troublées.

Etat actuel (45 décembre). — Dans le flane droit, tumeur volumineuse, s'étendant vers l''ombilie en dedans, jusqu'au rebord costal en haut, dans la fosse iliaque en bas, et en arrière jusqu'à la colonne vertébrale. La matité existe dans tous ces points, seulement, au niveau du rebord costal, on a un peu de sonorité, due au colon transverse et sépa-

rant la matité du foie de celle due à la tumeur. Empâtement œdéma-

teux des téguments au niveau de la tumeur, pas de douleur à la pres-

sion, gargouillement au niveau du colon transverse, entre la matité du foie et celle de la tumeur, permet de croire que la tumeur est indépendante du foie et qu'elle a son siège dans le rein.

16. — Membres inférieurs œdématiés, fièvre continue, appétit et force diminués, sommeil agité, cauchemar.

17 au 23. — Cinq applications successives de caustique de Vienne dans le flanc droit, à 4 travers de doigt au-dessous du rebord costal et un peu en arrière, de manière à laisser le colon ascendant en avant. L'eschare tombée, on fait une ponction avec le trocart explorateur, 1l s'écoule 125 grammes d'un liquide visqueux, rougeâtre, ayant une odeur urineuse, et ammoniacale. En traitant par l'acide nitrique, il se forme un dépôt considérable d'albumine. On introduit par l'orifice une soude en

gomme élastique qu'on laisse à demeure

24. — En enlevant le fausset de la soude on voit s'écouler quelques gouttes d'un liquide purulent et épais.

25. — La nuit a été mauvaise, agitation, délire, prostration nécessi-

tant l'emploi des toniques qu'on administre dès ce jour sous toutes les formes. On fait une injection avec la teinture d'iode.

26. — La nuit a été meilleure, les forces et l'appétit sont revenus. L'œdème des membres inférieurs persiste. On retire, par la soude, 300 grammes d'un liquide purulent, Nouvelle injection 1odée.

27 au 31. — On extrait en moyenne tous les jours 200 grammes d'un liquide grisâtre, épais, très fétide. On fait tous les jours une injection chlorure.

Du eau 5 janvier 1865. — Les bronches s'engorgent, on entend dans toute la poitrine des râles sibilants et ronflants. La respiration est gênée, le faciès est cyanosé et couvert de sueur, l'infiltration des membres inférieurs augmente.

Mort dans la nuit

Nécropsie. — Tumeur ovoïde située dans le flanc droit, occupant l'étendue que nous avons déjà fixée ; en rapport par sa face antérieure avec les colons ascendant et transverse qui lui adhèrent intimement et

reposant par sa face postérieure sur le psoas qu'elle recouvre entièrement.

L'orifice fait à la tumeur par le trocart est situé à 1 centimètre en arrière du colon ascendant. La face externe de la tumeur est noirâtre, lisse, légèrement bosselée. Les parois sont très épaisses, leur épaisseur va en certains endroits jusqu'à 1/2 et même plus de { centimètre. De dis-

tance en distance ces parois fibreuses présentent des parties dures comme

du cartilage. La face interne du kyste est inégale et présente des alvéoles irrégulières, limitée par des cloisons incomplètes. On y voit adhérer des concrétions calcaires en assez grand nombre; elles sont aplaties, cireulaires, quelques-unes ont la largeur d'une pièce de 50 centimes : soumises à l'analyse elles paraissent formées d'acide urique et de sels de chaux.

On trouve encore dans la poche, du liquide grisätre, fétide et épais. A la face externe el supérieure de la tumeur on trouve une petite masse glandulaire qui n'est autre qu'une portion du rein dont la majeure partie a été détruite.

La vessie est saine.

L'uretère droit a 1 pouce de longueur ; il va de la vessie à l'extrémité inférieure de la tumeur, là il Jui devient adhérent et se confond avecelle.

La tumeur adhère par sa face postérieure à la gaine du psoas; en l'enlevant on ouvre cette gaine et il s'en écoule une grande quantité de pus bien lié. Toute la gaine est remplie de pus. Le muscle psoas n'existe

pas. Il y à eu là un psoïtis qui a été méconnu.

7 Observation VE. — Iosu, /bid., p. 33. — Un homme de 36 ans est pris subitement, le 1€ juillet 1855, de frissons qui durent plusieurs heures suivis de douleurs vives dans l'hypocondre droit et la région lombaire du même côté. Fièvre, maux de tête, vertiges, nausées, anorexie, soif vive, diarrhée. Au bout de quelques jours une tumeur avait paru au dessous de l'hypocondre droit.

Recu à lPhôpital de Zurich le 21 juillet, le malade présente un état typhoïde, des traits altérés, le regard terne, exprimant la stupeur, pouls petit 116, la langue est blanchâtre, tremblotante, tous les symptomes mentionnés persistent.

Urines troubles d'un jaune foncé sans albumine.

Dans l'hypocondre droit on trouve une tumeur assez molle qui, en haut, se perd dans la région du foie, en bas est perceptible un peu au dessous de l'ombilie, en avant atteint la ligne blanche et en arrière ne peut être délimitée. La surface parait égale, elle offre une fluctuation obscure. — Traitement expectant : lait, bouillon.

La tumeur est reconnue pour une collection purulente, mais on ne peut savoir à quel organe elle appartient. Le malade reste dans cet état typhoïde, la diarrhée persiste à un léger degré, la tumeur s'étend et devient le siège de douleurs fréquentes, augmentées par la pression, la fièvre est continue avec des exacerbations le soir.

Vers la fin de juillet complication d'une bronchite,

Au commmencement d'août la diarrhée cesse, la bronchite diminue, le malade est très faible et plongé dans la stupeur. Urines

troubles, émission parfois douloureuses, pouls à 108, langue sèche.

Matité en arrière, à droite, à partir de l'angle inférieur de l'omoplateen bas.

On donne au malade une décoction de quinquina, du vin, du laitet du bouillon pour nourriture.

La tumeur augmente, mais les douleurs diminuent et les vomissements se montrent de loin en loin.

26 août. — Selles fréquentes, teintées de sang, peu copieuses et accompagnées de ténesme. Cet état cède à l'opium et à des lavements avec une solution de nitrate d'argent.

Pendant le mois de septembre le malade arrive au dernier degré de marasme. La matité en arrière et à droite diminue, ce qui fait supposer qu'outre la tumeur un épanchement dans la plèvre avait occupé cette région. La diarrhée persiste à un léger degré. La tumeur devient de plus en plus diffuse ; elle est masquée quelquefois par le son tympanique des intestins. Pendant la durée de la diarrhée dysentérique on trouve dans les selles du pus qui disparait sur la fin.

26 septembre. — OEdème aux mains.

Mort

Autopsie, 22 heures après la mort. — Liquide sous arachnoïdien et

ventriculaire augmenté, consistance du cerveau molle, surtout dans les parties centrales.

En ouvrant l'abdomen on trouve une partie du colon ascendant adhérant à la paroi abdominale par des adhérences faciles à détacher. A sa face postérieure et externe le colon adhère à une vaste tumeur fluctuante qui, en haut, adhère au bord et à la face inférieure du foie et qui, en bas, s'étend jusque dans la fosse" iliaque droite. Cette tumeur appartient au rein droit qui est entièrement transformé en une poche purulente de 25 centimètres de hauteur sur 15 de largeur et 9 d'épaisseur. Sa surface est lisse, largement lobée ; elle envoie de tous les côtés des brides celluleuses d'adhérences avec les tissus voisins, adhérences qui vont même jusqu'au diaphragme. ‘

Luretère droit est extrêmement petit et étroit, toutefois non oblitéré.

‘La tumeur renferme plus d’un litre d'un pus épais d’un jaune verdâtre ; après l'avoir fait sortir, on constate que :le tissu rénal a disparu et l’on voit dans la poche un certain nombre de cloisons, placées sur la péri-

VW

 phérie et qui aboutissent dans une cavité commune, qui montre les vestiges du bassinet et des calices du rein très dilatés et profondément altérés. La face interne du kyste purulent est couverte d’une membrane pyogénique d'un gris verdâtre, à laquelle adhèrent çà et là des lambeaux pseudo-membraneux.

Le rein gauche est notablement hypertrophié, il a 44 centimètres de hauteur, 6 de largeur, 4 1/2 d'épaisseur.

Le bassinet est dilaté et renferme ainsi que les calices beaucoup de sable et d'acide urique. La muqueuse du bassinet a plus de 1 millimètre d'épaisseur ; elle est blanchâtre, ferme, médiocrement vasculaire. La substance du rein est très ferme et compacte. Le tissu connectif à considérablement augmenté, on en voit de petits cordons blanchâtres disséminés à travers sa substance.

L'hypertrophie a atteint également les parties corticales et tubuleuses.

La capsule est normale, le foie est sain et de volume ordinaire, il en

-est de même de la rate.

Observation VIE. — Bénier, Gaz. hebdom., 1867, p. 413. — Il s'agit d'une tumeur énorm? provenant d'une femme morte dernièrement dans son service à la Pitié. Cette tumeur, que l'on croyait être un kyste de l'ovaire, était un kyste monstrueux du rein droit. Elle avait été ponctionnée deux fois et avait toujours fourni un liquide couleur chocolat, qui n'a jamais présenté les caractères de l'urine.

Le développement de cette poche kystique parait se lier à la présence de deux gros calculs qui obstruaient l'orifice de l'uretère.

Observation VEEE. — Kyste du rein. — Raruery, fhèse inaugurale, 1870, p. 112. — K ..., Louise, âgée de 2 ans, entre à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Giraldès, le 21 septembre 1869.

Au mois de juillet dernier, cette enfant a été renversée par une voiture et serrée entre elle et le bord du trottoir. Elle entra à cette époque à l'hôpital, présentant un décollement très étendu de la fesse gauche avec un épanchement abondant de sérosité La paroi abdominale présentait quelques légères écorchures. L'enfant sortit guérie au bout d'un mois.

Elle rentre le 21 septembre pour une tumeur qui occupait le flanc gauche ; on sent dans cette région une tumeur fluctuante, volumineuse. A la percussion on constate que la matité remonte en haut et en avant jusqu'au bord supérieur de la dixième côte, tandis qu'en bas elle occupe

toute la fosse iliaque; en arrière, elle se continue avec celle de la colonne vertébrale; en avant, elle va jusqu'à un travers de main en dehors de -la ligne blanche. Le foie a ses dimensions normales. La rate ne peut être distinguée de la tumeur. Les veines de la paroi abdominale sont un peu plus apparentes qu'à l'état normal. L'état général est bon. Les fonctions digestives et respiratoires s'accomplissent parfaitement ; l'enfant ne semble nullement souffrir.

On pense à un kyste hydatique de l'hypochondre gauche ; M. Giraldès fait en ce point une ponction de la tumeur. Il s'écoule environ quatre litres d'un liquide à peu près incolore, à peine citrin, contenant de l'albumine On laisse reposer le liquide, et dans les sédiments examinés avec soin on ne trouve aucun crochet d'hydatides. Le lendemain la tumeur s'est reproduite presque dans l'état précédent. Le ventre est un peu ballonné sans être douloureux.

2e ponction le 20 octobre : elle fournit une grande quantité d'un liquide analogue à celui de la 1re ponction. L'analyse de ce liquide estfaite par M. Rabourdin, interne en pharmacie, qui y constate la présence d'albumine, de chlorure de sodium et d'une faible quantité d'urée. Les urines ne sont pas albumineuses.

Une 3° et une 4 ponction sont pratiquées le 12 et le 29 novembre. Après chaque ponction la tumeur se reproduit très rapidement. C'est par le flanc droit qu'elle semble se reproduire d'abord ; en 2 jours, elle a atteint son ancien volume.

A partir du 15 décembre, la petite malade a de la fièvre qui revient tous les jours (soir); elle perd Pappétit ; le kyste suppure. M. Giraldès pratique sur la tumeur une incision par laquelle il s'écoule une grande quantité d'un liquide purulent. Le doigt introduit dans la plaie arrive dans une vaste poche, passant au devant de la colonne vertébrale et de l'aorte qu'on sent battre sous le doigt. A la partie supérieure de la tumeur on sent un corps dur, lisse, qui semble être la rate. On fit dans la plaie des injections de permanganate de potasse. La tumeur semble un peu diminuer ; mais, vers le milieu de février, la malade est prise d''accidents subaigus de péritonite et elle succombe. =

A l'autopsie on trouve toutes les lésions de la péritonite. La tumeur est constituée par un kyste qui occupe le flanc et descend jusque dans la fosse iliaque Le bord supérieur de l'os iliaque se trouve dénudé et légèrement érodé. Le rein gauche est englobé dans la tumeur ; à sa périphérie on ne trouve que quelques parcelles de la substance rénale. L'uretère se perd sur les parois de la tumeur et ne peut être suivi,

ÉTUDE DES GRANDS KYSTES SÉREUX DU REIN où

Observation IX. — Meanow, Brit. med. Journ., Jul. 8, 1871, &. I, p. #4. — Le D' Meadow a fait l'opération de la néphrectomie samedi dans des circonstances assez particulières.

L'opération fut faite pour soulager une malade, qui présentait les symptômes habituels d'un kyste de l'ovaire ; mais à l'ouverture de l'abdomen, On trouva que la tumeur était un gros kyste du rein.

La structure normale de l'organe avait presque entièrement disparu, tandis que l'autre rein était d'apparence saine.

Le D' Meadow pensant qu'enlever l'organe malade présentait la meilleure méthode de traitement, appliqua en conséquence un clamp, comme pour l'enlèvement d'une tumeur de l'ovaire.

Bien que la femme présentät des symptômes de suppression de l'urine pendant 24 heures, elle est maintenant, pensons-nous, en bon état,

Observation X. — Meapow, Pru. med. Journ., Jul. 15, 1871, &. IL, p. 73. — Ce cas de néphrectomie dont nous avons parlé la semaine dernière a eu malheureusement une issue fatale le 6° jour, par hémorragie venant du pédicule qui avait été étreint par des ligatures et non par un clamp comme nous l'avons dit par erreur.

Il n'y avait pas de pédicule qui put admettre l'application du clamp, car la masse se séparait près de la colonne vertébrale et la ligature était appliquée à la distance d'un pouce de la veine-cave.

Il n'y avait nulle part la moindre trace d'inflammation. La destruction complètement définitive et graduelle de la substance secrétante du rein fut, sans aucun doute, la cause de l'hypertrophie complémentaire de l'organe sain du côté opposé, et diminua au

minimum Jes chances des symptômes d'urémie après l'opération.

Mais il est probable que ce sont les conditions habituelles dans la majorité des cas où il est indiqué de faire l'opération de néphrotomie.

La cause de la mort semble avoir été purement accidentelle, et ce cas permet absolument de penser que l'opération en elle-même n'est pas aussi

grave qu'on l'a généralement supposée.

Observation XE. — Morcière. — Lyon médical, &. XXI, p. 36%, 1876. — Il s'agit d'un rein kystique ayant appartenu à une vieille femme morte d'une affection chronique des poumons, laquelle n'avait présenté pendant la vie aucun trouble du côté des voies urinaires.

Observation XEZ. — Ilare, citée par Lancereaux, dans Dict.

encyclop. des sciences médicales, 3° série, L. III, p. 290. Paris, 1876. —

Chez un homme de 62 ans, qui présentait une tumeur s'étendant des fausses côtes au pubis, cet auteur (Hare, 7ransact. of the Pathol. Society London, +. IV, p. 199, 1850-61) constata après la mort un kyste énorme du rein droit, qui avaitatrophiéla moitiéinférieure de l'organe, tandis que la moitié supérieure était restée saine ; ce kyste contenait un fluide verdâtre transparent, qui, par son exposition à l'air, prit la consistance d'une gelée ; l'uretère et le bassinet étaient nOTINAUX, le rein opposé renfermait simplement un kyste du volume d'un grain de chènevis.

Observation XEEE. — Kyste volumineux du rein droit mobile. —

— Néphrectomie. Mort par infection purulente, — Czerny, Langenbeck's Archiv, Bd. XXV, 1880. — Une femme de 40 ans est atteinte d'une dégénérescence kystique du rein droit qui semble être mobile. Opération, le 3 mai 1880. — Incision sur la ligne blanche. Ablation de la tumeur. Les suites de l'opération furent heureuses au début, mais pendant la deuxième semaine, il se forma des abcès dans le poumon, le rein et au niveau du sacrum, et ilse développa une parotidite suppurée. Mort le 20 juin 1880. Pas de péritonite, la plaie abdominale est cicatrisée. À l'extrémité inférieure du rein extirpé on trouve un kyste du volume d'une tête d'enfant. Le rein droit est ratatiné, granuleux.

Observation XEV. — M. Acsanrax, Congrès de chirurgie, 1896, -

p.514. — J'ai opéré une malade dont le rein présentait trois kystes

séreux ; l'un gros comme une orange, au niveau de l'extrémité infé-

rieure de l'organe ; deux autres, de la grosseur respectivement d'une aveline et d'un pois, siégeaient sur la face antérieure. J'ai réséqué les parois des deux petits kystes dans toute la portion qu'elles dépassaient la substance rénale, je Louchai à l'eau phéniquée toute la partie enclavée

dans le RU et je fis le bourrage des petites cavités avec de la.

gaze aseptique.We grand kyste avait détruit le pôle inférieure du rein et, en réséquant sa paroi au ras de l'organe, je dus couper

une mince languette de tissu rénal qui formait collerette ; j'arrêtai le sang par une suture au surjet. Je laissai la partie correspondante de la paroi kystique adhérente à la surface plane représentant l'extrémité inférieure du rein et je bourrai à la gaze. Cette conduite me paraît préférable à l'extirpation complète en coupant en plein parenchyme, car il faudrait, dans ce dernier cas, sacrifier trop de tissu rénal. sans aucun avantage. Ma malade a bien guéri, |

Observation XV. — Kyste du rein droit — Ponction. — Guériron. — Dyecay, Arch. génér. de médecine, 1880, t&. I, p. 611. — La nommée Ch. L..., âgée de #4 ans, giletière, est entrée dans mon service le 9 février 1880. Réglée à 15 ans, mariée à 17 ans, la malade n'a jamais eu d'enfant. La santé générale est parfaite, la menstruation toujours régulière, un peu douloureuse.

En 1871, elle a remarqué queson ventre était uniformément augmenté de volume, balloñné, mais sans tumeur appréciable. Celle-ci parait avoir été constatée pour la première fois, dans le côté droit de l'abdomen, en 1873 ou 1874, et, suivant le dire de la malade, elle aurait disparu au bout de quelques mois, sans traitement,

Il y à # ans, après un effort pour mettre un bouton à sa bottine, la malade à ressenti une douleur très forte qui, partant du rein droit, irradiait jusque dans la fosse iliaque droite. Cette douleur persista et força la malade à garder le lit pendant quelques jours. Elle avait en même temps de la fièvre, des nausées, pas de vomissements ; enfin elle éprouvait des besoins fréquents d'uriner, sans que l'urine présentât, d'ailleurs, aucune altération appréciable.

Une crise douloureuse, absolument semblable à la précédente comme caractères et comme durée, est survenue il y à 18 mois.

Etat actuel, — La santé générale est bonne, l''embonpoint normal, le faciès est un peu pâle.

Du côté de l'abdomen on trouve une tuméfaction notable, occupant l'hypogastre et la moitié du ventre. La partie de la tumeur qui répond au flanc droit et à l'hypogastre droit est lisse, rénitente, fluctuante Elle est assez mobile latéralement, immobile dans le sens vertical. Elle suit les mouvements du diaphragme et semble se continuer avec le foie.

Cependant au voisinage de la région épigastrique, il est possible d'enfoncer les doigts au-dessous des fausses côtes et d'isoler la tumeur en la refoulant par en bas ; plus en arrière, cet isolement devient impossible. Par la percussion, on trouve une matité complète de la tumeur, mais il existe une zône de sonorité peu étendue au-dessous du rebord des fausses côtes.

La portion de la tumeur qui occupe la région hypogastrique présente des caractères différents; elle est inégale à sa surface, de consistance plus dure, non fluctuante ; ses liniites sont mal déterminées ; elle est peu mobile et parait, en somme, indépendante de la tumeur du flanc droit.

Par le toucher vaginal on trouve le col porté en avant, hypertrophié,

le corps très volumineux, bosselé, peu mobile, et en continuité directe avec la tumeur de la région hypogastrique. Les mouvements imprimés à la tumeur du flanc ne se (transmettent pas à l'utérus,

Le 10 février, une ponction faite avec l'aspirateur Potain, dans la région du flanc droit, sur le trajet de la ligne axillaire, donne issue à 1.500 grammes d'un liquide dont l'analyse chimique et microscopique a fourni les résultats suivants :

Analyse faite par M. Ducom, pharmacien en chef de l'hôpital Lariboisière.

Le liquide qui m'a été remis, le 18 février 1880, de la partde M. le docteur Duplay, comme provenant d'un kyste du rein, de la malade couchée au n° 17 de Sainte-Marthe, est d'une couleur brun rougeûtre, foncé, opaque, fluide, sans viscosité ; il mousse par l'agitation.

Il ne possède pas d'odeur marquée.

Sa densité est de 1020.

Il est légèrement alcalin..

Jeté sur un filtre, il donne une liqueur demi-transparente, d'un brun rougeàtre,

La liqueur filtrée essayée au point de vue de l'urée, à cause de son origine spéciale, contient, par litre, 2 gr. 562 milligrammes de cette substance.

Cette même liqueur filtrée, soumise à l'ébullition, donne un coagulum brun grisâtre, très abondant et très opaque.

Additionnée d'acide acétique, et bouillie, elle donne un coagulum de même couleur, mais opalin.

L'acide azotique y détermine un abondant précipité blanc grisâtre, insoluble dans un excès de précipitant.

Le sulfate de magnésie en excès y produit un précipité muqueux assez abondant.

L'alcool concentré, les acides phénique, picrique, tannique, la précipitent abondamment.

10 grammes de liquide filtré, évaporées à 1109, ont laissé un résidu sec, pesant 416 milligrammes. Ce résidu, incinéré, a laissé un nouveau résidu, formé de sels inorganiques, pesant 87 milligrammes. Le dépôt rougeâtre resté sur le filtre, et provenant de 100 grammes de liquide opaque primitif, pesait, après dessication à 1109, 16 centigrammes ; examiné avant d'être desséché, il était surtout formé de globules sanguins, macérés et légèrement déformés, de débris épithéliaux et de globules adipeux.

Il résulte de ces expériences que 1.000 grammes de liquide analysé sont formés de :

Sérum et hydropisine . °.. : . : . 4 gr. 60 RCD ICE ANNE re 250 Hématies, globules gras, épithélium l 60 Sels inorganiques SEA PPT RS PC ETES Or ENENS 945 54

Fosse A1 00000

Analyse microscopique, faite par M. Netter, interne du service.

Le liquide recueilli par la ponction du kyste de la malade n° 17, de Sainte Marthe, d'une coloration brun foncé et laisse, par le repos, déposer une proportion considérable de sédiments d'un brun rougeâtre qui paraissent, à première vue, renfermer une grande quantité de globules rouges.

L'examen microscopique de ce dépôt fait voir :

19 Une grande quantité de corps arrondis à simple ou double contours, globules absolument incolores sans noyaux (globules rouges décolorés et conservés dans l'urine) ;

2° Une quantité beaucoup moindre de cellules aplaties, irrégulières avec noyau (épithélium pavimenteux).

Un nombre très considérable de petits corps arrondis, ayant 1 ou 2 centimètres, de coloration ocreuse, isolés ou combinés, formant des groupes arrondis ou cylindriques.

On trouve de ces grains dans les cellules épithéliales. Il y en a à la surface de cylindres hyalins ? Ces grains ne disparaissent pas par l'action des acides, mais on voit se produire quelques cristaux de cholestérine en lamelles très nettes. Il y a quelques cristaux losangiques jaunes d'acide urique : ce sont sans doute des urates de soude ou de chaux. Nous avons, enfin, déjà mentionné l'existence de cylindres hyalins, ceux-ci peu abondants.

L'examen microscopique plaide done en faveur de l'origine rénale d'un kyste dont le liquide renferme des sédiments urinaires, des globules rouges altérés, comme ils le sont quand ils ont séjourné dans l'urine, des éléments développés dans les reins (cylindres).

Quelques heures après la ponction, la malade à éprouvé, dans le flanc droit, une douleur assez vive, irradiant dans l'aine droite, et qui a dis-

paru spontanément au bout d'une heure. A part ce symptôme, il n'est

survenu aucun accident et la malade se levait quelques jours après. Nous l'avons examinée depuis à plusieurs reprises. La por-

tion de la tumeur qui occupait le flane ne s'est jamais reproduite, et la sonorité a fait place à la matité qui existait à ce niveau. Au contraire, la portion de la tumeur qui répondait à l'hypogastre a persisté avec les mêmes caractères.

La malade a quitté l'hôpital le 3 mars, et nous l'avons revue plusieurs

fois depuis, sans constater aucune modification.

Observation XVE. -- Kyste du rein pris pour un kyste de l'ovaire. — Néphrectomie. — Mort. - PEASsLEE, On Uvarian tumours ; New-York, 1872 et Transact of internat. chirurg. Congress, 1881, vol. IT. — Femme portant tumeur abdominale, tumeur diagnostiquée après examen ; hyste de l'ovaire.

Opération, avril 1868. — Incision sur la ligne médiane. On s'aperçoit alors que la tumeur est un kyste du rein qui fut extirpé. Pas de coma, micltion normale.

Mort, par péritonite, 50 heures après l'opération.

Observation XVERE — Kyste volumineux du rein droit. — Néphrectomie. — Mort. — Buncess, San Francisco Western Lancet, nov. 1881. — Homme, 53 ans, souffrant depuis longtemps de tumeur

abdominale volumineuse.

Opération, novembre 1880. — Incision abdominale, Kyste du rein. Ligature du pédicule et ablationdu rein. Mort.

Observation NM VEEE. — Kyste sanguin (hématome) du rein gauche pris pour kyste de l'ovaire. — Néphrectomie. — Guérison, — LéorOLD, Arch. f. Gynækologie, Bd, XIX, 1882. — Femme, 33

ans. Il ya 6 ans, début du développement d'une tumeur dans le bas-ventre avec douleurs assez intenses. Sur la ligne médiane de Pabdomen, on constate la présence d'une tumeur élastique, peu mobile, qui s'étend à 2 travers de doigt au-dessous du rebord des côtes. En avant de la tumeur on ne trouve pas d'organes qui lui soient adhérents.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire.

Opération, 23 octobre 1881. — Ouverture de la cavité abdomiriale par incision sur la ligne blanche. Le kyste fut ponctionné et on en retira 4 litres d'un liquide roussâtre, épais. Déchirure des adhérences avec le . colon. Ligature en masse du pédicule, et ligature de chaque organe du hile séparément. Une portion du rein resta dans l'abdomen. La tumeur

extirpée était un kyste sanguin (hématôme ?) développé dans l'extrémité inférieure du rein. Guérison.

Observation XEX. — Kyste du rein pris pour tumeur de l'ovaire. — Néphrectomie. — Guérison. — KkkrixG, British med. Journal, 1882, vol IE. — Femme 23 ans, souffrant d'ure tumeur abdominale.

Diaynostie — Tumeur de l'ovaire.

Opération, le 10 août 1882. — Incision abdominale, Le pédicule fut lié avec du catgut. Drainage de la plaie. Suppuration. La convalescence fut lente à cause de la suppuration et de la diarrhée. La tumeur kystique présentait des parois fibreuses, solides, et elle s'était probablement développée dans la capsule surrénale ou dans l'extrémité supérieure du rein, qui ne présentait pas luimême de grandes altérations.

Observation XX, — Kyste du rein gauche. — Néphrectonie. — Mort. — Currixcwortin, Bristih med: Journal, 1882, vol. II. — Femme, 26 ans, avait remarqué pour la premiere fois, il y à 5 ans, une tumeur qui fut ponctionnée plusieurs fois. Cette tumeur occupait toute la moitié gauche de l'abdomen. dépassant mème la ligne blanche à droite de 2 travers de doigt. Matité depuis la 12° côte, jusqu'à l'épine ihaque. Urine

claire, mais albumineuse,

Diagnostic. — Kyste du rein gauche.

; sa Yo 526 ‘ RE Vite Opération, le 9 juin 1882. — Incision sur la ligne médiane, péritoine

épaissi. La tumeur fut énuclée en totalité, et l'uretère et les vaisseaux liés.

Mort de choc 12 heures après l'opération. Lésion de néphrite commen-

cante du rein droit.

Observation XXE. — Kyste du rein pris pour kyste de l'ovaire. — Néphrectomie. — Mort. — Orcrten, Association française pour l’avancement des sciences. — Session de Rouen ; La Semaine médicale, 1883, p- 283 ; ftevue de chir.. 1883, p. 898. — Femme, avec tumeur abdominale. Jamais de troubles rénaux, ni vésicaux. Jamais de douleurs lom-

baires. Jamais de tumeur dans cette région.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire.

Opération, 1882. — Incision abdominale. On reconnait un kyste du

rein. Enueléation de la tumeur, pas de ligature perdue.

Mort de péritonite le 3° jour.

Observation XXEE. — Un cas de néphrectomie pour une tumeur kystique d'un rein flottant. — Wicrram WALTER, Brit. med. journ., septembre 29, 1883, €. IT, p. 615. — Le cas de cette communication con-

cerne une femme âgée de 42 ans qui fut admise à lhôpital Sainte Marie, le 9 avril 1883, pour une tumeur mobile de la région lombaire droite. Elle souffrait aussi d'un prolapsusde l'utérus et de l'ovaire gauche, mais de cette, dernière affection elle ressentait peu d'inconvénient. Durant les trois mois précédents elle avait été confiée, comme malade externe, aux soins de mon collègue, M. Ewart, qui me montra le cas le 1°" jour que cette femme vint à l'hôpital. Nous fümes tous les deux d'accord que la tumeur de la région lombaire droite était un rein déplacé et que l'organe avait des dimensions normales. On pouvait facilement le repousser à travers la ligne médiane jusqu'à la région de l'hypochondre gauche, aussi bien qu'en haut sous le foie.

La prochaine fois que je vis la malade, c'était quelques jours avant son admission à l'hôpital quand, par suite du départ de M. Ewart, de Manchester, cette femme me fut confiée. Je constatais la présence nouvelle d'une notable altération.

La tumeur avait perdu sa forme rénale, avait une forme sphérique, et était 3 fois plus grande qu'un rein normal.

La situation de la femme avait également empiré, et, pendant les 5 ou 6 semaines précédentes, elle avait des vomissements constants. Tout ce qu'elle absorbait ne restait pas plus de quelques minutes dans l'estomac : elle se plaignait de douleur et de sensibilité dans la tumeur. La surface de la tumeur était absolument unie ; la consistance en était solide, bien qu'on percevait une obscure sensation d'élasticité. On ne pouvait découvrir aucune fluctuation. La tumeur restait encore aussi mobile qu'auparavant et parfois, quand cette femme se couchait sur le dos, cette tumeur glissait sous les côtes et disparaissait complètement de vue.

En l'interrogeant sur ses antécédents, elle nous dit qu'elle avait été mariée à 18 ans, avait eu » enfants et 7 fausses couches. Ses règles commencèrent à 13 ans et furent toujours régulières jusqu'à il y a 6 mois, époque où elles cessèrent. Elle n'a pas été enceinte depuis sa dernière fausse couche, survenue il y à 5 ans, et elle avait souffert plus où moins pendant 6 ans d'une chute de la matrice. Son mal actuel datait de son dernier accouchement, arrivé 9 ans auparavant, et elle se rappelle parfaitement l'époque où elle percut la tumeur. C'était 15 jours avant son accouchement, elle portait 2 gros seaux d'eau quand elle sentit quelque chose céder dans la région lombaire droite et perçut une légère grosseur,

Juste au-dessous des côtes. À cette époque, elle avait une ferme au Canada et son travail consistait à porter, 18 ou 20 fois par jour, de l'eau d'une pompe, éloignée de la ferme d'au moins 100 yards. Pendant les 6 dermères années, elle souffrait beaucoup. L'urine fut examinée avec soin et trouvée normale.

Dans ses antécédents personnels, pas d'hématurie ni (roubles vési- CAUX.

L'opportunité d'une intervention opératoire fut discutée avec mes collègues, et, avec leur assistance, Je fis une petite incision exploratrice sur la ligne blanche, pensant qu'après tout je ne serais pas trop surpris si je trouvais une tumeur maligne de l'épiploon, en raison de l'extrême rapidité avec laquelle cette femme s'était émaciée. Aussi étions-nous assez sceptiques sur la valeur de notre premier diagnostic.

L'opération fut faite le 20 avril 1883.

Le spray fut abandonné, mais toutes les autres précautions antiseptiques furent prises. Dès que la malade fut sous l'influence de lanesthésie, je fis une incision de # pouces de longueur sur la ligne médiane, commençant à 2 pouces au-dessous de lombilic. Aucun vaisseau important ne fut lésé dans l'incision abdominale. À peine avions-nous fait quelques légères pressions manuelles sur la région lombo-dorsale droite, que la tumeur nous apparûüt à l'incision, et se trouva être un kyste dont les parois étaient minces, tendues et dont la couleur était d'une teinte bleuâtre, semblable à celle d'un kyste ordinaire de l'ovaire. Je fis lincision plus grande, et en introduisant la main dans la cavité abdominale, je trouvais que le rein droit était inclus dans la tumeur. Le rein gauche fut trouvé de volume normal et dans sa position naturelle.

La tumeur fut de nouveau mise en vue et la couche du péritoine qui la recouvrait et sous laquelle elle glissait librement, fut incisée avant qu'on eut tenté de l'énucléer.

La partie inférieure et la face antérieure du rein semblaient être l'attache du kyste dont les parois étaient aussi minces que du papier de soie. Je ponctionnai ce kyste avec un fin trocart et j'en tirai 10 onces d'un liquide d'une couleur jaune paille, d'un poids spécifique de 1013, contenant 2/5 d'albumine, mais pas d'urine. On plaça des ligatures de soie phéniquée autour de l'uretère, de l'artère et de la veine rénales ; on coupa au-dessus de ces ligatures et le rein fut enlevé.

Une éponge appliquée sur la plaie fut à peine teinte de sang. Les bords de l'incision abdominale furent réunis avec à fils d'argent et 2 sutures de soie superficielles. La blessure fut alors pansée avec de la

gaze au thymol et des couches de coton tenues en place par des bandes de taffetas et un bandage de corps. Pendant plusieurs heures après l'opération, la malade fut très faible et l'on fut obligé de lui donner copieusement de l'alcool, du bouillon administrés en lavement. Le lendemain de l'opération, la malade paraissait très bien, mais toussait beaucoup. Le 6e jour les sutures furent enlevées, la blessure ayant guéri par première intention. Le 8e jour la malade fut transportée dans la salle commune et semblait aller assez bien jusqu'au 122 jour quand le pouls atteignit 130 et la température 100 à 1020.

La langue devint chargée et lon trouva des traces d'albumine dans les urines qui étaient devenues assez rares comme quantité. Le jour suivant, elle avait du délire et fut assez agitée pour qu'on fut obligé de l'attacher dans son lit. En même temps elle refusait de prendre la moindre nourriture Des lavements de bouillon, de

lait, d'alcool, d'hydrate de chloral furent largement administrés et, au bout de 5 jours, tous ces symptômes disparurent. 3 semaines après l'opération, la malade était levée dans la salle et quelques jours après était capable de retourner chez elle.

La convalescence avait progressé régulièrement et les souffrances et les vomissements, pour lesquels elle est venue se soigner, n'étaient pas revenus. Malheureusement, de retour chez elle, elle négligea de porter un bandage abdominal, et il en résulta une éventration. Toutefois, elle manifesta son contentement du résultat qu'elle retira de l'opération.

Observation XXEEE. — Kyste du rein gauche. — Néphrectomie. — Mort — Jowers, The Lancet, 5 janvier 1884. — Femme, àgée de 55 ans, entre à l'hôpital le 16 mai 1883. Malade depuis un an. Douleurs abdominales à gauche avec tumeur du volume du poing, arrondie, lisse, mate, s'étendant des fausses côtes à la fosse iliaque, suivant les mouvements respiratoires, Examen de la tumeur très douloureux. Urine acide, avec légères traces d'albumine. Hématurie de temps en temps avant etaprès son admission à l'hôpital. La malade souffrant beaucoup, Jowers propose la néphrectomie, qui fut acceptée.

Opération, le 19 juin 1883. — Incision abdominale médiane. La Lumeur est recouverte par le péritoine. Par la ponction on retire près d'une pinte d'un liquide jaunâtre, urineux. Incision du péritoine profond. Déchirure des adhérences avec les doigts. Rupture du kyste et écoulement d'une matière floconneuse, qui ressemble à la fibrine d'une vieille hématocèle. Le kyste est adhérent à la partie inférieure du rein.

Ligature des vaisseaux rénaux et de l'uretère. Ablation du rein; après l'opération les douleurs persistent encore.

Urine en petite quantité, une once (32 gr.) par jour.

Mort le 21 juin, deux jours après l'opération.

Observation XXEV. — Kyste du rein droit pris pour un kyste hydatique du foie. — Application de caustiques. — Néphrectomie.

rison. — Wacxer, Langenbeck's Arch., 1884, XX. — W.M..., âgé de 4 ans, entre à l'hôpital le 19 avril 1884. Antécédents personnels : Rougeole et légère coqueluche. Vers la fin de janvier 1883, la mère avait remarqué une augmentation de volume dans la moitié droite de l'abdomen de son enfant. Deux médecins consultés à cette époque avaient diagnostiqué un kyste hydatique du foie.

Etat actuel. — Ventre volumineux. Dans le flanc droit, tumeur du volume du poing, suivant nettement les mouvements respiratoires, mate. Par une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz, faite au niveau de la partie supérieure de la tumeur, on retire un liquide clair.

L'urine est normale. Le volume de la tumeur, sa fluctuation, son développement lent, l'état de l'urine, et enfin l'état général du malade, font penser à un kyste hydatique du foie.

Traitement par la pâte de Canquoin qui est appliquée le. 21 avril. Le 13 mai, emploi du thermocautère, qui fait jaillir de la plaie un liquide clair comme de l'eau ; lorsqu'on retire le thermocautère, il se produit un jet encore plus fort et en même temps une hernie épiploïque

La plaie fut fermée par une éponge aseptique et chloroformisation de enfant.

Opération, 13 mai 1884. — Incision agrandie, l'épiploon est tiré en dehors, lié en 3 endroits et ensuite réséqué.

C'est alors qu'on s'aperçut que la tumeur à parois minces, qui s'étendait le long du bordinterne du colon ascendant, ne dépendait pas du foie, qui ne présentait aucune lésion. Déchirure des adhérences avec le colon ascendant au moyen des doigts.

Enucléation de la tumeur, facile au début.

Les vaisseaux sont liés, et parmi ceux-ci quelque chose qui rappelle l'uretère. Ce n'est qu'à ce moment qu'on reconnait le kyste du rein droit. Ligature du pédicule et extirpation de l'organe après l'avoir divisé en 2 portions. Lavage de la cavité abdominale et occlusion de la plaie. L'opération avait duré 40 minutes.

Les suites de l'opération furent très heureuses, 150 grammes d'urine

normale le 1°" jour. Premier pansement le 24 mai et le 30, plaie complètement cicatrisée D'après les dernières nouvelles, le malade se porte très bien.

Le rein extirpé présente 2 portions distinctes : l'une atteinte de kyste du volume d'une tête d'enfant, avec un liquide clair ; l'autre saine.

VA Observation XX VW. — Kyste volumineux du rein gauche, pris

pour rein flottant cancéreux. — Néphrectomie. — Mort par anurie. — Buéncmann, Berliner klin. Wochenschr., 1885, 46. — Femme âgée de

38 ans, fut adressée au professeur Bergmann pour une tumeur abdominale se développant depuis une dizaine d'années, tumeur sans douleurs. Cependant, depuis ses dernières couches, il y à un an, la tumeur se développe rapidement, perte d'appétit, douleurs dans l'hypochondre gauche où siège la tumeur, douleurs s'irradiant dans le membre abdorainal gauche. Tumeur dure, bosselée, du volume d'une tête d'enfant, légèrement mobile, se laissant déplacer. En avant de cette tumeur, se trouvent les intestins, urine claire avec faibles traces d'albumine.

Diagnostic. — Rein flottant en dégénérescence cancéreuse depuis la dernière couche.

Opération \date non indiquée). — Incision abdominale, décollement facile des adhérences avec le colon descendant. L'uretère etles vaisseaux sont liés séparément,

/ I s'agit d'un kyste volumineux à contenu clair. Après l'opération, syncope.

Pouls très petit, bientôt étouflement, vomissements, anurie. Le troisième jour, météorisme et mort dans la journée.

Autopsie. — Epanchement de sang dans le petit bassin (environ 500 gr.). Rein droit hypertrophiéet contenant de très nombreux kystes.

Au niveau du pylore et de la grande courbure de l'estomac, on trouve une tumeur dure, provenant de la couche muqueuse. Dans le lobe gauche du foie très pâle, il existe un petit angiome.

/ Observation XX VE. — Hexxy Monuis, £ncyclopédie internationale de chirurgie, &. VE, p.425. Paris, 1886, — Un homme, àgé de 69 ans,

qui s'était toujours bien porté jusqu'à il y à 2 ans 1/2, entra à l'hôpital pour une tumeur du volume d'une balle de cricket, située à gauche et audessous de l'ombilie ; elle ne lui causait pas de douleurs ; il n'avait éprouvé aucun traumatisme; son urine avait été, pendant un certain temps, albumineuse el contenait du sang ; la tumeur $s'accrut lentement, elle

était saillante, ferme, globuleuse, non fluctuante, et paraissait plutôt ressembler à une tumeur fibreuse de la paroi abdominale qu'à une tumeur intra-abdominale. Il n'existait pas dé matité dans les lombes. Neuf mois après, en août 1869, la tumeur occupait la moitié gauche de l'abdomen et arrivait un peu au-dessus du côté droit de la ligne médiane ; on constatait distinctement de la fluctuation dans toutes ses parties : elle était mobile dans toutes les directions, quoique les parois abdominales aient été très tendues.

Quelques mois avant son entrée, le patient avait eu plusieurs syncopes, qui survenaient généralement après des fatigues ou après le déjeuner. En juillet 1870, la tumeur occupait presque tout l'abdomen, faisait saillie en avant et avait tout à fait l'aspect d'une tumeur ovarienne. La fluctuation était très nette ; l''émaciation et la faiblesse étaient extrêmes ; il n'y avait pas d'albumine, de sang ni de pus dans l'urine Cet individu mourut le # octobre 1870, épuisé par la distension et la compression exercées par la tumeur.

À l'autopsie, on trouva un kyste volumineux faisant saillie du rein gauche, repoussant l'intestin gréle en bas, dans la région iliaque. Le colon transverse et descendant adhérait à la tumeur par son mésocolon et formait une espèce d'arcade au-dessus de sa face postérieure. Le pancréas et l'extrémité inférieure de la rate adhéraient à la partie postérieure du kyste. Le rein gauche occupait une situation presque transversale à la région lombaire ; Sa moitié supérieure était normale, mais sa moitié inférieure formait une couche amincie, au-dessus de la base du kyste, et contenait un second kyste petit, transparent, gros comme un grain de raisin.

La capsule du rein se prolongeait sur le kyste. Le bassinet était normal. Le kyste pesait 16 livres et, après sa rétraction dans l'alcool, mesurait 75 centimètres dans son diamètre longitudinal et 65 dans son diamètre transverse. Il renfermait un liquide louche, brunâtre, avec des caillots sanguins comme des grains de café. Quelques caillots s'étaient déposés en couches régulières, mais les autres provenaient d'une hémorragie récente. L'épaisseur de la paroi était variable, mais mesurait en moyenne 3 millimètres; de grosses veines sillonnaient sa face supérieure, et sa substance propre recevait des branches de gros vaisseaux rénaux.

Le rein gauche renfermait deux petits nodules de cancer médullaire, et plusieurs autres se trouvaient dans le foie et le poumon. Le rein droit

était petit et contenait plusieurs kystes de dimensions variables, depuis

celle d'une tête d'épingle jusqu à celle d'un pois ou même davantage. Il m'était, par conséquent. pas difficile d'expliquer les

accès de syncope survenus pendant la vie; la grande quantité de caillots sanguins contenus dans le kyste provenait évidemment des branches vasculaires des parois du kyste. Dans ce cas, le cancer n'était qu'une coïncidence purement accidentelle et avait probablement été amené par le mauvais état de la santé causé par la compression de la tumeur, qui avait amené des

troubles fonctionnels des viscères abdominaux.

Observation XX VEE. — Grand kyste hématique du rein gauche. — Leyans Er Sepizeau, Bull. de la Soc. anat. de Paris, A88T, p. 266. — Pauline D..., passementière, âgée de 49 ans, entre le 6 octobre 1887, à la Pitié, salle Lisfrane, n° 13, service de M. le professeur Verneuil.

.C'est une femme d'assez belle apparence, d'un embonpoint ordinaire, mais très pâle. Nous relevons ce qui suit dans ses antécédents :

Elle a eu 3 enfants, le dernier en 4862 En 1867, elle fut atteinte d'une péritonite qui nécessita 3 semaines de traitement. L'année suivante, métrorrhagies pendant 3 mois.

En 1869 survint une diarrhée intense, qui au bout de quelques mois fit place à une dysenterie bien caractérisée ; les selles, extrêmement fréquentes, contenaient « comme de la viande hachée, délayée dans du sang ».

Cette dysenterie résista 12 ans à tous les traitements. Il existait alors un œdème considérable des membres inférieurs.

Depuis 6 ans, les règles sont devenues beaucoup plus abondantes et d'une durée moyenne de 10 jours environ. Il Y a dix-huit mois, des douleurs vives dans l'abdomen forcèrent la malade

à s'aliter : c'était presque toujours du côté gauche qu'elle souffrait, avec des irradiations très aiguës dans la cuisse et le genou.

Aujourd'hui l'abdomen est volumineux. Au palper hypogastrique on sent une tumeur bosselée et dure qui déborde de deux doigts la symphyse pubienne ; au toucher, Le col parait normal, mais l'utérus est immobile et fixé. Le diagnostic de corps fibreux de la matrice n'est pas douteux. Du reste, le malade avait consulté déjà à l'hôpital Saint-Louis, où l'hystérectomie lui fut même proposée.

En explorant le ventre, on découvre dans le flanc gauche une autre tumeur bien différente de forme et de rapport. Elle forme un relief arrondi de-contour assez net, qui se prolonge en dedans jusque près de la ligne blanche, se perd en arrière sous la masse des muscles spinaux, remonte

un peu derrière l'arcade costale, mais ne descend que jusqu'aux limites supérieures de la fosse iliaque : de ce côté, la tumeur du flanc est indépendante de la tumeur de l'hypogastre. Elle parait vaguement bosselée, mais la fluctuation est très obscure : à sa surface, la percussion dessine une zone de submatité. L'exploration est, du reste, entravée par uné vive sensibilité. ;

La quantité des urines est de 1.400 grammes en 24 heures. De couleur et de réaction normales, elles ne contiennent ni albumine,,ni sels en excès.

On applique un vésicatoire volant sur la tumeur.

11 octobre. — La malade est prise tout à coup d'une dyspnée intense qui s'exagère par crises, pour aller jusqu'à l'orthopnée. Le pouls est peüt, la température un peu abaissée. La sonorité thora-

cique est conservée, mais des deux côtés règne un silence respiratoire presque complet.

M. le D' Brissaud, appelé en consultation, retrouve À peine aux deux bases quelques traces du murmure vésiculaire ; aucun bruit anormal. Au cœur, bruit de galop très net par moments ; la pointe est légèrement abaissée, et le ventricule gauche hypertrophié. M. Brissaud conclut à un spasme bronchique généralisé, d'origine probablement urémique.

On prescrit une potion de 0,05 centigrammes d'extrait de belladone, et l'on couvre le thorax de ventouses sèches.

Sous l'influence de ce traitement, une légère amélioration se produit et s'accentue les jours suivants.

La tumeur peut étre explorée de nouveau.

On hésite entre un kyste du rein ou une tumeur splénique, et le 17 octobre une ponction exploratrice est pratiquée.

On se sert de l'aspirateur Potain et de l'aiguille n° 2, soigneusement flambée.

Lavage de la région à l'eau phéniquée, anesthésie locale par l'éther. M. Verneuil plonge l'aiguille sur le point culminant de la tumeur que l'on fait saillir avec une main appliquée sur le flanc, et la fait pénétrer à une profondeur de 10 centim. environ : il a très nettement la sensation d'un tissu dense et compact que l'instrument traverse pour tomber enfin dans une cavité. On n'obtient qu'un peu de sang rouge, dans lequel nagent quelques petits cailloux blanchâtres d'aspect fibrineux

Au microscope, le sang, examiné séance tenante, contient, à part les hématies, une quantité notable de globules blancs, dont quelques-uns

sont trèsvolumineux.

D'après ces résultats on penche vers l'idée d'une tumeur hématique de la rate.

La malade n'a témoigné ni douleur, ni émotion.

L'orifice de la ponction est obturé avec la baudruche et le collodion, et une ceinture d'ouate appliquée par dessus.

Le reste de la journée se passe sans incident.

Le soir, on constate du malaise, de la dyspnée avec hypothermie, tendance à la syncope, sueurs froides..., ete. (Deux injections d'éther).

Pas d'agitation ni de délire'dans la nuit ; le lendemain matin la malade succombait. Elle n'avait uriné qu'une fois depuis la ponction.

Autopsie 24 heures après la mort. — À l'ouverture de l'abdomen, on

trouve le colon descendant adhérent sur toute sa longueur, à une grosse tumeur qui occupe la région rénale et remplit tout le flanc gauche ; elle est accolée en haut à la rate, qui a conservé son aspect, sa forme et son volume ordinaires.

\ On refoule en dedans colon et mésocolon, et l'on décortique la masse du péritoine qui la coiffe : elle apparait alors constituée par le rein gauche, dont la face antérieure porte un gros kyste. du

volume de deux poings, arrondi, rougeâtre et tendu. On l'ouvre:; il est entièrement rempli de caillots noirâtres, fibrineux par place, et de sang.

Sa paroi superficielle est mince et réticulée, sa paroi profonde est for mée par le parenchyme refoulé, et sur elle on voit serpenter de grosses veines thrombosées, Sa surface interne est irrégulière et tomenteuse ; sa cavité est incomplètement divisée par des travées épaisses qui se dissocient en brides minces croisées dans tous les sens, et présentent un aspect qui rappelle celui des colonnes charnues du cœur.

Le reste du parenchyme rénal ne présente rien d'anormal à l'œil nu. On retrouve le trajet du trocart qui avait pénétré en plein parenchyme pour aboutir sur le bord de la cavité kystique.

Le bassinet et l'uretère ont leur calibre normal ; l'uretère, suivi jusqu'à la vessie, est perméable dans toute sa longueur.

La capsule surrénale est volumineuse, sa: forme est conservée, mais son tissu est très dur. A la coupe, on la trouve infiltrée de sang ; près de la base, existe une cavité du volume d'une noix, remplie de eaillots ; le reste de la coupe, jaunâtre et lobulé, est parsemé de flaques sanguines irrégulières.

Le rein droit et la capsule surrénale droite ne présentent rien à signaler. Le foie parait sain. Le cœur est gros, le ventricule gauche notablement hypertrophié, pas de lésions valvulaires.

L'examen histologique de la paroi du kyste permet de constater une série de lames fibreuses superposées en strates irrégulières, au milieu desquelles on distingue quelques artérioles et des fragments de tubes urinifères, à demi comblés par un épithé-

lium granuleux. Le tissu ambiant a la structure de la substance corticale, qui parait en grande partie saine.

Sur les coupes de la capsule surrénale on ne trouve aucune trace de tissu néoplastique, les éléments cellulaires, dissociés et aplatis, séparent de gros capillaires énormément dilatés. Un examen plus complet sera fait uHérieurement.

Observation XXVEEE. — Kyste purulent du rein gauche. — Néphrectomie. Guérison —- PEax, iN Bropeur, /hèse de Paris, 1888, p. 120. — T., M., 37 ans, artiste dramatique, entre le 7 novembre 1881, à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 45, service de M. Péan.

Père mort de la poitrine à 37 ans, mère d'une affection du cœur à 70 ans.

Pas de gourme, pas de maladies graves, si ce n'est une pleurésie à 27 ans.

Réglée à 12 ans, très irrégulièrement jusqu'à ces dernières années où les mois : ont devenus réguliers.

Mariée à 17 ans, enfant à 18 ans. Brén portant. Depuis son enfance, attaques de nerfs assez fréquentes. Vers l'âge de 19 ans, elle fut prise un jour de douleurs très vives dans l'abdomen en essayant d'uriner, accompagnées de vomissements, Pendant 6 semaines, ces douleurs ressemblant à des coliques néphrétiques, se répétèrent plusieurs fois par crises, toujours du côté gauche

Depuis, tous les ans, crises douloureuses semblables, dans l'intervalle desquelles la santé n'était pas complète. Jamais elle n'a rendu de calculs ni de sable, mais les urines sont devenues très purulentes, ammoniacales.

Depuis quelques années, la santé est bonne, entre ces crises qui sont annoncées'par des malaises et des maux de cœur.

Elle a toujours été maigre, néanmoins elle l'est encore actuellement plus que d'habitude. k |

En 1870, elle aurait perdu, elle ne sait trop si c'est par l'urètre, un lambeau de peau, qu'un médecin de Versailles aurait déclaré être de la

muqueuse vésicale (2).

Toujours petit, l'appétit se supprime complètement pendant les crises etest remplacé par des vomissements incessants

Depuis le 12 août dernier, alternatives de douleurs et de mieux ; à ce moment, elle s'aperçoit qu'elle porte une tumeur dans le côté gauche de l'abdomen. C'est alors qu'elle entre à l'hôpital.

À l'entrée. — Nouvelle crise douloureuse durant environ 2 jours pendant lesquels elle ne peut garder aucun aliment, vomit tout ce que l'on cherche à lui faire prendre, et n'est calmée que par les injections de morphine. Pendant ce temps, toute la moitié gauche de l'abdomen est empätée et très douloureuse, ce qui en rend l'exploration impossible. On ne sent rien dans le vagin.

12 novembre. — Les douleurs sont complètement apaisées, on peut sentir alors une tumeur irrégulière, qui remplit tout lhypochondre gauche, non séparée des fausses côtes gauches, et ne descendant pas jusqu'au petit bassin. On la limite parfaitement à trois doigts de la ligne médiane en avant, <

._ En arrière, tout l'espace qui sépare la crête iliaque des dernières côtes est empâté, dur. :

Cette tuméfaction est bosselée, irrégulière, allongée verticalement, mate. Elle ne suit pas les mouvements du diaphragme. On nela retrouve ni par le toucher vaginal, ni par le toucher rectal.

L'exploration à ce moment en est peu douloureuse.

La miction est fréquente (5 ou 6 fois par jour, 4 ou 5 fois dans la nuit). Elle est douloureuse vers sa fin. Urine abondante, quantité pouvant être évaluée à 3 ou # litres. Elles sont fortement ammoniaeales, purulentes, se séparant par le repos en 2 couches égales, dont l'inférieure n'est composée que de pus. Le microscope n'y fait découvrir que des globules purulents.

La malade est fortement amaigrie. Elle mange peu et peut se lever, bien qu'elle se sente faible, Traitement tonique, cataplasmes laudanisés. 15. -— Nouvelle crise semblable aux autres. Bromure de potassium.

17. — La malade est prise la nuit de difficulté croissante d'avaler, d'étouffements, de sensation de boule qui remonte..., de vomissements continus, pas de douleurs de ventre.

Le sommeil est supprimé, Au moment où elle est prise de douleurs d'estomac et de l'æsophage. elle semble prète à rendre le dernier souffle.

Ces accidents durent 4 jours, à peine calmés par les injections de morphine et une potion avee 0,10 d'opium.

22. — Mieux sensible, n'a pas vomi depuis hier, garde bien le lait,

a pu manger un peu, selles régulières. Traitement : vin de quinquina, tood, bromure de potassium, extrait thébaïque 10

centigrammes.

24 et 25. — Deux nouveaux accès de gastralgie et de vomissements, Opération, 2 décembre 1881 (à la clinique de l'hôpital). — Anesthésie

par le chloroforme. Incision de 10 à 412 centimètres de longueur, verticale, vers le bord externe de la masse sacro-lombaire. Les couches cutanées, cellulaires, aponévrotiques et musculaires sont incisées une à une et l'on arrive ainsi sur une vaste poche purulente qui se vide au dehors. Le doigt, introduit dans la plaie rénale, ne permet de sentir aucun calcul comme on aurait pu s'y attendre. On passe un drain qui sort au moyen d'un trocart par la partie déclive à travers la masse sacro-lombaire. La plaie est suturée au-dessus et au-dessous du drain. Pansement de Lister sans pulvérisation. Toniques, Tood, extrait de quinquina, Bagnols, Bordeaux, etc. Soir, Temp. 3802; P., 410, petit, faible. Lu tumeur a disparu en grande partie.

3. — Pas de sommeil malgré une pilule de 5 centigrammes d'opium. Le pansement est souillé par une grande quantité de pus. En revanche, les urines sont moins abondantes et déposent beaucoup moins Pansement de Lister. Bouillon, pas de vomissements.

4. — Même état, même température le soir, le pouls est tombé à 100. Dans la nuit, accès d'étouffement, spasmes œsophagiens comme avant l'opération.

5. — La maladea un peu d'appétit et mange un peu : on la fait passer au chalet pour changer d'air La suppuration est moins abondante et. ne sent pas manifestement l'urine. On pratique toujours des injections phéniquées dans la poche. L'urine est no-

tablement moins abondante et ne sent plus mauvais. Elle dépose à peine,

6. — On enlève les points de suture métalliques que l'on remplace par des bandelettes collodionnées, sauf les deux points les plus rapprochés du rein.

7. — La maladetousseun peu, et se plaint d'un point de côté à gauche. On craint une pleurésie au niveau du cul de-sal, au-dessus du rein malade ; imais l'exploration dela poitrine ne fait découvrir rien d'anormal. . Le point de côté ne subsiste d'ailleurs que 2 jours, puis disparait de lui-même ; mais la toux reste assez fréquente. L'auscultation ne fait constater que quelques râles fins de bronchite et la respiration puérile due au peu d'épaisseur des parois thoraciques Sirop de morphine, toniques, tisane pectorale.

Pendant son séjour au chalet, la malade passe par des alternatives de

haut et de bas, moins marquées cependant qu'avant l'opération, mais consistant principalement en crises d'œæsophagisme

L'appétit est très capricieux ; elle vomit rarement, mais ne prend pas d'embonpoint, son émaciation est toujours très grande.

Vers la fin du mois de décembre, la tumeur ne s'est pas manifestement reproduite, la suppuration est presque entièrement tarie, bien que le drain soit laissé en place.

En revanche, les urines sont redevenues un peu ammoniacales. La plaie est cicatriste entièrement.

La toux est beaucoup moins fréquente, et à l'auscultation on ne trouve aucune lésion pulmonaire.

Etat général bon.

La malade part le 1°" janvier 1882, complètement guérie, et ne souffrant plus du tout du ventre comme auparavant.

IA'existe plus de trace de tumeur.

Observation XXEX. - Ueber Diagnose und Behandlung eines Falles von Cystenbildung an einer leeweglichen Niere. — Vox Dr Sra- MER, Wiener klinische Wochenschrift, 1890, n° 35, p. 674. — Le cas

concerne une malade de 50 ans, Mme K..., qui a été admise le 11 octobre 1889 dans notre clinique chirurgicale.

Cette dame, qui physiquement parait être forte et saine, dit qu'elle s'est mariée il y a 21 ans et estveuve depuis 3 ans, a eu 4 grossesses, dont une gémellaire. De 5 enfants, le dernier seulement est vivant. Elle prétend n'avoir jamais été sérieusement malade.

Son état général jusqu'à il y à 15 ans était très satisfaisant. A cette époque elle à eu, d'après elle, des coliques hépatiques avec de fortes dguleurs dans la région du foie.

Depuis la malade se plaint de céphalées brusques, d'oppression et de palpitations cardiaques. Les règles étaient régulières jusqu'à il y a 3 mois, et depuis elles ont cessé. Par'ce fait, son attention étant éveillée, elle à remarqué l'existence d'une tumeur résistante, de la grosseur d'une pomme, dans le côté gauche de

l'abdomen, du rebord costal, qui depuis a augmenté lentement en s'étendant en bas, et, surtout, vers la ligne médiane. |

Pendant l'accroissement de cette tumeur, les douleurs ont plutôt diminué dans cette région ; pas de difficulté de miction : rien de remarquable dans l'examen qualitatif ou quantitatif des urines. Rien au cœur ni aux poumons. L'abdomen est un peu saillant à gauche, l'ombilie est un

peu porté à droite, La peau de l'abdomen est lisse, riche en tissu grais-

seux, couverte de vergetures ; la circulation collatérale n'est pas déve-

loppée.

Mensuration :

ArnavenddedORbEUIC SUR Der ESP Le "06 c.

De l'appendice xiphoïde à l'ombilie . . . . . 14 — Dés sgmphyse"pubiennne #2 et 05. 4 18: = De l'épine ihaque antéro supérieure droite . . 419 — De l'épine iliaque antéro supérieure gauche . . 20 €. 5 m.

A gauche du mésagastre on peut sentir une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, en forme de boule, élastique, dont la surface parait lisse et tendue, sans fluctuation apparente. En examinant minutieusement, on découvre à côté de celle-ci une autre tumeur plus petite, plus ferme, qui paraît intimement liée avec la première et qui, par sa grosseur et par sa forme, correspond à un rein. La percussion de la tumeur donne une matière complète,

qui est séparée de la matité normale de la rate pdr une zûne tympanique d'une largeur de deux doigts.

La tumeur est également circonscrite par des zônes de tympanisme latéralement et en bas vers la symphise pubienne ; au devant de la tumeur il n'y à pas d'intestin. 2

Pendant la respiration, aucun déplacement à constater. La tumeur est très mobile et, surtout, elle se laisse très fa'ilement déplacer vers l'hypocondre gauche, ce qui est facile à démontrer par la palpation bimanuelle (en avant et sir la région lombaire gauche).

A droite et en bas, la mobilité est restreinte. Avec le déplacement, change la figure de la matité. La percussion de la région rénale n'a montré aucun changement remarquable avec les différentes positions de la tumeur.

L'utérus non augmenté de volume, libre et facilement mobilisable n'est pas influencé par les mouvements de la tumeur. Les ovaires, dont le gauche est facilement explorable, n'ont pas augmenté de volume. La tumeur elle-même ne peut pas être sentie par le vagin.

L'urine est claire, acide, sans sucre ni albumine, ni aucune substance

anormale, sa quantité pendant le séjour de la malade à varié de 630 à

gr

Le sang est normal.

Opération le Vi novembre. - Incision sur la ligne blanche à partir de

l'ombilie jusqu'à la symphyse pubienne. Après Fouverture du ventre on

arrive aussitôt sur la tumeur recouverte par le feuillet interne, tendu et aminci, du mésocolon descendant, tandis que le colon descendant luimême et le feuillet externe de son mésocolon se trouvaient normalement placés sur le bord latéral de la tumeur.

Perpendieculairement à l'incision médiane, fut pratiquée une 2e inciion de l'ombilie vers le flanc, qui a permis de mettre à nu l'espace rétroéritonéal.

Mise à nu de la tumeur qui est couverte par un tissu cdémateux, lâche en arrière de la sphère adipeuse de la capsule rénale. On dégage la capsule rénale de ses adhérences et on aperçoit deux kvstes séparés l'un de l'autre, à parois minces, dont un de la grosseur d'une petite pomme et l'autre dela grosseur d'une orange. Les deux étaient placés sur le bord convexe du rein, dont la majeure partie de son parenchyme était normale.

On fend les deux kystes, on enlève une partie de leurs parois ; le contenu liquide, jaunâtre, s'est écoulé et a été malheureusement perdu ; on à appliqué ensuite une dizaine de sutures de telle façon, qu'englobant le péritoine, la capsule, le parenchyme rénal et la paroi kystique restante, le rein fut fixé dans la fente latérale du péritoine pariétal. Après avoir fixé à la peau le reste des

parois kystiques par quelques points de suture, on à mis dans chacune d'elles un drain et une bande de gaze iodoformée. Le reste de la plaie rétropéritonéale fut aussi drainée et remplie de gaze iodoformée, tandis que l'incision médiane et, autant que cela à 6t6 possible le péritoine, furent fermés par des sutures. L'opération à duré 1 heure 1/2. Le soir du jour de l'opération : Temp. 38°; P., 94 ; léger météorisme.

15. — Temp., 37°6 ; P., 98 ; météorisme un peu plus fort ; on introduit un tube dans le rectum ; disparition du méléorisme et des douleurs occasionnées par lui.

Le soir, temp., 3808 ; P., 102.

17. — Sensation de bien être. On change le pansement. La température est normale. ;

23. — Manifestation de douleurs paroxystiques dans la région de la vessie. Légère cystite. On enlève les drains, et on leur substitue deux autres plus minces.

25. — Les douleurs vésicales disparaissent après l'injection d'une solution d'anlipyrine à 3 0/00. On enlève les sutures et les drains. La plaie est en bonne voie de granulation. Les suites étaient entravées par

une amygdalite. La quantité des urines variait entre 1350 et 2000 cent. cubes en 24 heures.

Le 23 décembre on a présenté la malade à la Société des médecins de Steiermark et le 30 elle est partie guérie avec un bandage sur le ventre etsans aucune douleur. Il est à remarquer encore, qu'au moment de son départ les règles sont revenues. 4

L'examen microscopique de la paroi kystique extirpéequi avait l'épais seur de 1/2 à 1 millimètre a montré qu'elle se composait dans certains endroits de canaux urinifères coupés en long et en large et paraissant être tapissés par un simple épithélium cubique non stratifié ; d'après leurs forme et calibre on pourrait dire qu'ils faisaient partie du parenchyme rénal.

Ô Dre ute XKX. — Grand kyste séreux du rein gauche. — F. Tenuigre, Revue de Chir., t. X, 1890, p. 545. — Mme D...,nce X..., âgée de 39 ans, entre vers la fin de février 1889 dans une maison de santé pour s'y faire traiter chirurgicalement d'un déplacement douloureux du rein gauche. £

Le père est mort d'angor pectoris ; la mère est encore vivante et bien portante. Une sœur est fort nerveuse comme la malade.

Assez délicate dans la première enfance, Mme D... eut, dit-elle, plusieurs fluxions de poitrine, étant fort jeune. Elle fut réglée à 14 ans etse maria à 18; les règles étaient normales, un peu douloureuses, sans accidents nerveux. Après son mariage, les menstrues apparurent tous les 25 jours. |

Elle eut une première grossesse de 7 mois; lors de. l'avortement, on lui dit que le fœtus devait être mort depuis près de # mois. Les suites de cette fausse couche furent assez bénignes : cependant, la malade resta au lit près de deux mois.

Deux ans après, 2° fausse couche d'environ 3 mois; il n°v eut pas d'accidents immédiats : toutefois, ultérieurement, la malade aurait eu des pertes.

C'est depuis cette époque (1870) que Mme D... est réglée tous les 16 à 17 jours, en général 2 fois par mois. Pas de troubles ner-

veux. On lui fit quelques cautérisations du col, pendant 3 ans, sans modifier les époques rapprochées signalées plus haut

C'est, dit Mme D..., au mois d'août 1884, que la maladie actuelle débuta par des crises nerveuses répétées ; en novembre, la malade grossit, elle se crut enceinte à plusieurs reprises. En 1886, les phénomènes

nerveux tendent à se calmer, toutelois la malade se ménage, croyant toujours être ou devoir être grosse ; les époques sont régulières, mais tous les 15 à 17 jours.

En décembre 1887, sur le conseil de mon collègue des hôpitaux, le Dr Féréol, je vois Mme D. . et constate chez elle l'existence d'un rein déplacé à gauche. Ce rein est gros et descend presque jusqu'à la fosse iliaque gauche; quand on y touche un peu la malade se plaint et présente quelques troubles nerveux ; dès que par la pression on le fait remonter à sa place normale, Mme D... est prise d'une crise d'hystérie violente avec perte incomplète de connaissance. Je conseillai un bandage qui ne fut pas porté.

En février 1888, la mort brusque du père de Mme D... semble aggraver son état nerveux, les crises hystériques sont devenues très violentes, et cette exacerbalion dans les phénomènes nerveux dura presque # mois.

En avril 1888, Mme D... ne peut marcher, elle prétend que la marche lui détermine des crises de nerfs.

Je revois Mme D .. en juillet 1888 avec le D° Féréol et on lui conseille d'aller à la campagne, ce qu'elle fit ; elle y resta jusqu'en

novembre.

Depuis, jusqu'en janvier 1889 Mme D... est restée à la chambre, le plus souvent couchée, ayant toutefois moins de crises nerveuses, mais ne pouvant marcher qu'avec grande peine et courbée en deux. Après une consultation nouvelle avec le D' Féréol, il fut convenu qu'on s'efforcerait de fixer le rein mobile qui parait être la cause de tous ces accidents névropathiques, se réservant de l'enlever s'il était reconnu malade. C'était vers cette ablation que j'avais penché lors de ma deuxième consultation, en décembre 1887.

La malade entre le 27 février chez des religieuses et, dès son entrée, les crises hystériques sont plus fréquentes et se produisent d'ordinaire 2 fois par jour.

Mme D... attendait ses règles pour la fin du mois, mais celles-ci ne vinrent pas du tout et n'arrivèrent que vers le 20 mars avec un retard de près de 2 mois.

Etat actuel le 28 mars 1889. — L'état général de la malade est assez bon, cependant elle s'alimente peu et dort fort mal ; de plus, presque tous les jours, elle est prise dans l'après-midi de deux crises de nerfs, ressemblant à de petites attaques d'hystérie avec spasme du larynx.

Mme D... reste le plus souvent étendue ; toutefois, lorsqu'elle marche, elle est courbée en deux et se penche surtout à droite.

À l'examen du ventre, on constate dans le flane gauche, au-dessous de

l'hypocondre et se prolongeant jusqu'à la fosse iliaque externe gauche, une tumeur du volume du poing et ayant la forme d'un

rein hypertroplié. Cette tumeur est mobile de bas en haut, mais ne peut être déplacée latéralement ; elle arrive en dedans jusqu'à quatre travers de doigt de la ligne médiane; en dehors, elle gagne le flane gauche qu'elle n'occupe pas dans toute son étendue. Par la toux, les efforts, la tumeur descend ; elle remonte et se cache sous l'hypocondre quand on vient à la palper et à la presser de bas en haut ; elle glisse alors et disparait sous les fausses côtes avec rapidité.

Quand jadis je faisais cet examen, la réduction de la tumeur provoquait une crise de nerfs ; aujourd'hui cette réduction est douloureuse, mais ne détermine pas d'attaques de nerfs. Les urines sont normales en quantité (1 000 à 1 200 gr.) eten qualité. \

Leur analyse a été faite par M. Brouant, pharmacien, et en voici le résultat :

Densité : 1.041.

Urée : 23 gr. 472 par litre.

Acide urique : 0 gr. 892 par litre.

Pas de sucre ni d'albumine.

L'urine, trouble, acide, laisse déposer un sédiment abondant, homogène, exclusivement composé d'urates en petits cristaux, sans débris épithéliaux.

Les sels (phosphates et chlorures) n'ont malheureusement pas été dosés.

Les mictions sont rares. Mme D... n'urine guère que toutes les cinq à six heures et sans la moindre peine.

Le foie est normal et le rein droit ne peut être senti.

Rien du côté du reste de l'abdomen ; pas de dilatation de l'estomac.

Opéralion Ve 30 mars 1889 avec l'aide de MM. Quénu, Périer et Tuffier, chirurgiens des hôpitaux de Paris. M. le Dr S. Féréol, médecin et ami de la malade assiste à l'opération.

Anesthésie un peu longue, faite par M. le D' Péraire, ce qui peut s'expligier par l'état nerveux de la malade.

77 Incision postérieure, parallèle à la masse sacrolombaire gauche et un peu en dehors d'elle ; cette incision s'étend de bas en haut, de la crête iliaque jusqu'au delà de la douzième côte. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané incisés, on place quelques pinces à pression sur des vaisseaux ouverts. Puis on incise l'aponévrose et on arrive sur le carré lombaire dont on cherche le bord externe afin de le repousser en dedans. Dans le

Simon 6

but de faciliter cette manœuvre, on incise les insertions du musele à la crête iliaque. Ceci fait, on sectionne l'aponévrose profonde du carré, ce qui met à nu l'atmosphère graisseuse du rein.

Ce tissu est déchiré de haut en bas avec les doigts introduits dans la plaie, et on arrive à dénuder le rein, dont le volume est notablement augmenté. Le rein est repoussé vers les lombes par mon ami Perier, qui agit sur la paroi abdominale antérieure.

Le rein mis à nu, avec une aiguille courbe de Reverdin armée d'un fil de catgut et déjà passée à travers une des lèvres de la plaie profonde, je pénètre dans le tissu du rein ; aussitôt 1l

s'échappe de la piqûre un jet abondant de liquide clair séreux qui inonde la plaie. Le rein était kystique en ce point. Après avoir bien épongé et nettoyé, avec les solutions faible et forte, les lèvres de l'incision souillées par le liquide kystique, je fis la décortication du kyste, qui offrait le volume du poing.

Puis, je décortiquai peu à peu le rein lui-même, en agissant en dehors de sa capsule et sans pour cela avoir d'hémorragie. J'arrive assez facilement au pédicule rénal sur lequel je place deux hgatures de soie, et l'uretère dilaté est lié une deuxième fois et touché avec la solution forte de Lister.

On place un gros drain, qui, du pédicule s'étend jusqu'à la partie inférieure de l'incision, c'est-à dire du côté de la crête iliaque. Quatre fils de catgut réunissent les muscles dans une suture profonde. Douze crins de Florence maintiennent les téguments.

L'opération a duré trois quart sd'heure à peine. Pansement avec de la gaze iodoformée et avec du lint boriqué.

Le soir, 39°2 vers 6 heures et 38°9 à 10 heures.

La malade se plaint de douleurs de reins vives et d'avoir trop chaud.

Pas de crises nerveuses. Un vomissement seulement. 1.000 grammes d'urine dans les 24 premières heures. Cathétérisme.

31. — Nuit assez bonne, sans sommeil ; nausées sans vomissements ; douleurs de reins; pas de crises nerveuses. Champagne et glace. Temp. matin, 38°4 ; soir 38°9. 1.000 grammes d'urine en 24 heures. Cathétérisme.

1 avril. — Mème état; peu de sommeil; pas de vomissements, nausées. Lait, champagne et glace. Maux de reins et coliques, ballonnement.

Temp. matin, 3806 ; soir, 3807.

800 grammes d'urine en 24 heures. Cathétérisme. Pas de crises nerveuses,

2. — Peu de sommeil. Calme à l'aide de la morphine (1 centigramme). Coliques.

Temp. matin, 38°2; soir, 38°4.

La malade prend du lait et de l'eau de Vichy, du champagne frappé. Elle a eu une garde-robe, le ventre est souple, gaz abondant par l'anus.

Le pansement est refait, Il s'était écoulé pas mal de sang par le tube qui est absolument intact et inodore ; on le remplace par un plus petit drain, mais de mème longueur. Les lèvres de la plaie sont un peu tuméfiées et œdémateuses, surtout en un point où je sectionne un fil de erin qui parait serrer. Pansement avec la gaze iodoformée et du lint boriqué.

800 grammes d'urine en 24 heures. La malade doit toujours être sondée. Il n'y a pas eu de crises hystériques depuis l'opération.

3. — Toujours assez peu de sommeil, Alimentation légère sans appétit.

Temp. matin, 3893 ; soir, 38°7.

900 grammes d'urine en 24 heures. Cathétérisme. Une crise nerveuse l'après-midi.

4. — Mème état. Dort mal. Alimentation forcée en quelque sorte.

Temp. matin, 3802 : soir, 38°6,

La malade a été fort nerveuse tout l'après-midi.

grammes d'urine en 24 heures, toujours cathétérisme

5. — Deuxième pansement. Le pansement est sali par de la sérosité sanguinolente et un peu de pus séreux. Il est renouvelé et le tube est changé. Pas l'ombre d'odeur du liquide du pansement.

Temp. matin, 38° ; soir, 3806. -

1.000 grammes d'urine en 24 heures, Trois crises nerveuses dans la journée ; sommeil et alimentation difficiles.

* 6. — Amélioration de l'état général et un peu de sommeil.

Temp. matin, 3893 ; soir, 38°2.

grammes d'urine

Temp. matin, 3702 ; soir, 380.

15: — L'amélioration continue, il n'y a plus que le trajet du tube à cicatriser ; toutefois, 1l reste assez longtemps fistuleux.

24. — Une nouvelle analyse d'urine est faite par M. L. Brouant :

L'urine est acide, peu colorée et: trouble, elle laisse déposer un sédiment blanc formé exclusivement de globules de pus.

La densité est de 1019; elle contient 21 gr. 36 d'urée et 0 gr. 06 d'acide urique par litre. Il n'y a ni sucre, ni albumine, malgré la présence de pus, ce qui est au moins étrange.

La quantité d'urine éliminée en 24 heures est de 12 à 1.500 grammes, c'est à-dire normale.

Les crises nerveuses, qui s'étaient calmées pendant quelque temps, reprennent de nouveau et se produisent jusqu'à deux fois par jour, surtout dans le mois de mai

Quand la malade s'est levée, c'est-à-dire environ un mois après son opération, elle présenta des troubles singuliers du côté des membres inférieurs ; il lui semblait ne plus savoir marcher et les jambes ne pouvaient fonctionner normalement malgré tous les efforts de la malade.

C'est dans ces conditions que je l'endormis très vite, par l'occlusion des paupières et une légère friction sur les globes oculaires. Puis je lui ordonnai de marcher, ce qu'elle fit tout de suite assez facilement.

Plusieurs séances analogues permirent à la malade de mieux marcher, et elle quitta la maison de santé où elle avait été opérée le 3 juin 1859.

Le 2 juillet, Mme D.. m'écrivait qu'elle marchait encore difficilement, surtout pour monter ou descendre les escaliers ; toutefois, son état s'était notamment amélioré. Sur le conseil du D' Féréol, elle se décida à entrer, à la maison de santé municipale pour y suivre un traitement hydrothérapique.

J'ai revu Mme D... à la fin de l'année dernière, en novembre, son état

s'est fort peu amélioré, elle marche courbée en deux et prétend souffrir du côté opposé au rein enlevé. Les phénomènes nerveux persistent encore très accusés, et la malade a encore d'assez fréquentes crises hystériques. Cet état a été constaté aussi par mon collègue des hôpitaux, M. le Dr Féréol.

Les nouvelles récentes de Mme D... et qui datent du 10 février, indiquent que son état nerveux persiste et qu'elle ne peut marcher que courbée en deux.

L'examen de la tumeur rénale fut fait par le Dr Poupinet, dont voiei la note anatomique :

Rein du côté gauche pesant 105 grammes, mesurant 12 centimètres de longueur sur 5 centimètres de largeur et 3 centimètres 5 ou 4 centimètres d'épaisseur, présentant à sa partie moyenne une cavité kystique du volume et de la forme d'un œuf de poule, vidée pendant l'opération, à surface interne lisse, sauf vers le hile du rein où elle est plissée longitudinalement. A chaque extrémité, le kyste adhère entièrement à du tissu rénal sain. A la périphérie, dans le point où le kyste correspond au milieu du bord convexe du rein, il ne semble plus exister du tissu rénal, et la paroi du kyste est mince, fibreuse, épaisse seulement de 1 nullimètre environ. Vers le hile du rein, la paroi est également très mince et pré-

sente un orifice régulièrement arrondi, de 15 millimètres environ de diamètre, vraisemblablement dû au pincement et à la section de la paroi du kyste pendant la confection du pédicule rénal. Le bassinet ne fait pas partie de la pièce, il est resté en place adhérent à l'uretère. Sur le rein on ne trouve que quelques calices non dilatés, normaux coiffant les pyramides correspondantes. Le kyste ne présentait pas de communication avec le bassinet, il était tendu et plein de liquide eitrin. A Pœil nu, ce qui reste de tissu rénal (environ 100 grammes) présente l'aspect le plus normal.

La pièce est immédiatement plongée dans l'alcool fort jusqu'à dureissement suffisant. Notre examen a porté principalement sur la paroi kystique au voisinage du tissu rénal ; il nous à conduit aux conclusions suivantes : la paroi du kyste est constituée de tissu fibreux, elle est dépourvue de tout revètement épithélial même au fond des plis qu'on observe à la surface et où les frottements subis pendant les diverses manipulations auxquelles à été soumise la pièce ont pu produirele moins d'effet. Nous n'avons rien observé qui nous permit de conclure à l'existence d'un endothélium ; l'immersion de la pièce dans l'alcool fort immé-

diatement après l'opération à d'ailleursren du im possible toute impré-

gnation au nitrate d'argent? Dans les portions les plus externes de la coque fibreuse du kyste, on observe des canaux aplatis de divers diamètres : ce sont des capillaires pleins de globules sanguins, des artères atteintes d'endartérite, des tubes glandulaires du rein. Au voisinage immédiat du kyste, le tissu rénal présente sur une petite profondeur les

lésions de la néphrite interstitielle ; au-delà, 11 parait absolument sain.

Observation XXXE. - Citée par Turrrer, dans les Arch. génér. de médecine, Paris, 1891, juillet, p. 10. — Corn..., Eug., 64 ans, emplové de commerce, entre le 7 février 1891, hôpital Beaujon, service de M. Th. Anger, salle Gosselin, n° 22.

C'est un homme vigoureux qui m'est adressé pour des hématuries répétées. Rien dans son passé n'explique les accidents dont il se plaint. C'est brusquement et sans cause, il y a 11 mois (11 mars 1890), qu'il est pris, en se levant, d'une miction sanguine très abondante. Elle ne s'accompagne ni de douleurs, ni de besoins fréquents ou impérieux, il n'y à dans ses antécédents aucun symptôme de eystite ou de blenorrhagie ancienne, on ne trouve même pas chez lui cette fréquence nocturne de besoin d'uriner si habituelle à cet âge, et marquant, longtemps d'avance, le début d'une hypertrophie prostatique. Il n'y a jamais eu ni douleurs rénales, ni colique néphrétique. Le seul incident qui puisse nous intéresser, est une fièvre intermittente prise en Amérique il y a 20 ans. Cette fièvre n'a provoqué aucun accident depuis cette époque, et ses délerminations rénales sont trop rares dans notre pays pour être invoquées dans ce cas. Cette hématurie est formée de sang pur, elle se reproduit à chaque miction, quelques caillots sont expulsés, elle persiste toute la journée, mais le lendemain les urines sont moins rouges, et dans la soirée elles reprennent leur coloration normale, et tout rentre dans l'ordre.

15 jours après ce premier accident, nouvelles émissions sanguines présentant les mêmes caractères, mais se continuant pendant 15 jours. La coloration de l'urine était variable, mais elle indiquait toujours la présence du sang.

Depuis cette époque, le malade n'a jamais été plus de 15 à 20 jours sans avoir une hématurie, et cet accident à toujours été spontané, indolent, survenant et disparaissant sans cause. Il s'est accompagné de l'expulsion de petits caillots. Les fonctions urinaires n'ont pas été troublées jusqu'en novembre, époque à laquelle un sondage fut fait dans un hôpital. Depuis lors, mictions un peu impérieuses toutes les 2 heures.

Ces hématuries sont également devenues plus fréquentes, et depuis 2 mois le malade rend des urines constamment teintées de sang,

Aujourd'hui, le liquide émis est rouge noir, le fond du vase contient quelques caillots, la quantité des urines est de 1.500 grammes en 24 heures.

Le toucher rectal montre une prostate peu volumineuse, assez souple, la base de la vessie présente sa consistance normale, le palper hypogastrique, combiné au toucher, révèle une vessie vide et sans trace d'épaississement ou d'induration. Le canal est libre, l'exploration par le cathéter est négative, mais la distension du réservoir vésical avec l'eau boriquée, suivie d'évacuation, montre que la vessie saigne. L'exploration rénale révèle une augmentation de volume du rein droit, qui est abaissé dans la direction ombilicale.

L'examen endoscopique ne donne aucun résultat à cause du trouble apporté dans le liquide vésical par l'hémorragie. Les viscères sont sains, pas d'artério-sclérose.

En présence de ces accidents, je pose le diagnostic de néoplasme vésical avec complication du côté du rein droit, tumeur ou hydronéphrose par envahissement urétéral. Sachant, par ex-

périence, la gravité des interventions sur la vessie cancéreuse, quand les reins sont insuffisants, je résolus d'agir d'abord sur la glande rénale.

Le 9 février, avec l'aide de M. Théophile Anger, et le concours de MM Dudefoy et Taurin, interne du service (antisepsie rigoureuse), le malade est couché sur le flanc gauche, et je pratique l'opération suivante :

A 4 travers de doigt des apophyses épineuses, incision lombaire, de la 11e côte à la crète iliaque, légèrement oblique en bas et en dehors, section des divers plans musculaires et du grand nerf abdomino-génital. Dénudation facile du rein, qui est maintenu par un aide, enfonçant le poing dans le flanc correspondant.

Exploration de l'extrémité inférieure de l'organe queje fais saillir dans la plaie; à la vue et au palper elle est normale, et comme couleur et comme consistance. Le hile est également sain. Exploration du bord convexe et de l'extrémité supérieure de l'organe. Le doigt dénude un peu plus difficilement cette extrémité. Il s'enfonce progressivement sous les fausses côtes et le diaphragme, suivant toujours le bord convexe el sans pouvoir atteindre l'extrémité du rein qui semble former là une longue et volumineuse corne. Peu à peu cette dénudation se parfait, le rein s’abaisse, mais le volume considérable de la glande ne permet pas de la

faire sortir de la plaie. Je la fais alors basculer, de façon à présenter entre les lèvres de la plaie l'extrémité supérieure du rein, que je puis alors attirer au dehors complètement, jusqu'au dessous du hile, et explorer facilement. Cette extrémité supérieure est occupée par une tumeur liquide, parfaitement transparente,

du volume d'un petit citron. faisant, par ses trois quarts supérieurs, saillie en dehors de l'organe, mais limitée par la capsule propre

Son quart inférieur s'enfonce dans le rein jusqu'au dessus du hile Je fais alors comprimer, par un aide, le pédicule rénal, et j'attaque au bistouri le parenchyme du rein en dehors de la tumeur, que je dissèque ainsi complètement.

I ne se fait aucun suintement sanguin.

J'obtiens ainsi un angle dièdre cruenté, ouvert en haut. Je passe alors immédiatement au-dessous de la surface cruentée dans l'épaisseur du parenchyme rénal, et le traversant de part en part, 4 fils de catgut n°3 que je serre modérément et qui accolent directement les deux lèvres de la plaie rénale. Je passe ensuite # autres fils de catgut n° 2 dans la capsule propre pour parfaire exactement la coaptation, puis je fais cesser la compression du pédicule rénal, il ne se fait pas la moindre hémorragie par ma suture. J'abandonne alors le rein dans sa loge. Je suture les 3 plaies musculaires et aponévrotiques au catgut en trois étages, puis la plaie au crin de Florence, sans aueun drainage.

Pansement : Gaze iodoformée et ouate.

L'opération faite, je n'eus aucun doute sur la coexistence d'une autre lésion dans la vessie, persuadé que ce kyste ne pouvait déterminer des hématuries aussi graves. Les suites ont confirmé cette opinion. Je dirai de suite qu'au point de vue opératoire, tout fut parfait. La température ne s'éleva pas au-dessus de 3705, et au 7° jour on enlevait les fils, la plaie était cicatrisée.

lændant toute cette période, et malgré l'intervention sur le rein, les urines ne furent modifiées ni comme quantité, ni comme aspect.

L'hématurie persista sans aucun changement, malgré les lavages boriqués chauds et les injections répétées 3 fois par jour avec le pyoctanin.

Aussi, le 20 février, j'attaque le néoplasme vésical par la taille suspubienne. Malade placé la tête fortement inclinée en bas, comme nous le faisons toujours pour nos laparotomies. Ballon de Pétersen, chargé de 390 cent. cubes d'air. Incision des divers plans. Ouverture de la vessie,

passage des fils suspenseurs. Large écarteur manié très facilement, grâce

à la précaution de mettre le malade la tête basse (Irendelenbourg) ; nous avons eu les plus grandes facilités à voir le néoplasme ulcéré, du volume d'un gros œuf, implanté près du col, sur la partie latérale droite, dans une étendue de 5 à 6 centimètres ; sa base est indurte, elle a dépassé la couche muqueuse.

Essai infructueux de dissection. Râclage, cautérisation au fer rouge. Drainage au moyen de 2 tubes, Fermeture partielle de la vessie et des divers plans abdominaux. Pansement iodoformé et ouaté. Les suites opératoires sont très simples ; aucune réaction fébrile, urines normales.

Au bout de 48 heures. on enlève les tubes. Au 7 jour, on place une sonde à demeure, à travers laquelle on fait chaque jour des injections de pyoctanin. Fermeture complète de la plaie hypogastrique 20 jours après. Urines normales bleuies par le pyoctanin.

L'examen hystologique du kyste, fait par M. Toupet, préparateur de M. Cornil, a montré une paroi fibrineuse, sans épithélium.

La couche de substance rénale, enlevée avec le kyste, est légèrement sclérosée autour des conduits uriniféres ; leur épithélium n'est pas modifié, les vaisseaux sont normaux; elle reprend, en s'éloignant, sa structure normale.

La tumeur vésicale est un épithélioma

Observation XXXEE — lBanozxneuer, Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für chirurque, 891, S. 112 (Résection partielle transversale des reins) — Femme, 30 ans, il y a 11 ans, s'est aperçue, dans l'hypocondre gauche, d'une forte tumeur qui à été prise par le médecin traitant pour une rate qui aurait augmenté de volume. Depuis, la tumeur augmente d'une année à l'autre.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, on constate une tumeur du volume d'une tête, en forme d'une sphère, très tendue, d'une fluctuation peu prononcée, bosselée, très mobile.

Opération. — Incision pour explorer le rein, dégagement du rein.

Extirpation du kyste au moyen d'uneinceision transversale du rein audessus de la tumeur, quoi faisant on produit une blessure du bassinet et de la partie initiale de l'uretère.

Hémorragie modérée à la surface de la plaie rénale. La plaie du bassinet fut fermée par quelques points de suture.

Les suites opératoires sont bonnes pendant les 2 premiers jours : mais le 3, des manifestations septiques à la suite de la décomposition de

l'urine en stagnation autour du rein, d'où, obligation, au 3° jour, d'extirper le rein gauche.

A partir de ce moment les suites sont bonnes.

LÉ XXXEFE. — Kyste séreux du rein. — Extirpation de la portion libre de la poche. — Guérison. — Récauier, Annales des maladies génito-urinaires, 1893, p. 185. — Mme M..., journalière, âgée de 50 ans, entre le 30 août 1891 au petit hôpital St-Michel pour de violentes douleurs siégeant dans la région lombaire droite, s'irradiant même dans la cuisse droite et l'épaule. :

Ces douleurs sont exaspérées par la pression et la marche, tandis que le repos les atténue.

La malade à été réglée à 17 ans ; les règles, d'abord irrégulières, se sont régularisées ensuite, mais en restant douloureuses et très abondantes. Elle à en onze couches, sans accidents sérieux ; la ménopanse s'est produite à 49 ans et, depuis, les pertes blanches et rouges qui fatiguaient la malade ont cessé complètement. Les douleurs qui se produisent surtout au moment des règles ont cependant persisté, s'étendant à tout le ventre, siégeant parfois dans les reins sans localisation fixe.

La malade est d'ailleurs une nerveuse, et au moment de la ménopanse elle avait eu plusieurs attaques hystériques.

Il y à 2 mois, après une purgation, surviennent des douleurs très vives localisées à la région lombaire, avec des envies fréquentes d'aller à la selle et d'uriner sans y réussir.

Ces douleurs durent toute la nuit ; au matin elle rend une certaine quantité d'urine colorée et les douleurs aiguës cessent immédiatement, mais la sensibilité sourde de la région persiste,

s’exaspérant par moments et s’irradiant le long du trajet de l’uretère et dans tout le ventre.

Cette femme n'est pas amaigrie, son état général parait bon, aucun gonflement extérieur n'est visible dans la région douloureuse, elle n’a souvenir d'aucun traumatisme.

A la palpation bimanuelle, on trouve facilement, à droite, un rein très augmenté de volume et très douloureux, il semble avoir sa consistance normale, rien n'indique de fluctuation. :

Dans l'impossibilité de faire par l'exploration médiate seule, un diagnostic précis, nous proposons à la malade une incision exploratrice qu'elle accepte.

Le 5 septembre 1891, une incision exploratrice faite au lieu d'élection dans la région lombaire, parallèle au bord du carré, fait arriver, sans

incident, sur la face postérieure du rein qui est lisse et violacée ; le doigt constate facilement de la fluctuation à ce niveau. Avec l’aide de notre collègue et ami, le D' Arnould, nous dégageons peu à peu le rein de sa loge et pouvons constater ainsi que sa face postérieure est recouverte dans sa moitié supérieure, par une tumeur liquide, qui se prolonge en haut autour de l'extrémité supérieure de l'organe,

Cette poche, incisée, laisse s’écouler environ 200 grammes d'un liquide séreux, coloré par du sang. Les parois du kyste sont peu épaisses, sa surface interne est lisse. Le rein en avant lui parait sain et reprend facilement, sous les fausses côtes, la place dont le kyste le chassait.

Rien n'indiquant une lésion rénale, la palpation, poussée jusqu'au niveau du hile, restant négative, nous nous décidons à réséquer simplement le plus possible des parois kystiques, à cautériser ce qui persiste de la face interne avec du chlorure de zine à 1/10 et nous fermons la plaie après avoir placé une mèche de gaze iodoformée pour le drainage. Suture des parties supérieures et inférieures de la plaie, en étages. Pansement à la gaze iodoformée.

Le 8, premier pansement ; on enlève le drain de gaze iodoformée, mais comme il s'écoule une certaine quantité de sérosité, je place un drain de caoutchouc, La malade n'a et n'a eu depuis l'opération aucune élévation de température.

Le 10, pansement, il n'y a presque pas d'écoulement séro-sanguinolent. On supprime le drain, Pansement à la gaze iodoformée,

La plaie se réunit sans rien présenter de spécial: au bout de 15 jours le trajet du drain est comblé ; après 3 semaines la réunion est complète.

La malade ne souffre plus, même en faisant des mouvements, et quitte l'hôpital le 8 octobre paraissant guérie.

Vai revu cette malade à la fin de l'été de 1892 ; elle me dit n'avoir res: senti, depuis l'opération, que parfois de légères douleurs dans le ventre, sans prédominance dans la région lombaire droite.

Ala palpation, le rein de ce côté paraît de volume normal et en place.

La guérison s'est donc maintenue.

Observation XX XEV. — Kuivrez et Leras, Société analomique, 1897. — Le malade qui fait le sujet de cette observation est un homme âgé de 71 ans, atteint depuis longtemps de phénomènes parétiques atteignant les 4 membres; il n'existait pas de contracture, mais la parésie semblait prédominer du côté gauche. Aussi ces phénomènes avaient-ils fait penser à l'existence d'une ancienne hémiplégie sans que

l'on ait pu porter un diagnostic précis, le malade étant atteint de démence complète et de gâtisme.

Autopsie. — On trouva des lésions de méningite chronique occupant là pie mère rachidienne et les lobes antérieurs du cerveau. Les circonvolutions étaient atrophiées et il existait de l'athérome des artères de la base. L'examen histologique montre dans les diverses régions de la moëlle un épaississement des travées conjonctives périvasculaire et un certain degré de sclérose du faisceau pyramidal du côté gauche.

Les poumons présentaient d'épaisses travées pigmentaires noirâtres ; ils étaient congestionnés et emphysémateux ; la dissection méthodique des artères pulmonaires et de leurs ramifications ne montre en aucuns points de lésions athéromateuses. Le microscope révéla outre des lésions d'emphysème, une sclérose marquée du parenchyme.

Les valvules sygmoïdes de l'artère pulmonaire et de l'aorte étaient épaissies ; de même la valvule mitrale qui présentait des nodules légèrement saillants et de consistance ligneuse.

Le foie de dimensions normales, ne paraissait présenter à la coupe rien de spécial.

Rate. — Elle pesait 235 grammes. Sa forme n'était pas modifiée; sur son bord antérieur la palpation montra une zone fluctuante, non saillante, correspondant à l'existence d'une poche liquide du volume d'une grosse noix, renfermant un liquide clair et citrin. La paroi interne du kyste est blanchätre, ecchymotique par places; en certains points elle revêt un aspect aréolaire assez semblable à celui des cavités ventriculaires du cœur. À la coupe on découvrit en plein parenchyme un second kyste du volume d'une noisette, facilement énucléable du tissu de l'organe auquel il n'adhérait que par des tractus conjonctifs minces. La paroi est mince, lisse et unie, grisätre, avec plusieurs taches ecchymotiques ; le liquide contenu est transparent et légèrement rosé.

L'examen histologique montre que la paroi de ces kystes est constituée par une lame con onctive épaisse de un millimètre environ : en certains points cette paroi contient de petites cellules arrondies. Il n'existe pas de revêtement endothélial. Le parenchyme splénique est sain.

Reins. -— Leur volume est normal ; leur surface externe montre un certain degré de lobulation, elle est lisse. La capsule se laisse facilement décortiquer.

On constate dans chaque rein l'existence de deux ou trois kystes de dimensions variant de celles d'un pois à celle d'une noix, uniloculaires,

les uns superficiels et visibles à la simple inspection, les autres profonds et décelés seulement à la coupe de l'organe. Leur paroi est mince et transparente ; le liquide contenu est clair, citrin ou rosé.

L'examen histologique montre que le parenchyme réuni est sclérosé pour former la paroi du kyste ; il existe de la congestion au voisinage du kyste. Pas de revètement endothélial de sa paroi mais par place légère couche de détritus granuleux.

Les glomérules sont entourés d'une capsule selérosée. En certains endroits l'espace semi-lunaire de cette capsule est séparé du paquet vasculaire par un liquide coagulé, dans l'intérieur duquel on voit quelques éléments cellulaires arrondis : les glomérules ainsi altérés représentent

peut-être un début de formation kystique.

Observation XXX VW. — Rexou, Annales de Gynécologie, 1898, p- 159. — Gros kyste du rein droit. Néphrectomietranspéritonéale. Guérison. — Anna S..., 18 ans, entrée le # décembre 1855 à l'hôpital St-Jean. Aucun antécédent héréditaire : père, mère, frères et sœurs, tous bien portants.

Grande, brune, bonne santé habituelle. Réglée à 16 ans et depuis normalement # à 5 jours Elle n'accuse aucune douleur, mais remarque que son ventre qui toujours, dit-elle, à été plus gros qu'il ne devrait ètre, va toujours en grossissant, A l'âge de deux ans elle avait déjà un plus gros ventre que les enfants de son âge.

Actuellement ventre volumineux, manifestement volumineux partout, avec une tension presque nulle, si bien que lorsque la malade se couche sur le dos, le ventre s'affaisse sur les côtés, ressemblant à celui des batraciens.

Néanmoins on reconnait vite qu'il s'agit d'une collection liquide et non d'une ascite. Debout ou couchée on trouve dans l'hypocondre gauche, une sonorité très nette qui se continue en

bas, sur une largeur de deux travers de doigt, longeant le pli de laine, le pubis et le pli inguinal du côté opposé, circonscrivant ainsi le segment inférieur de la poche kystique presque jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Lorsqu'on renverse la malade sur le lit de Trendelenburg, on voit le kyste remonter ou plutôt cédant à la pesanteur, descendre vers l'ombilie, et la petite zone sonore hypogastrique augmente de largeur. C'en est assez déjà pour éliminer un kyste de la région génitale. Matité absolue dans tout le reste deJ'abdomen : à peine distingue-t-on derrière l'appendice xiphoïde un peu

de sonorité stomacale. Cette matité s'étend aussi à Fhypocondre droit,

Circonférence ombilicale (debout) . . 94 centimètres.

Circonférence sous ombilicale (debout). 2:

Dans la station couchée, ces dimensions sont les mêmes.

Hauteur de la matité — 34 centimètres, dont 14 au-dessus de lombilic.

Rien de particulier au toucher vaginal.

Ni sucre ni albumine dans les urines.

Nous sommes bien évidemment en présence d'un kyste dont le point de départ est probablement dans le foie ou dans le rein droit, mais aucun signe ne nous permet de trancher la question.

Opération le 12 décembre avec l'assistance de mes deux aides habituels : le D' Piante et M. Demioz. Anesthésie à l'éther.

Incision médiane remontant à 6 ou 7 centimètres au-dessus de l'ombibi. J'arrive d'emblée sur un kyste rouge, comme le sont les kystes du ligament large, c'est-à-dire doublé d'un péritoine vascularisé. Ce kyste distend trop l'abdomen pour que je puisse introduire la main et reconnaitre-son origine. Poncetion au gros trocart de Spencer Wells ; issue de 10 litres 1/4 du liquide jaune trouble un peu foncé. Le cæcum et l'appendice qui se présentent d'abord, l'absence de pédicule, la paroi du kyste se dirigeant au-dessus du foie, jusqu'à la colonne vertébrale, ete., tout me fait vite voir qu'il s'agit d'un rein kystique. Rien au foie, le rein gauche parait normal.

Je commence immédiatement la décortication qui est très laborieuse, la difficulté principale consistant à rester en dehors du kyste sans léser le péritoine. Deux fortes ligatures de soie sont placées sur le paquet vasculaire du rein qui est enlevé de la sorte en totalité, mais les chefs de ces ligatures sont respectés pour servir ultérieurement de guide dans le cas où une collection du pus se formerait dans la profondeur. Le vaste manchon péritonéal qui doublait le kyste et dont la moitié au moins aurait pu être réséquée est conservée à dessein presque dans son entier, afin de prévenir soit un étranglement intestinal, soit dans la suite une trop grande rétraction de la paroi au niveau de la cicatrice. Ce manchon est rempli d'une énorme mèche de gaze iodoformée qui sort au dehors ainsi que les fils de soie dont il a été parlé. Les bords froncés comme ceux d'une bourse, sont suturés au niveau de l'ombilic au péritoine pariétal, tandis que le haut et le bas de la suture abdominale sont refermés par une suture à trois plans.

Suites opéraloires. — Elles ont été simples et la malade est actuellement parfaitement guérie.

Examen des pièces pathologiques. — La pièce enlevée qui forme une

vaste poche uniloculaire, déchirée en plusieurs points, est en réalité le

rein droit. Elle est formée de parois blanc rosé, résistantes, d'apparence

fibrineuse et semble uniquement constituée par l'enveloppe et la capsule

du rein. Celui-ci a totalement disparu, sauf en un point où on en retrouve

à peu près le volume d'une grosse amande. Le liquide contenu est

aqueux, jaune trouble, un peu foncé, Voici le résultat de l'analyse qu'a

fait M. Bourcet, ex-pharmacien adjoint des hôpitaux :

Volume .

Réaction.

Densité Urée Chlore

Acide phosphorique total.

Albumine

10 litres 100.

peu acide.

10 gr. 43 0/00.

2 gr. 76 0/00 correspondant à

4 gr. 52 de N a CI.

O gr. 68 0/00.

1 gr. 20 0/00.

Au microscope on voit des leucocytes et des globules rouges. La

moyenne de la température de notre opérée à oscillé pendant 12 à 15 jours entre 38°,2 et 38,5 pour descendre ensuite autour de 37,6 à 37,7.

Quant à la physionomie du jeu de la fonction urinaire, elle ne manque

pas d'intérêt. Voici les quantités d'urine émises par 24 heures.

le

le 13 —

le 14 = 600 gr.

le 45 — 7190 »

le 16 — 100 »

le 17 — 900 »

le 18 _ 930 »

le 19 — (NÉ 050 le 20 — 1 k. 030 »

le 21 — 4 k. 140»

le 22 — 1MALUURSS le 23 — 1 k13075 le 24 — 1 K. 140 »

le 25 — 550 le 26 — À k. 250

12 décembre (opération le matin) 30 grammes.

la malade a uriné dans son lit ; chiffre nul,

le 27 décembre 2 k. 400 er. le 28 — 2 k. 400 »

1896, le 1er janvier 2 Kk. 400 »

le 6 — 2 k.530 »

lost — AE

On voit par ces chiffres, comment, après l'anurie réflexe post opératoire, qui a cessé dès le lendemain, le rein gauche, à qui était dévolue exclusivement la sécrétion urinaire, s'est acquitté de ses fonctions. De 600 grammes le surlendemain, la sécrétion urinaire est rapidement montée à 1.000, 1.500, 2.000 et même 2.530 par 24 heures, dépassant

ainsi de: près d'un litre la quantité physiologique habituelle.

Observation XX X VE. — Bar, Sociélé d'obstétrique, 189, p. 126. — Kyste du rein gauche. — Les pièces anatomiques que j'ai l'honneur de présenter à la Société d'obstétrique proviennent d'une femme âgée de 19 ans qui entra à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine le 23 avril dernier.

Elle était arrivée au 6° mois de sa grossesse. Les personnes qui la conduisirent dans le service racontèrent qu'elle avait toujours été bien portante; la seule maladie sérieuse qu'elle ait eu était

une scarlatine qui l''atteignit à l'âge de 5 ans. Cette affection n'avait laissé aucune trace. Les premiers mois de sa grossesse s'étaient passés sans incidents. La veille de son entrée à l'hôpital, la malade s'était plainte d'une céphalée intense, de vives douleurs dans la région épigastrique. Cependant elle n'avait pas cessé son travail de domestique. Le soir, elle eut des vomissements et au milieu de la nuit elle eut des accès d'éclampsie. On nous l'amena à l'hôpital le 23 avril à 9 heures du matin. Le travail se déclara, et elle expulsa le soir même de son arrivée, un enfant macéré du poids de 870 grammes. Le placenta était farci de vieux foyers caséeux. Cette malade fut saignée et soumise à la diète hydrique. Cependant elle eut de nombreux accès, etelle succomba 4 jours après son entrée, avec une température élevée et de nouveaux accès d'éclampsie. |

Nous avons pu recueillir la rate, un fragment du foie et les deux reins.

La rate pesait 100 grammes. |

Lejfoie présentait de nombreux foyers avec thrombose vasculaire et dégénérescence cellulaire.

Le rein droit pesait 195 grammes. Son diamètre vertical mesurait 14 centimètres. Le calice et le bassinet étaient énormes. L'uretère ctait

ÉTUDE DES GRANDS KYSTES SÉREUX DU REIN 97 dilaté, sans qu'il yeut à proprement parler d'hydronéphrose. L'aspect de ce rein était celui du gros rein blanc. L'examen histologique nous a montré qu'un grand nombre de canalicules urinifères étaient remplis de cylindres ; beaucoup de glomérules étaient profondément altérés.

Le rein gauche très petit pesait 38 grammes. Il se trouvait réduit à 3 masses, l'une moyenne contenant du liquide citrin albumineux (2gr. 80 d'albumine par litre) ; au-dessus et au-dessous de ce kyste, se trouvaient 2 masses également kystiques, mais remplies de magma caséeux. L'examen histologique a montré que le contenu de ces derniers kystes était forméde débris cellulaires dégénérés ; la paroi était constituée par du tissu fibreux ; dans ses couches les plus externes on voyait quelques débris de tubes urinifères.

Gbservation XXXVEE. — SExoLer, Annales génito-urinaires, 1899. — Femme 30 ans. Depuis 8 ans fréquence de la miction surtout marquée depuis 6 mois. Parfois sang dans les urines qui, à plusieurs reprises, furent troubles, fétides, puis rédevinrent claires. Dans les urines : bacilles tuberculeux. Peu à peu formation d'une tumeur dans le côté droit. Entre à l'hôpital le 22 novembre 1892.

Induration du sommet du poumon droit. Au-dessous du foie, tumeur mobile, lisse, peu douloureuse. Rein gauche palpable, non augmenté de volume, non douloureux ; situation normale. Urine abondante (3.200 gr. en 24 h.), mictions fréquentes, un peu de pus dans les urines.

Diagnostic. — Tuberculose du rein droit.

Le 24 février 1893, néphrectomie extrapéritonéale (35 minutes). Le rein extirpé est très augmenté de volume. Surface lisse ; substance corticale et médullaire très épaissie, vasculaire, rouge. Abcès caséeux nombreux. Tubercules de grosseurs variables, Diagnostic microscopique : Tuberculose rénale. La ma-

lade n'eut que des urines rares à la suite de l'intervention (120 ce.) et mourut d'urémie au bout de 5 jours.

L'autopsie ne fut pas permise ; aussi ne put-on prendre que le rein gauche, qui était un peu augmenté de volume, de consistance molle. A la coupe, on vit qu'il était transformé, dans sa plus grande partie, en un kyste à paroi mince, rempli de bouillie athéromateuse, jaunâtre, avec deux autres kystes moins volumineux, à contenu aqueux. Un kystesemblable se trouvait dans le bassinet.

Observation XXXVEHE — Kyste solitaire du rein, A. von Brackez, Sammlung klinischer Vorträge de Ricnanb VON VOLKMANN,

Simon [

no 250, 1899. — Cette observation est prise dans la clinique de M. Faure, et concerne un malade opéré par M. Manteuftel.

Le cas se rapporte à un jeune homme de 18 ans, qui, il y a 4 ans, s'est aperçu qu'il était affligé d'une tumeur au niveau du rebord costal gauche ; cette tumeur avait alors le volume d'un œuf d'oie

Pendant les 3 premières années, elle n'a pas augmenté beaucoup et ne l'incommodait pas. Mais depuis le printemps dernier, la tumeur a progressé assez rapidement et a occasionné au sujet des douleurs.

Le patient a remarqué aussi que, depuis longtemps, il était sujet aux constipalions. F

Dans les derniers temps, il se produisait assez souvent des vomissements inattendus, brusques, ordinairement aussitôt après lés repas, sans ètre précédés de nausées.

Il était toujours bien portant. Dans son enfance il a eu une varicelle et une rougeole. Dans le cours de cette dernière maladie il n'a pas eu de fièvre.

Le père de ce jeune homme est mort, il y a 2 ans, d'une tuberculose pulmonaire ; la mère et un frère vivent encore et sont bien portants

Etat actuel. — Le malade est de haute taille, élancé, fort, bien musclé et d'un embonpoint normal. La peau et les muqueuses visibles n'ont rien. Le teint de son visage est frais et sein.

L'examen des poumons et du cœur ne présentent rien d'anormal.

L'urine est claire et limpide, et ne contient ni albumine, ni sucre.

La palpation fait découvrir, dansla région rénale gauche, une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte, ronde, lisse, et qui n'est pas mobile, dont les limites sont : en haut le rebord costal, en bas le ligament de Pouppart, et en dedans elle dépasse la ligne médiane.

La percussion est mate.

La peau et les muscles abdominaux ne se plissent pas et sont mobilisables au niveau de la tumeur.

La tumeur elle-même parait profondément bien fixée sur son point d'implantation. On constate qu'elle est tendue, élastique et

fluctuante.

La dilatation du gros intestin par des gaz, ne fait pas disparaitre complètement la tumeur, seulement, sur la ligne médiane, on arrive à constater, par la percussion, une diminution de la zôre de matité d'un travers de main. Cette dilatation occasionne au malade des douleurs et des nausées.

Les limites de l'estomac sont déplacées à droite et en haut, mais son volume est normal.

Le diagnostic resta en suspens entre un kyste du rein et un kyste du pancréas.

On à proposé au malade une intervention chirurgicale ; il s'est déclaré prêt à la subir, et l'opération, après 2 jours de préparation, fut pratiquée, sous chloroforme, le 31 août.

Pendant la narcose, l'exploration à donné le même résultat, mais la tumeur se laisse plus mouvoir, ne parait pas aussi bien fixée comme avant l'administration du chloroforme, se laisse légèrement comprimer en hautet à gauche ; en même temps un petit segment de la tumeur disparait sous les côtes gauches.

Le ballottement dans la région du rein n'est pas appréciable.

Après une désinfection préalable de la région avec de l'eau bouillie, du savon, alcool et sublimé, et après avoir essuyé avec une com: presse stérilisée, la laparotomie exploratrice fut pratiquée sur la ligne blanche.

La tumeur est rétropéritonéale ; elle parait être un gros kyste solitaire, largement implanté sur l'extrémité inférieure du rein gauche,

Dans l'abdomen tout est normal ; le rein droit est sain et à sa place normale.

On a achevé l'opération par des sutures à plans superposés.

Alors fut entreprise l'opération du kyste du rein par la voie extrapéritonéale. Le malade étant couché sur Le côté droit, on fit l'incision à gauche en demi-cercle par couches successives de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané et des muscles.

Libération du rein et du kyste. — Le rein, sauf le pôle inférieur sur lequel siège la tumeur kystique, est complètement sain. Le kyste se laisse facilement énucléer des tissus environnants, et, libéré de partout, est attiré aussi loin que possible en dehors de la plaie.

Avec un trocart on vide le contenu du kyste. Sous une pression assez forte il s'est écoulé à peu près 2 litres 1/2 d'un liquide brunâtre et hémorragique, mais tout de même clair. On nettoya la poche kystique, on ferme la solution de continuité avec une suture et ensuite on sépare le sac kystique, devenu lâche, des tissus environnants au niveau de son point d'implantation. Aussitôt le rein fut libéré et attiré en dehors dant qu'on fait la compression digitale des vaisseaux rénaux, on pratiqhe une incision cunéiforme dans la portion intrarénale du kyste. Le kyste

est tout à fait séparé, il ne communique pas avec les calices du rein, et l'incision n'atteint pas le hile.

Il n'y a pas eu du tout d'hémorragie pendant l'incision. On ferme Ja

plaie rénale avec 3 sutures profondes et on met 4 sutures superficielles avec de la soie.

I n'y à pas d'hémorragie secondaire. On fixe le rein avec # sutures latérales au carré des lombes. On ferme la plaie cutanée par plans superposés. On met un drain dans la partie inférieure et on applique un pansement sec.

Les suites de l'opération et de la chloroformisation sont bonnes. Pas d'accidents.

Pendant le premier jour le patient a souffert beaucoup, et le lendemain soir la température a monté à 37°8, mais elle est descendue le jour suivant et depuis est restée stationnaire.

On a cru remarquer les premiers jours une légère réaction du côté du péritoine (lourdeur, éructation, quelques vomissements, léger ictère). Le 4e jour ces symptômes disparurent. On retire le drain de la plaie rénale le 5° jour. Comme il s'est formé un petit hématome sous-cutané dans la partie inférieure, on enlève quelques fils, et l'extravasation du sang a cessé. Le 14€ jour on a enlevé les sutures. Le 22° jour le malade a quitté le Lit et le 276 il quitte l'hôpital.

Etat, le jour de sortie. — Les plaies sont cicatrisées ; 11 n'y à pas de diastase musculaire. Le rein gauche est resté fixé dans la position donnée, Aucune inflammation, ni douleurs à constater. L'urine est claire et va et a une composition normale.

S/ Observation XXXEIX, — Kyste séreux du rein. — SERRES, externe des hôpitaux, £cho méd. Toulouse, 9 mars 1901, p. 112. — Celui que je vous présente n'a été découvert qu'à l'autopsie, chez une femme morte à 66 ans de phtisie fibreuse, dans le service de M. le professeur Caubet.

Voici dans quelles circonstances :

Je venais d'enlever le rein droit qui paraissait complètement normal. En cherchant le gauche, ma main tombe sur une tumeur fluctuante, remplie d'un liquide séreux et que son aspect transparent me faisait prendre d'abord pour une bosselure du colon. Elle était réunie à ee dernier par des tractus fibreux assez résistants, restes du péritoine interposé. Je l'isole avec précaution, c'est un gros kyste rénal. Du volume d'un gros citron, il occupe la partie supérieure du rein, face antérieure et envahit le bord interne. En bas, il recouvre une grande partie du hile. IL est régulièrement arrondi, lisse sans aucune bosselure. La membrane kystique, fibreuse, mince, souple, présente des stries nacrées et par

endroits des incrustations calcaires. Elle est intimement unie au parenchyme rénal qui finit sur elle en bec de flûte. Le kyste semble s'être creusé une place comme une bille chaude dans un gâteau de cire. Sur le bord supéro-externe empiétant sur la face postérieure, se trouve un autre kyste du volume d'une petite noix.

Du reste, il présente les mêmes caractères que le gros. Les deux kystes se touchent par leur partie profonde cachée au sein du parenchyme rénal. Entre eux, sur la face antérieure du rein, toujours à la partie supérieure, on aperçoit 5 ou 6 petits kystes de volume variable, allant de celui d'une petite lentille à celui d'un noyau de cerise. Les organes du hile ne présentent rien d'anormal ; le bassinet est petit et l'uretère complètement perméable. La partie inférieure du rein parait saine, pas de cicatrices, pas de granulations, consistance normale, mais elle est ronde au lieu d'être aplatie. Le rein, par suite sans doute du développement du gros kyste sur son bord interne, avait basculé sur son bord externe et s'était orienté dans le plan sagittal.

M. le professeur agrégé Gérard, a eu l'obligeance d'analyser le contenu du gros kyste.

Voici ce qu'il en dit :

« Propriétés générales : liquide blanchâtre, visqueux et trouble. Le « filtre retient difficilement un sédiment minéral. Abandonnée au repos, « cette sérosité s'éclaireit, et elle est alors d'une couleur jaune citron. Le « sédiment déposé est absolument blanc. Réaction alcaline.

Composition :

arm esoes IUIMEEMSREEERTEeS 64 gr. 90 ÉTURS CE RCE ANR REP REC RS IREE V1 Albumine totale, sérum albumine et

BCLU oi DUUNe us es RS 46 20 Chlorure eme MR RO GP? (1) (ORNE TN RER RP RE NS DS GiTéose re. APRES NES NS 2.02 Phosphate de chaux (précipité) . . . 0 52

« Pas de fibrine, ni d'acide urique, ni de eréatinine.

€ Ge liquide a la composition d'un transsudat provoqué par une aug- « mentation anormale de la pression sanguine dans les capillaires, peut- « être par suite d'une stase veineuse. Il ne présente aucun des caractères « des liquides inflammatoires.

« Les kystes urinaires (kystes par rétention), contiennent de l'urine,

« et ces principes venus du sang par transsudation. Peu à peu, les prin- € cipes urinaires les plus diffusibles sont résorbés et finalement le liquide « se rapproche par sa composition des transsudats ordinaires.

€ Oerum donne la composition d'un liquide semblable ; il ne trouve € que 7,68 pour 1.000 d'albumine et pas d'urée. Notre liquide, au con- « traire, contient une proportion de substances protéiques, durée, de « sels se rapprochant de la composition du sérum sanguin, Car s'il y « avait eu diffusion des principes les plus solubles de l'urine, on n'y aurait « pas trouvé d'urée.

« À notre avis, cette sérosité provient exclusivement du sérum san- « guin sans mélange de produits urinaires. Si le phosphate de chaux « s'est précipité, c'est parce que l'acide carbonique qui le maintient en « dissolution dans le sang disparut ».

Observation XL, — Bervarn ENGLaNDER, Arch. f. klin. Chir., 1901. Bd 65, heft 1, p. 112. — A l'hôpital « Lazarus », dans le service de chirurgie, on a admis une journalière, Mme Salomea S..., qui s'est aperçue qu'elle portait dans l'abdomen une tumeur. D'après les dires de la patiente, cette tumeur ne l''incommodait pas, à part une sensation désagréable de pesanteur. Depuis cinq mois aménorrhée ; avantelle était réglée régulièrement

A l'examen on constate que la patiente est bien constiluée, a un embonpoint nôrmal; ses seins sont normaux; le ventre est sullant à droite, le point le plus proéminent se trouve sur la ligne mammilaire.

La palpation fait découvrir dans la partie droite du ventre une tumeur lisse, insensible, fluctuante, de la grosseur d'une tête d'enfant, qui se laisse facilement déplacer dans toutes les directions, aussi bien en haut jusqu'au rebord costal, qu'en bas dans le petit bassin. Dans la région de la tumeur, la percussion est mate. Le foie et la rate n'ont pas augmenté de volume et ils sont séparés de la fumeur par une zône de sonorité tympanique. L'ausculta-

tion de la tumeur est négative. A l'exploration vaginale on trouve un utérus mobile et en rétroversion ; dans le cul-de-sac droit oh sent une tumeur mobile et fluctuante, Sans qu'il soit possible de trouver de lien quelconque entre cette dernière et la matrice. L''annexe gauche est normale ; on n'arrive pas à sentir l'ovaire droit.

Se basant sur le déplacement facile de cette tumeur, sur sa matité et sur l'impossibilité de découvrir l'ovaire droit, on pouvait admettre qu'on à devant soi une tumeur ovarienne ou intrapéritonéale, mais par contre le manque de lien entre la tumeur et la matrice rendait notre diagnostic

incertain, toutefois l'hypothèse de kyste du rein n'était pas évidente. Comme d'un côté on ne remarquait aucun trouble urinaire et comme de l'autre côté l'examen n'a donné aucun signe important d'une tumeur extrapéritonéale, nous nous sommes décidés de poser le diagnostic d'un kyste de l'ovaire. Comme le diagnostic n'était pas très précis, M. le professeur Trzebicky a décidé d'ouvrir le ventre au devant de la tumeur.

Opération. — Le péritoine fut largement ouvert par l'opérateur M. le D' Juras, sur la ligne médiane à l'aide de l'anesthésie de Schleich, et aussitôt il est devenu elair que les annexes de l'utérus étaient normales et que la tumeur kvstique dépendait du rein droit. Pour faciliter l'arrivée sur la tumeur on a fait sur la {re incision verticale une 2* parallèle au rebord costal droit ; le péritoine qui recouvrait la tumeur fut écarté et l''énucléation du kyste entreprise, en même temps on a commencé l'administration du chloroforme. L'extirpation de la tumeur était très difficile, en même temps se déclarait une abondante hémorragie ; la rupture de la paroi kystique à rendu l'opération encore plus difficile.

Comme le sang jaillissait très fortement de la veine rénale béante, car on l'a coupée, le professeur Trzebicky, qui jusqu'alors assistait en simple spectateur à l'opération, intervint et l'acheva vite par l'extirpation du kyste et de la portion du parenchyme rénal normal au-dessus de celui-ci, s'étant préalablement assuré du bon état du 2° rein, <

Ligature de chaque vaisseau qui donne du sang, tamponnement de la plaie rétropéritonéale avec la gaze iodoformée, dont on laisse sortirle bout par la plaie transversale non fermée ; on ferme complètement fincision verticale, et l'opération est terminée.

A cause de l'anémie aiguë occasionnée par l'opération, on injecte dans

'la veine du bras 500 cent. cubes de sérum artificiel, ce qui a été très bien

supporté par la patiente Les suiles opératoires étaient presque idéales. La patiente n'a jamais

eu de fièvre ; la plaie suturée a guéri par 1" intention, et la plaie extra-

péritonéale diminuait lentement, mais d'une façon appréciable, de sorte que la patiente guérie a pu quitter l'hôpital au bout de 2 mois avec une plaie complètement cicatrisée.

L'examen de l'urine qui à été pratiqué plusieurs fois dans le laboratoire de M. le Professeur Stopezanski n'a rien donné ni au point de vue quantitatif, ni au point de vue qualitatif.

Le rein extirpé, sauf la partie supérieure de celui-ci, était transformé entièrement en un kyste uniloculaire, à parois minces, de la grosseur d'une tête d'enfant, ce kyste étant rempli d'un liquide clair et jaunâtre.

Malheureusement, nous n'avons pas pu faire l'examen chimique de ce liquide, car la paroi kystique, comme nous l'avons vu. était déchirée pendant l'opération, et son contenu s'est écoulé.

La paroi interne du kyste lisse, brillante, présente dans différents endroits quelques saillies. Le kyste ne communique ni avec le bassinet ni avec l'uretère non dilaté, qui est inséré sur la portion saine du parenchyme rénal, portion qui se trouve elle-même sur le pôle supérieur du kyste; celui-ci est nettement limité du reste du parenchyme rénal. Sur le pôle supérieur du kyste se trouve une portion (1/3 à peu près) macroscopiquement non détériorée du parenchyme rénal.

L'examen histologique du kyste et du parenchyme rénal aux confins de ce dernier a donné le résultat suivant : la paroi kystique se compose d'un tissu conjonctif en différents états de développement ; ce tissu est formé par des bandes parallèles jeunes, à cellules petites, spécialement disposées autour des vaisseaux, et par des bandes fibrillaires. Entre ces bandes fibrillaires on peut voir par ci par là des restes du parenchyme rénal : des canaux urinifères entrecoupés en long et en large, des corpuscules de Malpighi normaux et en dégénérescence hyaline. Le parenchyme rénal au voisinage du kyste est plus dense, mais ne présente pas de transformations remarquables.

La paroi interne du kyste est revêtue d'un épithélium simple ; ce dermer est tout de même moins haut qu'un épithélium cylindrique ordinaire et plus haut qu'un épithélium pavimenteux ; on pourrait être tenté de le prendre plutôt pour un endothélium, qui mérite notre attention par ce fait, que la distance entre les cellules isolées est tellement effacée, que nous ne pouvons pas les voir exactement, malgré l'emploi d'un fort grossissement.

Observation XLE. -. Kyste isolé du rein, — Moyxinan, Brit. med. Journal. Xe février 1902, p. 263. — Une femme. âgée de 42 ans,

envoyée chez moi par le docteur Hogarth, de Morecambe, était admise à l'hôpital « Leeds », le {7 octobre 1898.

Elle se plaignait de fréquentes douleurs qui ressemblaient aux crises des coliques néphrétiques, d'une durée de 2 ou 3 heures, et qui étaient accompagnées de vomissements. Les émissions d'urine étaient fréquentes eb non douloureuses.

Examen. — On sent une tumeur de la grosseur d'une balle de «crie-

ket» dans le côté droit de l'abdomen. Cette tumeur est sphérique. lisse, fMuctuante, tendue et très mobile.

On peut la déplacer latéralement dans l'étendue de 15 centimètres au moins, et de haut en bas dans l'étendue de 10 centimètres seulement.

On peut sentir le rein dans la région lombaire, mais la dépendance de la tumeur du rein était douteuse.

Opération. — On ouvre le ventre, et la tumeur est découverte. On trouve un kyste sur le pôle inférieur du rein droit.

La difficulté du diagnostic s'expliquait alors par ce fait que, comme le rein était mobile, la tumeur étant pédiculée se déplacait facilement dans tous les sens : de haut en baset latéralement.

Le péritoine incisé, le rein fut attiré en dehors de la plaie. On a essayé d'énucléer le kyste du rein, mais c'était difficile, car le tissu rénal se déchirait et occasionnait une hémorrhagie On a décidé alors de réséquer la petite partie du rein sur laquelle était implanté le kyste.

Tandis qu'un aide faisait la compression manuelle des, vaisseaux rénaux, on pratique 2 incisions en forme de coin ; la partie du rein qui contenait le pédicule kystique fut enlevée. La plaie rénale était fermée par 6 sutures profondes au catgul : il n'y a pas eu d'hémorrhagie.

Comme le rein était très mobile, on a préféré l'enlever au lieu de faire la néphropexie. On a fermé le péritoine par une suture continue au catgut, et la plaie abdominale de la façon ordinaire.

Suites. — Le rétablissement de la malade s'est fait sans accidents. La plus haute température qui était enregistrée était de 39°2 et le pouls le plus rapide était de 10%. Le premier jour il y avait un peu de sang dans les urines

Au mois de septembre 1901, le D' Hogarth écrit qu'il a eu l'occasion * de voir la malade 1 an après l'opération ; elle était en bonne santé et n'éprouvait aucune douleur dans Fabdomen.

Examen microscopique par M. Cammmidge. — Sous le microscope, la substance rénale est tout à fait normale. Il n'y à pas de

lésions de néphrite chronique. Les tubili sont dilatés, mais pas très nettement.

Les cellules qui les bordent paraissent saines.

La paroi du kyste est composée d'un tissu cellulo-conjonctif assez dense, lequel est très limité, bien que çà et là il y ait quelques tractus qui passent dans la substance rénale tour à tour, mais pas très loin de la paroi kystique.

Quelques tubili comprimés et déviés peuvent être distingués dans la paroi du kyste, mais ils ne sont pas nombreux.

La face interne de la paroi est couverte, dans certains endroits, d'une

simple rangée de cellules aplaties avec de larges noyaux, et, dans d'autres, on ne voit que le tissu fibreux, A la périphérie, la paroi du kyste plonge dans la capsule du rein,

mais là, encore, on peut distinguer les restes de quelques tubuli.

v4 Observation XILHE. — Tumeur kystique du rein. — Ricarp,

Archives provinciales de chirurgie, &. XI, 1° novembre 1902, p. 667.

— Malade opérée en 1896 dans le service de Desprès pour un rein

mobile.

La mobilité de ce rein était causée par deux tumeurs kystiques, du volume d'une mandarine chacune, situées au pôle inférieur de l'organe. Je réséquai les deux poches, fis une suture au

surjet fixai le rein et drainai : il y eut écoulement d'urine pendant quelques jours seulement et tout guérit parfaitement.

\/ Observation XLEIE — Kyste solitaire d'un rein en forme de fer à cheval. — Moyxinax. Brit. méd. J., 1e février 1902, p. 263. — M. R..., homme, âgé de 36 ans, qui n'a été adressé par M. le D' Bailey de Horsforth, est atteint de vomissements fréquents, éprouve des douleurs après les repas et maigrit. La nourriture peut être prise seulement en petite quantité, toutefois, les solides sont rejetés.

Examen. — On sent au-dessus et à droite de l'ombilic une tumeur lisse, ronde et mobile. — Pendant les mouvements respiratoires la tumeur se déplace verticalement dans létendue de 2 1/2 centimètres environ. -

L'estomac est très dilaté. L'insufflation avec CO? le fait descendre à 5 centimètres au dessous de lombilie. Il ne se produisait pas de contractions. On afait le diagnostic d'une tumeur maligne du pylore.

Opération. — L'abdomen fut ouvert par une incision à droite de la ligne médiane, longue de 13 centimètres environ.

Exposant à nu la tumeur, on a trouvé qu'elle avait les caractères d'un kyste et qu'elle était rétro-péritonéale.

Au devant de ce kyste passait l'artère mésentérique supérieure, et derrière passaient l'aorte, la veine cave et la 3° portion transversale du duodénum, Ce kyste à une paroi mince, son volume est celui d'une mandarine ; il est tendu, bombé et uniloculaire. En dégageant doucement le kyste, on a trouvé que de chaque côté il était en contact avec une bande plate de 2 cent. 1/2

de largeur et de { cent. 3 d'épaisseur, qui se continuait jusqu'au pôle inférieur du rein ; cela transformait notre rein en une

sorte de fer à cheval avec un kyste solitaire développé dans le tissu conjonctif.

Le bassinet de chaque masse rénale latérale fut ouvert successivement pour apprécier la position et l'état exact des uretères. Ces derniers étaient symétriques et traversaient l'isthme où ils rejoignaient le tissu rénal.

En soulevant le péritoine au niveau du rein. les uretères se soulevaient avec lui. On fait une ponction dans le kyste. Du côté gauche, le kyste paraissait prendre naissance directement dans le tissu rénal, seulement entre ce dernier et le kyste se trouvait une petite portion de tissu conjonctif : du côté droit, le tissu rénal, dans lequel le kyste a pris naissance, de l'étendue de 2 cent., n'était pas altéré. De chaque côté du kyste on a enlevé une portion de tissu rénal en forme de coin, après quoi on a suturé les bords de ces plaies rénales au catgut De cette façon il s'est formé deux reins séparés, avec une suture sur le pôle inférieur de chacun d'eux.

La plaie péritonéale était fermée aussi au catgut et la plaie abdominale de la facon ordinaire.

Les symptômes de l'obstruction pylorique s'expliquaient alors par la pression de la tumeur sur le duodénum. Cette pression était encore augmentée par ce fait que l'artère mésentérique supérieure passait au devant du sac kystique.

Le malade s'est rétabli lentement à cause d'une pleurésie grave avec épanchement, de nature probablement tuberculeuse,

qui s'est déclarée 15 jours après l'opération.

Examen microscopique. — La paroi du kyste est composée de tissu fibreux et on y voit des traces de tissu rénal. Les glomérules, en cer tains endroits, sont représentés par de petites masses de tissu conjonctif fin, dont les espaces sont remplis par une substance homogène.

Les vaisseaux droits afférents et efférents sont imperméables et ont subi une complète transformation fibreuse. Les noyaux des cellules qui limitent les tubes urinifères sont en place. La réaction du liquide est faiblement acide ; il est de couleur pâle ; l'albumine y est absente ; on y trouve de l'urée dans la proportion de 5 0/0, des chlorures, des sulfates et des phosphates : pas de sucre.

Au microscope le léger dépôt montre un peu de phosphate terreux et

és urates amorphes.

Le kyste est uniloculaire, de la grosseur d'une mandarine; il contient 30 centimètres cubes de liquide et prend naissance dans la substance du

rein.

D un XLIV. — Descuaups. 7'hèse de Paris, 1902. — Kyste du rein, épreuve du bleu de méthylène décisive ; néphrectomie partielle ; guérison. — Le nommé Eugène C..., placier, âgé de 53 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis dans le service du Dr Bazy, salle Clocquet, le 28 juin 1898, parce qu'il a rendu des urines sanglantes. En 1888 il a eu une colique néphrétique à gauche, sans hématurie. De 1888 à 1894, il n'a pas eu de crises véritables, mais il souffre toujours un peu de son rein gauche. En 1894, à la suite

d'un excès de table il est pris d'un pissement de sang qui à duré 2 jours. De 1894 à 1897, il a eu quelques légères hématuries. En 1897, après un excès de boisson et un voyage en chemin de fer, crise de coliques néphrétiques, accompagnée de pissements de sang pendant 2 jours. Depuis cette époque, les hématuries reviennent fréquemment après les fatigues. Les urines seraient plus sanglantes au cemmencement de la miction L'exploration métallique de la vessie est aisée, la vessie est tolérante, on ne sent pas de calculs, et Les urines rendues immédiatement après cet examen ne sont pas sanglantes. L'exploration de la région rénale provoque de la douleur dans l'angle costo-vertébral gauche. La palpation bi-manuelle fait sentir une tumeur rénitente mais peu volumineuse et un peu mobile par soulèvement. L'épreuve du bleu de méthylène, le {8 juin, est positive. Le 30 juin, opération par MM. Bazy et Estrabaut. L'incision lombaire amène sur une tumeur tendue, fluctuante et non adhérente : on l'inase, il en sort un liquide citrin ; on décortique cette poche qui est située dans la partie supérieure du rein. Le rein est de volume normal, mais congestionné. On ferme en deux plans, et la réunion se fait par première intention.

Suites opératoires normales ; le malade quitte l'hôpital guéri.

" Observation XLV (in Guinsbourg 1903). — Rein mobile à gauche. — Petit kyste. — Ablation du kyste — Néphropexie. — HarrMaNx. — La nommée Mme Venot, née Brionès, âgée de 35 ans,

entre le 27 juin 1901, dans le service de M. Hartmann, à l'hôpital Lariboisière, salle Lailler, lit n° 18.

La malade, qui s'est bien portée jusqu'à il y a 5 ans, ressent alors (mars 1896) une douleur assez vive en urinant, de plus, ses mictions deviennent fréquentes, mais celte fréquence dans les mictions, cette douleur en urinant ne durent qu'une journée, et le lendemain la malade évacue sans douleur un calcul du volume d'un grain de café, dur, jaune clair.

Pas de douleurs lombaires. Dès ce moment, la malade ne ressent plus

de douleurs en urinant, et ses mictions sont normales. Elle se porte très bien jusqu'à 14 mois.

I y à 1% mois (8 avril 1900), la malade, un matin, est prise brusque- _ment par une douleur très vive, très intense, l'obligeant à se plier en deux, siégeant au niveau de la région lombaire gauche, se prolongeant vers la fosse iliaque du même côté, douleur continue, lancinante. Cette douleur persiste 18 jours, et pendant tout ce temps, vomissements nombreux d'abord alimentaires, puis muqueux, puis biliaires, amenant au moment des secousses l'exacerbation de la douleur. Pendant 18 jours, repos absolu au lit, régime lacté, potion au chloroforme, compresses imb:bées de liquides anesthésiques, eau de Vittel. Mais la douleur qui, dans les premiers jours siégeait dans le flanc gauche, s'irradiant obliquement en avant, en dedans et aussi en arrière vers les lombes, au 4e jour est apparue à droite, et le côté gauche devint alors moins douloureux : mais bientôt dans la fosse lombaire droite persista seulement une très légère sensibilité, tandis que du côté gauche, côté primitivement atteint, une nouvelle crise aiguë de 5 à 6 jours se déclara bientôt.

Pas d'émissions des calculs. La malade ébait enceinte alors de 6 mois.

Dans la suite et jusqu'au 27 juillet, date de son accouchement, la malade se plaint beaucoup des douleurs dans la vessie, douleurs surtout marquées dans la station debout, la marche, les promenades en voitures (surtout les omnibus), la position assise est elle-même très douloureuse, ce qui inquiète beaucoup la malade, car son métier de plumassière l'oblige à rester assise toute la journée, Ce n'est que dans le décubitus dorsal que la malade ne souffre plus. Les mictions sont peu fréquentes, mais assez douloureuses à la fin. Après son accouchement cet état persista jusqu'au lundi 24 juin. Ce jour, pendant que la malade était à son travail, elle ressent brusquement une douleur dans la fosse lombaire gauche, absolument identique à celle d'il y a 14 mois, mais beaucoup moins intense, pas de vomissements. La douleur persistant, la malade se décide à entrer à Lariboisière. Jamais d'hématurie Amaigrissement

peu marqué.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 42 ans ; mère bien portante Antécédents personnels. — Jamais malade.

Antécédents collatéraux -— Un frère et un cousin germain ont eu des

coliques néphrétiques à 23 ans.

Actuellement. — Va malade urine 5-6 fois par jour. parfois 2 ou 3 fois la nuit, mais rarement Les mictions sont douloureuses, surtout à la fin,

mais lorsque la malade urine tout de suite après être restée un certain

temps couchée, alors les douleurs en urinant disparaissent. Les urines sont troubles avec dépôt blanc assez abondant au fond du bocal. liein droit. — Nolume normal, pendant les grands mouvements respiratoires sort entièrement de sa loge et on peut accrocher son extrémité supérieure, Cette exploration ne détermine pas ou peu de sensibilité. Rein gauche. — Augmente de volume ; sort de sa loge en totalité, à une forme plus globuleuse que la forme normale d'un rein. L'explora-

tion est plus douloureuse que du côté droit.

Etant donné cette augmentation de volume du rein gauche, cette plus:

grande intensité des douleurs, M. Hartmann se décide à intervenir sur ce rein.

Quand ce dernier à été mis à nu, on découvre sur son pôle inférieur l'existence d'un kyste un peu plus petit qu'un œuf de pigeon. M le professeur Hartmann l'énuclée et ferme la solution de continuité du parenchyme rénal avec un point de suture, qui avec d'autres servent à la fixation de ce rein ectopié.

Examen de la paroi du kyste, par M. Lecène, interne des hôpitaux. — La paroi de ce kyste est très mince et composée de tissu conjonctif lamelleux. Elle est revêtue à sa face interne par un épithélium cubique fort net et continu, un peu aplati par refoulement excentrique. Il s'agit probablement d'un kyste par rétention dans un tube du rein fermé, ce kyste étant en tous points ana-

logue à ceux que l'on rencontre souvent dans les reins de néphrite chronique.

Gbservation XLVE. — Kyste du rein droit. —Communiquée par MM. Bonxiau et HarrManx, in Guinsbourg, 1903. — M. C..., âgé de 52 ans, n'a jamais été malade. Il me prie de l'examiner au début de février 1901 pour une grippe contractée quelques jours avant.

Il tousse, présente quelques douleurs de côté, un léger mouvement

fébrile

De plus, depuis le milieu de décembre 1900, il se plaint de troubles gastriques se caractérisant par des spasmes, des nouures au creux de l'estomac survenant dans la seconde moitié de la nuit.

Examen au début de février AJ01. — Pas d'œdème des jambes. Her-

nie inguinale double contenue par un bandage. Ventre souple. L'esto-

mac parait clapoter jusqu'au niveau de l'ombilie. Pylore absolument souple.

Rein gauche. — Rien à la palpation.

Rein droil. — Ptosé, se rencontre dans l'abdomen en dedans et au

dessous de sa place normale ; son milieu répond à deux travers de doigt à droite de l'ombilic. ;

Du reste l'organe peut se réduire dans sa loge tout au moins partiellement. Le rein est augmenté de volume (un poing 1/2 environ), et cette augmentation de volume parait surtout faite aux dépens de l'extrémité supérieure qui semble comme coiffée d'un galet, d'une tête de brioche.

Pas de sensibilité à la pression de cette tumeur rénale.

Foie normal. Rate normale. Rien au cœur, ni aux poumons sauf quelques frottements pleurétiques disparus quelques jours plus tard.

Poids : 82 kilog.

Urines normales comme quantité (1 litre 1/2 environ) et comme aspect extérieur. Pas d'albumine ni de sucre. |

n'a pas été fait de dosage de l'urée ni des sels normaux.

Pas de symptôme fonetionnel rénal ; pas de douleurs à siège rénal, pas d'hématurie.

On porte le diagnostic de néoplasme du rein sur un rein mobile.

Opération (néphrectomie lombaire) le 6 mars 1901. — Incision habituelle. Le rein est facilement amené dans la plaie, car il ne présente pas d'adhérences avec l'atmosphère.

Il est alors facile de constater que tout le segment inférieur du rein est libre, sain, que l'extrémité supérieure est occupée par un volumineux kyste.

Dans ces conditions nous nous demandons si l'on ne pouvait pas faire une résection partielle du rein. û

Faisant comprimer le hile, nous incisons le tissu rénal au-dessous du kyste, nous ouvrons ainsi jusqu'au bassinet et constatons que le kyste se prolonge de celui-ci jusque dans l'ouverture de l'uretère.

Dans ces conditions nous faisons la néphrectomie en fixant l'uretère à la peau. — Drainage. Suites opératoires normales,

A noter seulement le lendemain de l'opération une crépitation amidonnée dans le scrotum du côté droit, vraisemblablement due à un épanchement de sang ayant suivi les vaisseaux spermatiques.

Un mois après l'opération M. C..., pèse 77 kilog , poids en décembre 1901 : 77 kil. 1/2. Poids actuel (janvier 1903) : 82 kilog. 5 mois après l'opération, à la suite de fatigue et de surmenage physique, brülures et déchirures assez vives au niveau de la cicatrice remontant peu à peu jusqu'à l'omoplate. "

A partir d'octobre 1901, apparait de la paresse d'intestin et se produisent fréquemment, surtout la nuit, des spasmes du pylore se traduisant

par l'apparition d'une boule au creux de l'estomac. Une demi-heure ou une heure après l'apparition de la boule, celle-ci disparait, en même temps que le malade à la sensation qu'un barrage est levé et qu'il percoit le bruit de gaz et de hquide franchissant un obstacle.

Amélioration notable des phénomènes digestifs (constipation et spasme du pylore) par des lavements électriques.

Examen microscopique. — Kyste uniloculaire du volume du poing développé dans le pôle inférieur du rein, à parois minces et transparentes, faisant saillie dans l'intérieur du bassinet et dans un des calices supérieurs. Le kyste se continue sans transition nette avec le parenchyme voisin. Le reste du rein semble absolument normal; pas d'autres kystes.

Le liquide est citrin, rappelant l'aspect de l'urine.

Examen histologique. — La paroi du kyste qui se continue sans ligne de démarcation nette avec le tissu rénal voisin est constituée par du tissu conjonctif assez dense, riche en fibres connectives, avec peu de cellules (Cette paroi est d'ailleurs très mince, environ 250 »).

L'intérieur du kyste est tapissée en certains points seulement par un épithélium très aplati, avee noyaux allongés, rappelant plus un endothélium qu'un épithélium proprement dit. En certains points il semble même qu'il s'agit plutôt de plaques protoplasmiques nuclées'que de cellules distinctes. D'ailleurs, ee revêtement est loin d'être continueten bien des points il manque complètement.

Les vaisseaux sont peu nombreux dans la paroi conjonctive du kyste. Le tissu rénal juxtakystique est un peu enflammé chroniquement ; les cellules de certains tubes urinifères présentent un léger degré d'infiltration graisseuse.

Partout ailleurs, au contraire (morceau pris dans l'écorce du rein à distance du kyste), le tissu rénal est absolument sain.

Analyse du liquide du kyste, par M. G. Patein. — Le liquide avait une couleur jaune paille ; il était limpide, dépourvu d'odeur

et ne contenait aucun dépôt.

Volume. du liquide, mere 435 cent. cubes.

RéacHON ns CR MEME alcaline.

Densité ae METRE AE 1.011.

Point eryoscopique. . ... A:=— 0,65.

Matières fixes à 100° . . . . . 22 gr. 60 par litre. Selsanhydrest "RENE 9. —

Chlorure). CORRE 8,16 =

ÉTUDE DES GRANDS KYSTES8 SÉREUX DU REIN te

Phosphates CAT ON NT Rue Lee 10n néant.

TN OMS ORREN NE SOE ENTREE 1 gr. 20 par litre. ADM TUTIQUENMERE 15e Lien 7 néant.

RICO et LM NA UE MES 18 gr. 20 par litre.

Clobne ee PONT te traces.

MTS MOMEATRRETEe Ne néant.

ATDHMINOSES STAR, MEET E +. traces.

(OTCOSCS RM OR EE LA traces sensibles Graisse et cholestérine. . . . traces sensibles.

L'urine rendue par le malade avait la composition suivante :

Volume de 24 heures. , . . 1.250 cent. cubes. HÉTÉRO à 0) D MS OR ER T RRE acide.

HÉNS ILE REIN re RTE Tente 1.025.

Point cryoscopique. . . /\ — 1068.

LTÉE d'art. m'iete 22 gr. 10’ par litre.

OS UTAIUS 6 DUREE LA cl 0,59.

Acide phosphorique . . . . 1,86.

A DOTE REP CU live traces.

LR CDR CES Dit tee présence notable.

Dépôt rougeâtre abondant, formé d'acide urique, d’urate de soude, de phosphate bicalcique.

Le liquide du kyste diffère donc absolument non seulement de l'urine du malade, mais encore de l’urine en général, dont il ne contient pas les éléments caractéristiques (acide urique, urée, phosphates). Il est intéressant, toutefois, de remarquer la présence simultanée de matière réductrice (glucose) dans l’urine du malade et dans le liquide du kyste.

J'avais déjà publié en 189M (Journal de Pharmacie et de Chimie) l'analyse d’une tumeur du rein, dont l'observation a été communiquée à la Société de Chirurgie. Voici ce que j'avais trouvé :

Volume du-liquide. . . . . 1.100 cent. cubes. RÉACTIONS MR ET ES neutre.

Matières fixes... . . . . 118 gr. 80 par litre. Sels anlipdresermuts ee" ROUES

CMOLUTRES MR EME EAN »,45.

Présence de mucine et albuminoses, Pas d'acide urique, pas d'urée, pas d'acide hippurique, pas de graisse ni de cholestérine. Après élimi- Situon 8

nation de la mucine et des albuminoses, les matières albuminoïdes ne sont pas coagulées à l'ébullition en présence d'acide acétique. J'ajoutais :

« On voit que ces tumeurs ne renferment aucun élément de l'urine : « de plus, la réaction n'est pas acide, les matières albuminoïdes ne sont « pas coagulables à l'ébullition en présence d'acide acétique et la pro- « portion des matières fixes est considérable comme dans beaucoup de « liquides kystiques. On peut done conclure à l'absence d'urine et con- « sidérer le rein malade comme un corps étranger ne fonctionnant pas «et dont l'ablation est justifiée chimiquement ».

Malgré les différences notables existant entre la composition du liquide de ce dernier kyste et celle du quide du kyste enlevé par M. Hartmann, la conclusion reste la même, à savoir que dans l'un et l'autre cas le liquide kystique n'est pas urinaire.

\/ Observation XEVEE. — Seirz, München med. Wchnschr. 1, 505, 1903. — Kyste du rein gauche. Néphrectomie totale ; guérison.

— Une femme âgée de 55 ans, très amaigrie, 7 accouchements antérieurs, remarquait, depuis un an, une augmentation de volume du ventre, sans ressentir de douleurs.

Examen. — Abdomen déformé par une tumeur s'étendant jusqu'au dessus de l'ombilie, surtout du côté gauche. La plus grande périphérie : 100 centimètres ; hauteur de la tumeur au-dessus de

la symphyse : 0,28 cm. La palpation montre une tumeur grosse comme une tête d'homme, composée de parties solides et de parties fluctuantes, insensible à la pression, et peu mobile. La percussion de la tumeur, sur une étendue de deux travers de main, donne un son mat. La tumeur était limitée par la masse intestinale qui résonnait comme un tympan et laissait la tumeur libre seulement à gauche et en avant. Pas d'ascite. L'auscultation de la tumeur ne révèle aucun bruit sauf celui de l'intestin. Les ganglions inguinaux des deux côtés étaient légèrement gonflés et indolents. L'utérus sénile est atrophié, rétroversé de deux degrés, ayant l'air d'avoir des connexions par sa corne gauche avec la tumeur, et déplacé par celle-ci vers la droite. L'ouverture de la matrice est dans la ligne spinale.

Le pôle inférieur de la tumeur n'atteint pas le cul-de-sac de Douglas. L'urine émise en 24 heures, est normale quant à la qualité et à la quanté. Diagnostic: Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. Le # octobre je lis la laparotomie. Après l'ouverture de l'abdomen sur 16 centimètres, se présenta la tumeur multiloculaire citée, mais complètement rétropéritonéale./La capsule, traversée par beaucoup de vaisseaux, notam-

ment par des veines, fut fendue avec des ciseaux dans sa longueur et disséquée prudemment. La tumeur arrivait, par sa partie inférieure, dans le petit bassin, mais ne touchait pas directement aux organes génito urinaires. Ces derniers étaient normaux et séniles. Pour réduire la tumeur, le plus gros kyste fut ponctionné au moyen d'un trocart. Il en sortit quelques litres d'un liquide hémorragique, limpide, riche en cholestérine. Quand la tumeur fut réduite à une tête d'enfant, on réussit à la décortiquer com-

plètement, On vit alors qu'un uretère, non dilaté et court, débouchait dans la tumeur, en dessous et par derrière, à la hauteur du promontoire. La tumeur fut enlevée totalement sans qu'une goutte de son contenu n'eut coulé dans l'abdomen. Le moignon de l'uretère fut pansé et abandonné dans la cavité occupée précédemment par la tumeur. Les parois de cette cavité furent suturées à la paroi abdominale Et la plaie abdominale fut suturée en 3 étages. On sentait le rein droit dans sa position normale ; au côté gauche correspondant, le rein manquait. La rate n'était pas augmentée de volume. La durée de l'opération fut de 1 h. 35. La marche de la guérison fut troublée dans les premiers jours par une faiblesse passagère du cœur, et dans les 3 ou 4 semaines par de la cystite; mais elle fut satisfaisante, étant donné l'âge de la malade : 55 ans. Au 33° jour après l'opération, la plaie abdominale était cicatrisée. 42 jours après l'opération, pas de suppuration, pas de sensibilité du ventre à la pression, et la malade fut renvoyée. Etat général satisfaisant. L'opérée à l'entrée pesait 65 kilos, à la sortie 54 kilos 200. La différence laisse à penser la grosseur de la tumeur.

La tumeur enlevée, maintenant fortement ratatinée, se compose pour la plus grande partie de graisse et de nombreux kystes grands et petits. Leur position rappelait la forme de haricot du rein. Beaucoup de petits kystes sont remplis de calculs, quelques-uns d'une masse gélatineuse, la plupart d'un liquide séreux hémorragique. Le rein depuis longtemps ne fonctionnait plus : ce qui est démontré par ce fait, que la quantité d'urine après l'opération était la même qu'avant. L'examen microscopique des débris de la tumeur montre une néphrite interstitielle raréfiante ; pas de dégénérescence maligne.

Observation XL VIEE. — Cramenr, 1896, in Ann. des mal. des org. gén. urin. p. 1903, 1903. - Kyste du rein. Néphrectomie partielle; guérison — Je connais un cas d'Antona qui coupa transversalement la partie supérieure d'un rein à cause d'un kyste volumineux; la guérison fut parfaite.

Observation XILEX. — Derkeskaup. — Beitrage zur klin. Char. Tübingen, 1904. Helt I, p. 121. — Néphrectomie partielle ; guérison. — Jean H...,52 ans. Depuis 6 semaines, douleurs aiguës dans le côté droit. A la palpation on trouve, touchant le bord inférieur du foie, dans la ligne mamillaire, une tuméfaction en forme de boudin, de surface lisse, de consistance élastique et ferme, facile à saisir, mobile, avec son extrémité dirigée vers la ligne médiane.

Opération le À janvier 1903. — Incision de 5 centimètres de long dans la ligne mamillaire. On traverse le muscle droit.

La tumeur est reconnue comme étant un kyste pédiculé, ayant son siège sur le pôle supérieur du rein droit. Ouverture du feuillet postérieur du péritoine. Extirpation du kyste, duquel sort un liquide clair. Suture de la plaie rénale sur laquelle est mis un fin tampon. Suture du péritoine et fermeture de la plaie abdominale.

Examen microscopique. — Dans la paroi du kyste on remarque du parenchyme rénal : glomérules en parties conservés et en pertie détruits.

La face interne de la paroi est tapissée d'épithélium cubique.

Le malade sort guéri le 28 janvier 1903.

Observation E. — /dem. — Néphrectomie partielle; guérison. — Auguste M..., 54 ans, éprouve depuis 6 ans des accès de coliques survenant la nuit pendant plusieurs heures et siègeant

dans le côté droit du corps. Jamais de jaunisse ; jamais de calculs biliaires dans les selles. Par moment encore, sensation de compression dans la région du foie. Dans la ligne mamillaire droite, on sent une tumeur dure de la grosseur d'un œuf d'oie, qui monte et descend avec la respiration, et correspond à la région de la vésicule biliaire. Par le palper bimanuel, la tumeur ne se

laisse pas saisir entre les mains. Par le palper en avant la tumeur se laisse

bien saisir et mouvoir des deux côtés.

Opération le 6 mars 1903. — Incision de 15 centimètres dans la ligne mamillaire. La vésiculaire biliaire est mise à découvert, avec sa partie inférieure remplie de calculs qui sont enlevés par la cholécystotomie.

Le rein droit est attiré en bas et repose par son pôle inférieur dans la fosse iléo-cæcale. Ouverture du feuillet postérieur du péritoine. On trouve un kyste gros comme le poing, siégeant sur le pôle supérieur du rein droit, et "ontenant un liquide jaune clair. La paroi du kyste est extraordinairement mince, transparente. La tumeur a creusé le pôle supérieur du rein en forme de coupe. A la périphérie du kyste, le tissu rénal est aplati et déborde sur la parot, On enlève le kyste en disséquant

au plus près de la paroi. Suture au catgut de la plaie rénale ; fin tampon sur la suture. Fermeture du péritoine et de la paroi abdominale.

La paroi du kyste montre des parties du bassinet, des artères détruites, des nerfs et des fibres musculaires lisses. Le paren-

chyme rénal dans le voisinage du kyste présente un épaississement interstitiel. Le malade sort guéri le fer juin 1903.

Observation LE. — Mazzoxr, in Ain. Chèr. Tübingen, 1904. — Néphrectomie partielle ; guérison. — Mazzoni pratiqua une incision en forme coin dans le parenchyme rénal pour extirper un kyste solitaire du pôle inférieur du rein. Le cas réussit heureusement,

PMORserraitién LEX. — Due à l'obligeance de M. Buix d'Angers, — Kyste du rein droit ; néphrectomie totale ; guérison (Inédite), — Mile X... Célibataire, 67 ans, Angers.

Les antécédents héréditaires ne présentent rien d'intéressant ni comme cancer, ni comme tuberculose.

Les antécédents personnels sont peu chargés. Jamais de maladie grave, sauf une fièvre typhoïde à l'âge de 22 ans. Cette maladie à duré 2 mois, mais n'a pas laissé de traces. Réglée à 14 ans, régulièrement et sans douleur, elle a cessé de l'être à 46 ans. Depuis l'âge de 50 ans, elle ressent fréquemment des douleurs dans le ventre, qui l'obligent à s'aliter pendant 2% ou 48 heures. Ces douleurs sont beaucoup plus prononcées à droite, s"accompagnent parfois de vomissements alimentaires et bilieux. A plusieurs reprises elles ont été suivies d'un ictère passager durant quelques jours.

D'une façon générale d'ailleurs, son entourage remarque que son teint devient jaunâtre au moment des crises.

Il s'agit évidemment de coliques hépatiques vraisemblablement vésieulaires 4

Depuis le commencement de 1902, les douleurs deviennent presque continues. Il n'v a pas à proprement parler de crises, mais une souffrance constante qui ne permet de supporter aucun vêtement serré, tel que corset, qui empêche également les mouvements de flexion et d'extension du tronc.

La malade a beaucoup maigri, d'une vingtaine de livres, dit-elle : son teint est jaunâtre mais non ictérique, les conjonctives sont blanches, les urines sont un peu chargées, mais ne sont pas bilieuses.

À l'examen le 20 mai 1902 je constate sur la malade qui est maigre et

présente une paroi abdominale flasque, une tuméfaction siégeant au niveau du bord inférieur du foie Cette tumtfaction qui semble grosse comme le poing environ est située manifestement dans la région vésiculaire. Elle ballotte assez nettement, et ce ballottement me fait penser à une néphroptose. Mais d'une part l'absence de signes urinaires, d'autre part l'existence de troubles gastrohépatiques me font conclure à une Hthiase vésiculaire. La douleur assez vive au palper ne me permet pas d'ailleurs de rechercher si la tumeur peut être repoussée en haut et quel est son degré de réductibilité. Je ne fais pas de division des urines.

Opération le 25 mai. — Laparotomie verticale sur le bord externe du muscle droit.

On tombe immédiatement sur le foie légèrement abaissé et sur la vésicule grosse et distendue dépassant de trois travers de doigt le bord antérieur du foie. Des compresses étant placées sur les anses intestinales et le foie ramené fortement en haut, la vési-

cule est ponctionnée et vidée. La cholécystectomie se termine sans difficulté.

La vésicule contient un gros calcul au niveau de son bassinet et une dizaine de plus petits à l'intérieur même de la cavité vésiculaire.

Au momentde refermer le ventre, après avoirretiréles compresses, je constate uneautre tumeur sous-péritonéale qu'il est facile dereconnaître comme étant le rein droit très déformé. A son extrémité inférieur il présente une bosselure grosse comme une orange, très fluctuante. Effondrant alors le péritoine, j'attire le rein et je constate qu'il existe un autre kyste gros comme une noix sur la face antérieure près du hile, plusieurs autres gros comme des noisettes disséminés un peu partout, et enfin un grand nombre de tout petits kystes creusés dans toute l'étendue de la substance corticale.

Je pratique alors sans aucune difficulté lanéphrectomie. Le rein étant enlevé et l'hémostase bien assurée avec des fils de soie, le péritoine pariétal postérieur est relermé par un surjet au catgut; la loge rénale est ainsi fermée en avant. La plaie de la laparotomie est fermée en trois plans sans drainage.

La guérison s'est effectuée sans la moindre complication et la malade est sortie guérie au bout de 20 jours.

Je note seulement que la malade a uriné très peu le 1tr jour, 300 grammes à peine.

Le 2° jour la quantité monta à 800 grammes et aussitôt que la malade . put boire suffisamment elle urina jusqu'à 1.300 et 1 400 grammes par

jour. à

Elle a été revue en juin 1905. Elle est toujours en excellent état.

Examen microscopique par M. Papin .

Les lésions sont surtout marquées dans la zone corticale.

Les tubes contournés ont leur épithélium abrasé. Dilatation de la plupart de ces tubes.

Sous la capsule on trouve beaucoup de petites cavités kystiques de volume variable : ces cavités sont tapissées d'un épithélium plat ou eubique. Elles semblent provenir des tubes contournés : on voit en plusieurs points un certain nombre de tubes dilatés, séparés par leurs cloisons. Dans un point on voit 3 de ces dilatations s'ouvrir l'une dans l'autre.

Les glomérules sous la capsule présentent presque tous un léger degré de glomérulité limitée au pôle opposé à l'arrivée de Partère. Cette glomérulité est ancienne et marquée par un dépôt de substance amorphe colorée en rose par éosine. Sousla capsule on trouve aussi des amas embryonnaires en forme de triangle à sommet tourné vers le hile ; du sommet partent des travées lymphatiquess'enfonçant entre les éléments du rein. Entre ces amas. les tubes sont dilatés. Pas de sclérose des vaisseaux. Pas de lésions des tubes excréteurs. Pas de congestion.

Les éléments du rein paraissent sains quand on s'éloigne de la capsule.

Les cellules embryonnairesne se trouvent pas loin dans la profondeur.

LEEL. — Due à l'obligeance de M. Brin d'Angers

(Inédite). — Kyste du rein droit; néphrectomie totale; guérison. — Mme G.... 61 ans, fermière à la Boutouchère, Maine-et-Loire, entre à L]

ma maison de santé le 23 novembre 190%, y subit la néphrectomie pour un kyste du rein le 25 novembre, sort guérie le 14 décembre suivant.

Comme antécédents héréditaires je ne relève rien d'intéressant. Sa mère est morte de vieillesse : son frère est mort à 50 ans d'une maladie d'estomac ? Elle a eu deux frères, dont un est mort alcoolique.

Elle n'a jamais eu de maladies sérieuses jusqu'ici. Réglée à 17 ans, elle a eu sa ménopause à 36 ans. Règles toujours normales. Mariée à 22 ans. 5 grossesses normales terminées par des accouchements simples, sans suites ; santé générale bonne.

Le début constaté de la maladie actuelle remonte à fin juin 1904. Mme X éprouve une douleur dans l'hypocondre, le flanc et la fosse lombaire droite.

Le D' Gaborit de Varades fait ie diagnostic d'ectopie du rein droit et fait porter une ceinture. Depuis lors la malade souffre de plus en plus, avec des intervalles de bon temps au début et sans cesse à la fin.

La malade qui semble avoir été frappée moralement, a eu des crises de nerfs causées par la douleur.

Son attention ayant été appelée sur l'émission des urines, elle dit avoir observé des variations dans la quantité et la qualité des

urines rendues chaque jour. Depuis la visite du D' Gaborit tantôt les urines auraient été claires abondantes, rendues en un grand nombre de fois surtout pendant la nuit, d'autres fois elles auraient été foncées et rares. La malade ne peut préciser si les évacuations abondantes coïncidaient avec un état de bien-être ou non. Il n'y à jamais eu ni sang, ni dépôt graveleux ou purulent dans les urines. La malade est très constipée, mais elle l'était avant le début des douleurs actuelles.

Celles-ci, devenant plus intenses, décident la malade à se faire opérer.

L'examen local montre une tumeur grosse comme une tête de fœtus à terme siégeant dans le flane droit, remontant sous les côtes et descendant un peu dans la fosse iliaque.

A la palpation bimanuelle on constate un ballottement très net et une possibilité de réduire un peu la tumeur sous le rebord costal., On peut la faire descendre assez vers la fosse iliaque pour attemdre son pôle supérieur, Il y a très peu de mobilité transversale.

La tumeur est rénitente, mais non fluctuante nettement. La palpation est d'ailleurs difficile à cause de la contracture de la paroi chez une femme nerveuse,

La pression est sensible et provoque une douleur qui s'irradie vers les lombes. La percussion donne de la submatité. Le diagnostic ne souffre évidemment pas de difficulté sur le siège rénal du mal. Sa nature est plus difficile à préciser. Cependant la marche et les symptômes sont en grande partie ceux d'une hydronéphrose et notre idée est celle d'une poche hydronéphrotique secondairement fermée. Pour fortifier notre diagnostic et

pour connaitre la valeur respective dés deux reins, nous pratiquons avec le diviseur de Cathelin la séparation des nrines. Résultat de la séparation peu satisfaisant.

Le rein gauche donne 17 eme. d'urine claire en 10 minutes. Le rein droit pendant le même laps de temps donne 6 eme : résultat en apparence concordant avec l'examen clinique. Malheureusement l'analyse chimique donne 22 gr. d'urée par litre pour l'un et l'autre coté. Il me semble bien probable que la division n'a pas du être étanche.

Comme état général, là malade à maigri de 5 ou 6 livres depuis juin

dernier ; l'appétit est nul. Il y à de violents maux de tête. Pas d'œdème des jambes, pas de petits signes de sclérose rénale, cœur régulier.

Opération le 25 novembre. - Mon intention est d'arriver par la voie lombaire sur le rein dilaté et de pratiquer une opération conservatrice avec abouchement de l'uretère à la partie déclive de la poche, si c'est possible. Incision oblique de Guyon se prolongeant vers la fosse iliaque de facon à permettre le décollement du péritoine. Abord facile du rein, très nettement kystique Comme il est impossible de l'amener dans la plaie à cause de son volume, qu'on ne peut reconnaitre les connexions de la poche liquide tendue et transparente, avec la substance rénale et avec l'uretère, je pratique une ponction qui ramène 3/4 de litre d'un liquide pâle, aqueux. La poche devient flasque et une pince l'attire facilement dans la plaie avecla totalité du en peut constater alors qu'elle occupe le pôle inférieur de l'organe, s'étendant surtout sur la face antérieure et vers le bord externe. Elle est séparée, par une ré-

gion de tissu rénal normal, du hile où vient déboucher un uretère paraissant sain.

S'agit-il d'un gros kyste ou d'une hydronéphrose partielle ? l'incision de la poche montre qu'elle est totalement indépendante du bassinet. En face de ce kyste vrai devons-nous tenter une néphrectomie totale ou partielle ? Nous nous décidons pour la première de ces solutions : 1° parce qu'il y a quelques autres kystes, moins gros il est vrai, mais qui pourraient se développer assez vite. En effet la marche de la maladie à été rapide ; 2° parce qu'un essai prudent de décortication nous montre son impossibilité. Nous serions donc obligé de réséquer la poche au bas du rein, en laissant ainsi une partie intrarénale assez creuse.

La néphrectomie totale s'achève rapidement. Suture sans drainage. Les suites en furent des plus normales ; sans aucune élévation de température ni aucun trouble.

Les urines sont assez rares pendant 2 jours (350 gr. et 480 gr.) — la malade ne prenant qu'un peu de liquide et ne recevant pas de sérum.

Les urines deviennent ensuite plus abondantes et remontent à 800, 1.100 et 1.400 gr. dès le 8° jour.

La malade quitte ma clinique le 14 décembre 1904 en excellent état. Au 20 décembre 1905, le D° Gaborit m'annonce que cet état s'est main-

tenu.

BIBLIOGRAPHIE

ALBARRAN. — Congrès de chirurgie, p. 514, 1896. ALBARRAN ef Imserr. — Tumeurs des reins, 1903. ALBERTIN. — Bull. soc. de chir. de Lyon, 1905.

ARDLE (J. M'). —- Doubl. journ. of. med. soc. Marsh. 1894.

ARCHER(F. B.). — Lancet, I, 26 July, 1882.

Bar. — Soc. d'obstétrique, p. 126, 1899.

Bano et LEMOINE. — Arch. gén. de méd., p.151, 313, 1890.

BARDENHEUER. — Deutsch. med. Wechnschr., XVII, 45, 1889.

BarDEN4HEUER. — Verhand. der deutsch. Gesell. f, Chir. S. 112, 1891.

Bénigr, — Gaz. hebd. p.413, 1867.

BezLamy. — Brit. med. journ. n° 10, 1888.

BERGMANN. Berl. Klin. Wechnschr. 46, 1885.

Beccaër (W. N.). — Brooklyn m. j. XVIL 540, 1903.

BrackeLz. — Sammlung klinischer Vorträge de Richard von Volkmann. N° 250, 1899.

Bricrni et Severt. — Le spéciment, XLVI, p. 1.

BrisTove. — Lancet, t. I, 1883.

Brisrove. — St-Thomas hosp. report. 1883.

Bnoneur. — Thèse de Paris, 1886.

Burcuss. — San Francisco Western Lancet, 1881. CaBsor. — Journ. of. cut. dis. sept. 1889.

CamPsezz, — Edinb. med. journ., p. 36, 186%.

Czerny. — Langenbeck's Archiv. Bd. XXV, 1880. Cuzune-worTH. — Brit. med. journ. Il, 1882.

Decser. — Rev. de Chir. p. 62, 1903.

Dezkeskame, — Beiträge z. klin. Chir. Tübingen Heft I, p. 121, 1904. Descuamb. — Thèse de Paris, 1902.

Desxos. — Traité élém. des mal. des voies urin. IX, p.834, 1890.

Dupcay, — Archiv. gén. de méd., t. I, p. 611, 1880. EcsHaussex. — Krankh. der Ovarien, p. 181. Stuttgart, 1886. Enczanner. — Arch. f. klin. Chir. h. I, p. 112, 1901.

Foa. — Gazz. degli osped. delle clin. 1901.

Fozzix et Dupcay. — Traité de path. ext , t. VI, p. 626, 1853. Fox. — Am. m. Compend. Toledo, XIX, p. 234, 1903 Foxran. — Thèse de Paris, 1875.

Frrrsca et ZuckenkaNpz. — Handbuch der Urologie, 1903. FunkE. — Prager med. Wchnschr. N° 7, 8,9, 10, 11, 1897.

GogLcer. — Ann. gyn. and pedial. Bost. V, 243, 1903.

GuEnior. — Thèse de Paris, 1903.

Gurersock. — Die chir. Krankh. d. Hanorgane, IV, Th. chir. Krankh d. Niere. Leipzig, 1898.

GuinszourG. — Thèse de Paris, 1903.

HarTMANx. — In Guinsbourg, thèse de Paris, 1903.

HaccarD (W. D.). — Tr. m. soc. Tennessee Nashville XXI, 203, 1904.

Haccaub (R. W.). — Am. j. surg. and gynec. St-Louis XVII, 195, 1903-04.

Hanseman. — Ztschr. f. klin. ined. Berlin XLIV, 1-24, 1902.

Hare. — Transact. of the path. soc. London, & IV, p. 199, 1850-51.

Hawkixs. — Med surg. transact. XVIIT, p. 175, 1833.

Herczez. — Beit. z. klin. Chir. Bd. VI, 3, 489, 1890.

HopenxPpyc. — Proc. N. York, Path. soc. I, 15-16, 1901.

Houzez. — Rev. de chir. 1898.

Jowers. — The Lancet. 5 janv 1884.

Keyes. — The surg. disease of the gen. ur. organs. London, p. 343,

Kemix. — Wirchow's archiv. vol. XXXVIT, 1866.

Kcirrez et LEeras. — Soc. anat. 1897.

KowiG. — Lehrb der speciell. Chir. B. IL, s. 733, 1899

Kœzcixe. — Brit. med. journ. IT, 1882.

KumueL. — Arch. f. klin. Chir. Bd. XLVI, 310, 1893. Kusrer. — Die chir. der Nieren. Stuttgart, 1896-1902.

Lasanie-L\Grave. — Nouv. die. de méd. et de chir. prat., t. XXXI, p. 30, 1881.

Lime. — Thèse de Paris, 1880.

LaxcerAux. — Bull. soc. anat., p. 205, 1858.

Lanceraux. — In Dechambre, Dic. encyc.d. se. méd., t. IE, p.290,1876. Le Denru. — Rev. de chir. VIL 1, p. 1, janv. ; VI,2; p. 104, fév. 1886.

— Aff. chir. des reins, uret. et caps. surr., p. 476, 1889.

Lerars et SEBILEAU. — Bull. soc. Anat., 266, 1887.

Léoporb. — Arch. f. Gyn. Bd. XIX, 1882.

Mazzoxt. — In Klin. Chir. Tübingen, p. 58, 1904.

Meanow. — Brit. med. journ. jul. 8, t. IL. p. 44 et 73, 1871.

Mocriërr. — Lyon médical, t XXI, p.364, 1876.

Moxon et Vaxvenrs. — Technique opératoire.

MoyxiHax. — Brit. med. journ. 1er févr., p. 263, 1902..

Morris. — Surg. disease of the kid. London, Paris, New-York, Melbourne, XXXIIT, p. 500, 1885.

Morris. — Encyclop. internat. de chir. 1886.

M.Muntrny. — Am. Pract. and Newb. XV, p. 196, 1893.

NeëLarow. — Éléments de path. chir. VI, 1884.

Nicocne. — Soc. Anat., p. 112, 1889.

Newmanxx. — On the disease of the kid Amen. to surg. treat. London and New-York, p. 129, 1888.

OBEDENARE. — Soc. Anat., p. 333, 1865.

OcLrer. — Rev. de chir., p: 898, 1883.

Paozr. — Centralb.f. Chir: Bd. XIX, s. 4, 1892.

Prasiee. — Transact, of internat chir. Congress, V. II, 1881.

PÉAN. — In Brodeur. Thèse de Paris, 1886.

Puizripr:soN. — Wirchow's Archiv. Bd. IIT, 1888.

Poreurskr. — Rep. med. IX, 79, 1893.

Rarix. — Lyon médical, p. 814, 1905.

Rarnery. — Thèse de Paris, 1870.

Rayer. — Atlas des mal. des reins, planche XV, fig. 2.

RécauiEr. — Ann, des mal. des org. g'én.ur., p. 185, 1893, OMC ,

RenDu. — Ann. gyn., p. 159, 1898.

Ricano. — Arch. province. de chir.. &. XI, p. 667, 1902.

Rocuxr. — Chir. des reins et des uret. 1900.

Rouvice et Sousiyrax. — Ann. des mal. des org, gén. ur. 1903.

RuckertT. — Path. anat. Arb. Joh Orth. z. Prof. jubil. 475, Berlin,

Scuepe — Meine Erfahrunger über Nierenchir, Hamburg, 1889.

Scamior. — Tagbl. der 61 Versamml. deutsch. Arzte. 4 Naturf. in Küln,

Serrz. — München med. Wehnschr, 1. 505, 1903.

SexpLer., — Ann des mal. des org. gén. ur, 1899.

Surres. — Echo méd. de Toulouse, p. 112, 1901

SLasmer. — Wiener. klin. Wehnschr., p.674, 1890. Sozzmanx.-- Cleveland m. j. IE, 139, 1903.

Srexcer WELcs.— In gaz. hebd , p. 318, 1867.

— Diagn und Behandlung d. Unterleibs-geschwülste, Wien. 1886. Srauper. — München med. Wchnschr., 1. 218, 1905.

STonE. — Wash. m. ann. III, 271, 1904-05.

Terrier. — Rev. de chir, 1890.

Taornron. — Bull. de la soc. de chir. XVII, p 101, 1891. Tourex. — Thèse de Paris. 1865.

Turrigr. — Arch. gén. de méd. 1891

Wacver. — Langenbeck's Arch, XX, 1884.

Waicciam Warren — Brit. méd. journ., t. Il, p. 615, 1883. Zan-TariaN. — Gaz. méd. d'Orient. Constantinople. XLIV, p 379, 1900.

TABLE DES MATIÈRES

RROD I AMONE Se AR RE ee Lu rase à.

Etiologie

Symptômes

CA ES SE PE ME Ce EE SR Pronostic J

Anatomie pathologique .

Pathogénie .

Traitement.

AOC RE TT ET AUSTOLINUEE ANS TRE ATANT © er be CNE UNE Néphreclomie totale. . . .

Résection de la poche kystique VD ECO AR DATUEUE DE Te ee M eme Te PONCDUSION EME EEE RSR LION EM QU NS EN AUS D NS, eh LULU,

Sources et licence

Texte : https://archive.org/details/IA40153324_0071. Domaine public ; numérisation mise à disposition par Internet Archive. Mise en forme : lire-gratuitement.com. Tout ce que nous ajoutons reste libre.