

TABLEAU I. — CAS D'HYDATIDES DU FOIE DANS LESQUELS LA PONCTION AVEC UN TROCART FIN ET OCCLUSION DE L'ORIFICE FUT SUIVIE DE GUÉRISON.

NUMÉROS	AUTEURS.	SEXE.	AGE.	VOLUME de LA TUMEUR.	QUANTITÉ de LIQUIDE ENLEVÉ (en onces).	SOURCES ET REMARQUES.
1	Murchison.....	M	28	Moderé.....	5 et 20	Obs. XVI.
2	<i>Id.</i> .....	F	31	<i>Id.</i> .....	12	» XVII.
3	<i>Id.</i> .....	F	6	<i>Id.</i> .....	14	» XVIII.
4	<i>Id.</i> .....	F	31	Gros.....	20	» XIX.
5	<i>Id.</i> .....	F	25	<i>Id.</i> .....	40	» XX.
6	<i>Id.</i> .....	F	60	Petit.....	6	» XXI.
7	<i>Id.</i> .....	F	8	<i>Id.</i> .....	6	» XXII.
8	<i>Id.</i> .....	M	25	Moderé.....	8	» XXIII.
9	<i>Id.</i> .....	M	36	Gros.....	16	» XXIV.
10	<i>Id.</i> .....	M	34	Hydat. mult.....	4,7 et 1 1/2	» XXVI. Trois kystes distincts furent ponctionnés.
11	Sir B. Brodie.....	M	42	Gros.....	30	<i>Med. chir. Trans.</i> , t. XVIII, p. 418.
12	<i>Id.</i> .....	M	20	<i>Id.</i> .....	60	<i>Ibid.</i> , p. 119.
13	<i>Id.</i> .....	M	14	<i>Id.</i> .....	60	<i>Ibid.</i> , p. 121.
14	Key.....	F	jeune.	<i>Id.</i> .....	80	Bright, <i>On abd. Tum.</i> , p. 42.
15	Boinet.....	F	19	Moderé.....	20	<i>Traitement des kystes hydat. du foie.</i> Paris, 1859, p. 13.
16	<i>Id.</i> .....	F	31	Petit.....	4	<i>Ibid.</i> , p. 14.
17	<i>Id.</i> .....	M	20	Moderé.....	20 et 15	<i>Ibid.</i> , p. 18. On fit deux ponctions à quelques mois d'intervalle.
18	Demarquay.....	M	45	<i>Id.</i> .....	20	<i>Ibid.</i> , p. 30.
19	Frerichs.....	M	46	Très-gros.....	120	<i>Op. cit.</i> , p. 613.
20	Langenbeck.....	?	?	?	?	<i>Ibid.</i> , p. 614.
21	<i>Id.</i> .....	F	jeune.	Moderé.....	?	<i>Revue médicale</i> , 1825, t. I, p. 28.
22	Récamier.....	F	?	?	?	<i>Gaz. des Hôp.</i> , 1857, p. 147.
23	Robert.....	M	?	?	?	<i>Ibid.</i> , p. 141.
24	<i>Id.</i> .....	F	?	?	?	<i>Bullet. de Thérap.</i> , 1855, p. 414. Injection d'environ
25	Crucveiller.....	F	?	?	?	8 gr. d'alcool
26	Richard.....	F	42	Gros.....	40	<i>Pathol. Transact.</i> , t. XVIII, p. 127. Cinq ans après, le
27	Greenhow.....	M	25	Très-gros.....	21 et 110	malade était encore en bonne santé.

28	<i>Id.</i> .....	F	30	<i>Id.</i> .....	148	<i>Ibid.</i> , t. XXV, p. 130. Mort six ans après par réapparition de la maladie (un autre kyste).
29	Duffin.....	M	27	Moderé.....	28	<i>Transact. Clin. Soc.</i> , t. VI, p. 23.
30	<i>Id.</i> .....	F	26	<i>Id.</i> .....	21	<i>Ibid.</i> , p. 24.
31	<i>Id.</i> .....	F	39	<i>Id.</i> .....	28	<i>Ibid.</i> , p. 27.
32	<i>Id.</i> .....	M	61	Gros.....	72	<i>Ibid.</i> , p. 29. Liquide en partie purulent.
33	<i>Id.</i> .....	M	50	<i>Id.</i> .....	64	<i>Ibid.</i>
34	Church.....	F	23	Très-gros.....	120 et 114	<i>Treatment of hyd. tumours of Liver</i> , 1868, p. 15.
35	S. H. Ward.....	F	36	Gros.....	37	<i>Some affections of Liver</i> , 1872, p. 59. Plus d'un an après parut une autre tumeur qui finalement s'ouvrit dans l'estomac.
36	Brinton.....	F	19	<i>Id.</i> .....	30	<i>Lancet</i> , 1862, t. II, p. 639.
37	J. Hutchinson.....	F	30	<i>Id.</i> .....	30	<i>Ibid.</i> , p. 389.
38	<i>Id.</i> .....	F	33	Gros.....	40	<i>Brit. med. Journ.</i> , 20 février 1864.
39	<i>Id.</i> .....	F	36	<i>Id.</i> .....	60	<i>Ibid.</i> , 1859, p. 275.
40	W. Budd.....	M	35	Moderé.....	23	<i>Ibid.</i> , 7 novembre 1868. Seconde ponction quatre mois après la première. Liquide comme petit-lait.
41	Fearn.....	M	30	Très-gros.....	85 et 40	<i>Ibid.</i> , 3 avril 1869.
42	Heaton.....	F	23	Gros.....	40	<i>Ibid.</i> , 1874, t. II, p. 557. Emploi de l'aspirateur; sang à la fin de l'opération.
43	<i>Id.</i> .....	F	20	Petit.....	10	<i>Ibid.</i> , 30 avril 1870.
44	Sympton.....	M	29	Moderé.....	16	<i>Ibid.</i> , 6 août 1870.
45	Southey et Savory.....	M	24	Très-gros.....	53	<i>Ibid.</i> , 28 septembre 1872; pendant quelques jours, filtration probable dans le péritoine.
46	Ransom.....	F	20	Moderé.....	4 1/2	<i>Ibid.</i>
47	<i>Id.</i> .....	F	21	Gros.....	13 1/2	<i>Ibid.</i>
48	<i>Id.</i> .....	F	25	Très-gros.....	33 et 72	<i>Ibid.</i> Deuxième ponction près de six mois après la première. Bile et albumine dans le liquide de la première ponction.
49	Savory.....	?	?	?	?	<i>Church, op. cit.</i> , 1868, p. 20.
50	<i>Id.</i> .....	?	?	?	?	<i>Ibid.</i>
51	Phillipson.....	M	14	Moderé.....	23	<i>Brit. med. Journ.</i> , 1874, t. II, p. 557.
52	Bradhury.....	F	23	<i>Id.</i> .....	16	<i>Ibid.</i> , p. 558.
53	<i>Id.</i> .....	F	32	<i>Id.</i> .....	16	<i>Ibid.</i> , p. 559.
54	C. Budd.....	M	25 (?)	Très-gros.....	156	<i>Med. Times and Gaz.</i> , 19 mai 1860.
55	Holthouse.....	M	56	<i>Id.</i> .....	100	<i>Ibid.</i> , 6 janvier 1855.

BIBLIOTHÈQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

TABLEAU I (suite).

NUMÉROS.	AUTEURS.	SEXE.	AGE.	VOLUME de LA TUMEUR.	QUANTITÉ de LIQUIDE ENLEVÉ (en onces).	SOURCES ET REMARQUES.
56	Sibson.....	F	33	Deux tumeurs	50 et ?	<i>The Lancet</i> , 18 juillet 1868. Deux tumeurs ponctionnées successivement à six semaines d'intervalle.
57	Anslie.....	F	6	Petit.....	7	<i>Ibid.</i> , 13 août 1870.
58	Whittel.....	M	18	<i>Id.</i> .....	10	<i>Ibid.</i> , 15 octobre 1870.
59	G. Hett.....	F	7	Modéré.....	14	<i>Ibid.</i> , 18 février 1871. Kyste hépatique douteux; ponction au-dessous de l'ombilic.
60	Scott Orr.....	M	20	Gros.....	46 et 35	<i>Glasgow med. Journ.</i> , janvier 1876.
61	Mac Gillivray.....	M	56	<i>Id.</i> .....	30 et 20	<i>Austral. med. Journ.</i> , août 1865, obs. II. Deuxième ponction deux semaines après la première.
62	<i>Id.</i> .....	M	27	? .....	? .....	<i>Ibid.</i> , obs. VII.
63	<i>Id.</i> .....	M	45	Très-gros...	180 et 100	<i>Ibid.</i> , obs. XV. Deuxième ponction, six semaines après la première, avec un liquide teint de bile.
64	<i>Id.</i> .....	F	23	<i>Id.</i> .....	114	<i>Ibid.</i> , mars 1867, obs. XXIV.
65	<i>Id.</i> .....	M	5	Trois kystes..	20, 20, 10	<i>Ibid.</i> , obs. XXVI. Trois kystes distincts furent ponctionnés; aucun ne s'est rempli de nouveau.
66	<i>Id.</i> .....	M	6	Petit.....	2	<i>Ibid.</i> , obs. XXXVI.
67	<i>Id.</i> .....	F	11	Modéré.....	18	<i>Ibid.</i> , obs. XXXVII.
68	<i>Id.</i> .....	M	47	Gros.....	70	<i>Ibid.</i> , obs. XXXVIII.
69	<i>Id.</i> .....	M	51	? .....	? .....	<i>Ibid.</i> , juillet 1872, obs. XL. Kyste ponctionné deux fois.
70	<i>Id.</i> .....	M	8	? .....	? .....	<i>Ibid.</i> , obs. XL.
71	<i>Id.</i> .....	F	28	? .....	? .....	<i>Ibid.</i> , obs. XLVII.
72	<i>Id.</i> .....	F	30	? .....	? .....	<i>Ibid.</i> , obs. LVI.
73	<i>Id.</i> .....	F	44	? .....	? .....	<i>Ibid.</i> , obs. LVIII.
74	<i>Id.</i> .....	F	59	? .....	? .....	<i>Ibid.</i> , obs. LIX.
75	<i>Id.</i> .....	M	49	? .....	? .....	<i>Ibid.</i> , obs. LX.
76	<i>Id.</i> .....	M	42	? .....	? .....	<i>Ibid.</i> , obs. LXVII.
77	<i>Id.</i> .....	M	3	? .....	? .....	<i>Ibid.</i> , obs. LXX, ponctionné deux fois.
78	<i>Id.</i> .....	F	13	? .....	? .....	<i>Ibid.</i> , obs. LXXIII.
79	Bradbury.....	M	16	Gros.....	22	<i>Brit. med. Journ.</i> , 18 novembre 1876.
80	<i>Id.</i> .....	M	36	<i>Id.</i> .....	40 et 30	<i>Ibid.</i> Ponctionné deux fois.

TABLEAU II. — CAS D'HYDATIDES DU FOIE DANS LESQUELS LA PONCTION AVEC UN TROCAR CAPILAIRE ET L'OCCCLUSION DE L'ORIFICE ONT ÉTÉ SUIVIES DE LA SUPPURATION DU KISTE, D'UNE SECONDE OUVERTURE LIBRE ET PERMANENTE ET FINALEMENT DE GUÉRISON.

N°.	AUTEURS.	SEXE.	AGE.	VOLUME de LA TUMEUR.	QUANTITÉ de LIQUIDE ENLEVÉ (en onces).	SOURCES ET REMARQUES.
1	Garrod.....	F	19	Petit.....	4	<i>The Lancet</i> , 1er septembre 1860.
2	Owen Rees.....	M	31	Gros.....	38	<i>Guy's Hosp. Reports</i> , ser. II, t. VI, p. 17.
3	Boinet.....	F	8	<i>Id.</i> .....	40	<i>Gaz. hebdom. de méd. et de chir.</i> , 1864, p. 86.
4	Demarquay.....	M	50	Très-gros...	160	<i>Gaz. des Hôp.</i> , 19 février 1859.
5	Babington et Cook.	M	36	Gros.....	10 et 80	<i>Guy's Hosp. Rep.</i> , ser. III, t. VI, p. 179. En opérant, on ne voulait pas enlever tout le liquide à la fois, mais bien par des ponctions répétées.
6	T. Simpson.....	F	39	<i>Id.</i> .....	60 et 30	<i>Brit. med. Journ.</i> , 30 avril 1870. 2 <sup>e</sup> opération cinq semaines après la première, et probablement inutile. A la 2 <sup>e</sup> opération, le liquide était en partie purulent et un tube fut fixé dans l'ouverture.
7	Bradbury.....	M	35	<i>Id.</i> .....	24 et 80	<i>Ibid.</i> , 1874, t. II, p. 494. 2 <sup>e</sup> opération six semaines après la 1 <sup>re</sup> . Albuminurie avant la 1 <sup>re</sup> ponction.
8	C. Brook.....	F	23	Modéré.....	6 et 12	<i>The Lancet</i> , 1868, t. I, p. 262. La seconde opération était probablement inutile.
9	Duffin.....	M	32	Kyste multiple	11	<i>Transactions Clin. Soc.</i> , t. VI, p. 31.
10	Mac Gillivray.....	F	8	Modéré.....	20 et 20	<i>Australian med. Journ.</i> , août 1865, obs. XIV. Je doute que le kyste qui a suppuré fut celui qui a été ponctionné la 1 <sup>re</sup> fois. Dans le 1 <sup>er</sup> cas, le kyste était près de la surface; dans le 2 <sup>e</sup> , la matière se trouvait à 3 pouces de la surface.
11	<i>Id.</i> .....	F	?	<i>Id.</i> .....	10	<i>Ibid.</i> , mars 1867, obs. XIX.
12	<i>Id.</i> .....	F	12	<i>Id.</i> .....	30	<i>Ibid.</i> , obs. XXXIII.
13	<i>Id.</i> .....	M	43	? .....	? .....	<i>Ibid.</i> , juillet 1872, obs. XXXIX.
14	<i>Id.</i> .....	M	61	? .....	? .....	<i>Ibid.</i> , obs. XLIII.
15	<i>Id.</i> .....	M	49	? .....	? .....	<i>Ibid.</i> , obs. LI. Le kyste fut ponctionné trois fois avec le trocart capillaire.
16	Murchison.....	F	32	Gros.....	60	Obs. XXV, p. 99.

TABLEAU III. — CAS D'HYDATIDES DU FOIE DANS LESQUELS L'OPÉRATION DE LA PONCTION AVEC UN TROCAT CAPILLAIRE ET L'OCCCLUSION DE L'ORIFICE ONT ÉTÉ SUIVIES DE MORT.

N <sup>os</sup>	AUTEURS.	SEXE.	ÂGÉ.	QUANTITÉ de LIQUIDE ENLEVÉ (en onces).	SOURCES ET REMARQUES.
1	Moissenet.....	M	42	12	<i>Archives de médecine</i> , février 1859, p. 144. Le malade était dans une grande prostration avant l'opération et mourut de péritonite dix-huit jours après.
2	Martineau.....	M	31	Quelques gram.	<i>London med. Record.</i> , 23 juin 1875. Collapsus soudain et mort vingt minutes après l'opération. Trois jours avant, douleur violente à l'épigastre et à l'hypocondre droit. Pas de signes de péritonite à l'autopsie.
3	Scott Orr.....	F	18	38 2 kystes.	<i>Glasgow med. Journ.</i> , janvier 1876. Le malade avait une cirrhose et deux mois avant l'opération un ictere intense; et peu après l'opération, douleur violente dans la tumeur. Onze jours après l'opération, la fièvre est survenue et a persisté jusqu'à la mort, vingt-six jours après la ponction. On trouva après la mort deux kystes, un dans le lobe droit, qui avait été ponctionné, contenant 1 litre 1/2 de pus et un second dans le lobe gauche, contenant environ 1 litre de liquide trouble verdâtre.
4	Bradbury.....	M	29	1 chaque fois.	<i>Brit. med. Journal</i> , 1874, t. II, p. 525. Ponctions répétées avec un trocart capillaire. Pas plus d'une once de liquide chaque fois. Il y avait trois gros kystes et la mort fut occasionnée par la rupture de l'un d'eux dans le poulmon.
5	Wiltshire.....	M	26	Grande quantité.	<i>The Lancet</i> , 1 <sup>er</sup> septembre 1860. Trois autres kystes dans le foie, chacun contenant environ 1/2 litre de liquide, outre celui qui fut ponctionné. La mort parut due à la pression du foie devenu énorme sur les organes voisins.
6	Murehison.....	F	21	60	<i>Observ.</i> XXVII, p. 90. Il y avait des hydatides multiples dans le foie et le péritoine; et la mort fut produite par la suppuration d'un kyste distinct de celui qui fut ponctionné.
7	<i>Id.</i> .....	M	45	28	<i>Observ.</i> XXVIII, p. 93. Il y avait des hydatides multiples au foie et au péritoine, et de l'ascite, etc., et la mort fut tout à fait indépendante de l'opération.

Après avoir donc attentivement examiné la question, les dangers de la maladie abandonnée à elle-même, l'inutilité des médicaments et l'heureux résultat que produit une simple ponction, on est conduit à cette conclusion pratique que, dans tous les cas où une tumeur hydatique est assez volumineuse pour être reconnue durant la vie, et va en augmentant de volume, il y a lieu de la ponctionner. Si la tumeur paraît diminuer de volume, il peut être bon de différer; mais il n'est nullement nécessaire d'attendre qu'il se soit formé des adhérences ni de chercher à les produire. Une tumeur hydatique n'a pas, comme un abcès, tendance à former des adhérences à sa face externe. En attendant que des adhérences se produisent normalement, la tumeur finit par atteindre un volume considérable et par envahir quelque une des cavités adjacentes; on augmente les chances de la voir s'enflammer et se convertir en abcès; ses parois sont également moins élastiques qu'à une période moins avancée et l'ouverture laissée par la ponction se fermera moins promptement, de sorte qu'il y a un plus grand risque de voir le liquide pénétrer dans le péritoine, quand on retire la canule, s'il n'y a pas d'adhérences. Pendant que les parois sont encore élastiques, on peut compter que l'ouverture faite par un trocart fin se fermera dès que l'instrument sera retiré, et par suite les adhérences ne sont pas nécessaires.

**4<sup>e</sup> Évacuation du contenu du kyste par une large ouverture permanente.** — Dans l'observation XXXII, vous avez eu l'occasion d'étudier les dangers auxquels peut être sujette une personne qui a un gros kyste hydatique du foie en suppuration, ou peut-être gangréneux, communiquant par une large ouverture avec l'air extérieur, et je vous ai fait déjà remarquer que près de la moitié des cas où il s'est formé spontanément une ouverture, ont eu une terminaison fatale. Les quatre principaux dangers sont : *a.* l'épuisement résultant d'une suppuration prolongée; *b.* pyémie et inflammation secondaires; *c.* hémorrhagies provenant du kyste; *d.* péritonite. Sur 89 cas dont j'ai réuni les particularités, dans lesquels une ouverture de ce genre s'est produite spontanément (23 cas et 9 morts) ou bien a été pratiquée à l'aide des caustiques, d'un gros trocart, ou par l'incision, 28 furent suivis de mort, ce qui donne une mortalité de 31,46 pour 100. Bon nombre parmi ceux qui ont fini par guérir ont dû subir l'épuisement d'une longue maladie.

Lorsque cependant les symptômes, ou une ponction exploratrice montrent que la poche est en suppuration, que son contenu est fétide et qu'il y a des symptômes généraux de rétention purulente, la seule opération qu'il y a lieu de faire, c'est une large ouverture permanente, et pour la pratiquer il faut, autant que possible, ne pas attendre que le malade soit atteint par l'épuisement et la cachexie qu'amènent la fièvre et la rétention du pus. On pratiquera l'ouverture à l'aide d'un gros

trocart et on y fixera une canule en argent ou un tube en caoutchouc jusqu'à ce que l'hydatide soit complètement vidée. La cavité sera lavée tout d'abord avec une forte solution de chlorure de zinc (environ au 30<sup>e</sup>), et ensuite tous les jours avec une solution aqueuse d'acide phénique (2 pour 100). Dans les cas où la suppuration consécutive à l'opération menace de ne pas tarir, ou lorsque l'on a de la peine à empêcher le pus d'être fétide, il y aura utilité à faire une contre-ouverture et à introduire un tube à drainage de la manière indiquée par Boinet (1) et comme on le pratique ordinairement pour l'empyème. Avant de procéder à cette opération, il sera bon de s'assurer s'il existe des adhérences, et, si c'est nécessaire, on en provoquera en faisant une incision sur la tumeur, ou par l'application de potasse caustique, ou par l'acupuncture multiple avec 30 à 40 aiguilles piquées en rond très-près l'une de l'autre, selon la méthode préconisée par Trousseau; ou bien on peut faire une ouverture à l'aide d'applications successives de potasse caustique comme pratiquait Récamier dans les cas d'abcès (2).

5° **Acupuncture.** — Il reste à examiner un troisième mode opératoire. Dans une communication faite à la Société royale médico-chirurgicale de Londres, le 8 novembre 1870, les docteurs Hilton Fagge et Durham ont rapporté huit cas d'hydatides du foie traités par l'électrolyse qui a donné dans tous un résultat satisfaisant (3). L'opération consiste à passer dans le kyste deux aiguilles électrolytiques, à un ou deux pouces l'une de l'autre, et mises en communication avec le pôle négatif d'une batterie galvanique de dix éléments. Une éponge humide formait la terminaison du pôle positif, et fut placée sur la peau du malade à une petite distance du point de pénétration des aiguilles, et on changea sa position de temps en temps pendant l'opération. On fit passer le courant pendant dix à vingt minutes. Dans quelques-uns de ces cas, l'opération fut suivie de signes d'épanchement pleurétique ou péritonéal, de telle sorte qu'il y a tout lieu de supposer que l'électrolyse agissait comme une espèce de ponction sous-cutanée avec épanchement du liquide kystique dans une cavité séreuse, et cette opinion fut confirmée par ce fait que, dans un cas, l'introduction d'aiguilles dans la tumeur sans courant électrique parut donner d'aussi bons résultats. Il faut faire remarquer que dans chaque cas l'opération fut exempte d'accidents: il put bien à la suite se déclarer un peu de fièvre, et la poche put se remplir de nouveau temporairement, mais il ne s'y établit pas de suppuration aiguë. Ce procédé est-il supérieur sous ce rapport à la ponction avec un trocart fin? c'est ce

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1860, n° 45.

(2) Frerichs, *op. cit.*, p. 400.

(3) Bien des années auparavant, cette opération avait été essayée avec succès en Islande. (Frerichs, p. 599.)

qui est à examiner, mais dans tous les cas il mérite certainement de nouveaux essais.

NOTE. — Le traitement des kystes hydatiques préconisé dans cette leçon, a été recommandé par moi dans un mémoire publié dans l'*Edinburgh medical Journal*, décembre 1865, mais a été combattu par le docteur John Harley, de Londres, et le docteur Finsen, de Copenhague.

Le docteur Harley, qui préconise le traitement des tumeurs hydatiques du foie par une ouverture large et permanente, donne un tableau (1) de « 34 cas qui furent traités par une seule ponction, avec évacuation d'une portion ou de la totalité du liquide et occlusion immédiate de la plaie, » et ajoute qu'il y eut 11 *cures radicales*, 13 *rétablissements*, c'est-à-dire les cas qui furent améliorés par l'opération, mais qui, soit que la tumeur n'eût pas complètement disparu ou que le résultat ne parût pas suffisamment certain, ne peuvent pas être considérés comme des guérisons radicales, et 10 *morts*. Comme le kyste générateur et les kystes secondaires ne peuvent jamais être « complètement enlevés » par l'opération de la ponction simple, on comprend difficilement comment le docteur Harley peut admettre une guérison radicale pour l'un quelconque de ses 34 cas. Il est donc nécessaire d'expliquer qu'il considère le résultat comme un *rétablissement* et non comme une *guérison*, si, quelque temps après l'opération, on ne peut sentir aucune trace de tumeur (comme dans mon propre cas, n° 25 de son tableau). L'introduction des dix cas de mort dans le tableau jette cependant, à mon avis, un discrédit illégitime sur cette opération; aussi je crois nécessaire de les mentionner avec détails.

*Obs. 4.* — Dans ce cas, la tumeur remplissait l'abdomen tout entier, et on eut recours à la paracentèse (*avec un gros trocart*) pour parer à l'asphyxie imminente et non comme moyen curatif. En outre le malade, avant l'opération, était dans un état de marasme et de prostration extrêmes; la cause immédiate de la mort fut la présence de tubercules miliaires dans les poumons et l'empyème. Voyez Greenhow, *Lancet* 1862, t. II, p. 476, et Murchison, *Edinb. med. Journ.*, décembre 1865; voyez également l'obs. XXXVIII de cet ouvrage.

*Obs. 8.* — Il n'est pas certain que ce cas ait été suivi de mort. Le docteur Harley cite ce cas d'après M. César Hawkins, et M. Hawkins d'après la *Practice of Medicine* du docteur Thomas. M. Hawkins dit: « Le résultat n'est pas mentionné, de sorte qu'on peut en conclure vraisemblablement que la terminaison a été funeste »; mais le docteur Thomas ne dit rien qui légitime une pareille conclusion. (*Med.-chir. Transact.*, t. XVIII, p. 121.)

(1) *Med.-chir. Transact.*, t. XLIX, p. 1866.

*Obs. 9.* — On n'eut recours à l'opération qu'à titre de palliatif. On retira huit pintes de liquide d'un kyste, mais on en trouva un autre, après la mort, contenant douze pintes, entre le foie et le diaphragme. Le docteur Abercrombie ajoute : « Les deux kystes avaient tellement détérioré la constitution du malade que, bien qu'il eût été soulagé par l'opération, ses forces ne tardèrent pas à l'abandonner ». (Abercrombie, *Diseases of stomach*, p. 356.)

*Obs. 10.* — Dans ce cas, il est évident qu'on pratiqua une large ouverture, mais on ne dit pas si elle fut fermée ou non. Ce qui est plus important, c'est que le kyste avait suppuré avant l'opération. (Hawkins in *Med.-chir. Transact.*, t. XVIII, p. 157.)

*Obs. 11.* — D'après le texte original de cette observation in *Edinb. Essays and Observ.*, t. II, p. 229, il est clair que l'enfant était presque moribond au moment de l'opération et que, outre l'hydatide du foie et de la rate, il avait de l'ascite, de l'anasarque et de l'orthopnée. Il paraît également probable que c'est le péritoine, et non l'hydatide, qui a été ponctionné.

*Obs. 13.* — Dans ce cas, il y avait un mauvais état général et l'hydatide avait suppuré avant l'opération. De plus la malade était enceinte et fit une fausse couche à la suite de laquelle elle mourut. (Bright, *on Abdom. Tum.*, Syd. Soc. éd., p. 41.)

*Obs. 15.* — Dans ce cas, il y avait deux tumeurs hydatiques. Trois pintes de liquide furent retirées de l'une d'elles, qui ne parut pas grossir de nouveau, et la malade se croyait guérie lorsqu'elle succomba à la rupture de l'autre kyste à travers le diaphragme dans les poumons. (Davaine, *Traité des Entozoaires*, p. 447.)

*Obs. 16.* — Dans ce cas, le malade se trouvait, au moment de l'opération, dans un état de prostration extrême. Il eut une syncope qui dura cinq minutes et mourut au bout de dix-huit heures. On trouva après la mort des traces d'une péritonite récente. Le résultat fatal fut sans doute déterminé par l'opération; mais il n'est pas vraisemblable qu'une large ouverture laissée libre aurait empêché cette terminaison. (Tableau III, n° 1 de cet ouvrage, et *Archives génér. de médecine*, sér. V, t. XIII, p. 145.)

*Obs. 19.* — Dans ce cas, la ponction fut simplement exploratrice, préparatoire à l'application de potasse caustique sept jours après. La mort fut déterminée par un tétanos, vingt-cinq jours après la ponction, et Récamier mentionne que « aucun accident n'a suivi la ponction ». (Davaine, *op. cit.* p. 590.)

*Obs. 32.* — Dans ce cas, d'après le docteur Harley, on n'essaya pas de débarrasser la poche de son contenu après la première ponction, et le liquide hydatique s'infiltrant dans le péritoine a amené une péritonite

et l'extension de la maladie; mais il omet de signaler qu'on diagnostiqua avant l'opération la présence dans le péritoine d'une quantité de liquide considérable et qui allait en augmentant. De plus, la potasse caustique fut appliquée sur les téguments avant la ponction du kyste. (Rogers, in *Brit. Med. Journ.*, 1862, t. I, p. 71.)

Il peut sembler surprenant qu'avec des données statistiques provenant des mêmes sources que celles du docteur Harley, je sois arrivé à une conclusion aussi différente : aussi, je suis satisfait de voir que MM. Durham et Hilton Fagge, après avoir pris la peine de comparer nos tableaux avec les observations originales, ont entièrement confirmé, dans tous leurs détails essentiels, l'exactitude de ce que montrent mes tableaux (1).

Le docteur Finsen a également préconisé l'opération de Récamier, c'est-à-dire qu'il conseille d'établir des adhérences à l'aide des caustiques et puis de pratiquer une large ouverture. Je n'ai pas eu l'avantage de lire ce qu'il a écrit sur ce sujet, mais mon ami le docteur Hjaltelin, d'Islande, m'informe que le docteur Finsen ne peut s'expliquer mes succès à l'aide de la ponction simple qu'en supposant que j'ai « dissimulé mes insuccès ». La seule chose que je puisse répondre à cela, c'est que tous les cas dans lesquels j'ai pu prendre la responsabilité de l'opération, se trouvent reproduits dans cette leçon, et qu'ils parleront par eux-mêmes. Quant à juger si le docteur Finsen est bien compétent pour appeler la ponction simple des tumeurs hydatiques une « opération inutile et dangereuse », je dois laisser au docteur Hjaltelin, médecin en chef à Reykjavik, Islande, le soin de le décider.

D'un autre côté, le succès de l'opération a été admis généralement par ceux qui ont eu le plus d'occasions d'en suivre les effets. C'est le traitement communément employé en Islande, où la maladie est si fréquente. Le passage suivant d'un des mémoires du docteur Hjaltelin mérite d'être cité : « Je me résolus à essayer la méthode de Récamier dans quelques cas qui me parurent plus favorables à ce sujet que d'autres, mais j'ai le regret de dire que près d'un tiers de ceux qui furent ainsi opérés succombèrent... Après avoir complètement renoncé à la méthode de Récamier et être revenu à mon ancienne méthode de ponctionner les kystes, j'eus connaissance de l'article du docteur Murchison sur *les Tumeurs hydatiques du foie, leur diagnostic et leur traitement*, 1865. Comme l'expérience de ce médecin se trouvait tout à fait d'accord avec la mienne, ma confiance dans le traitement par la ponc-

(1) *Med.-chir. Transact.*, 1871, t. LIV, p. 41.

(2) Voy. mémoires de Hjaltelin in *Brith. med. Journ.*, 14 août 1869, et *Edinb. med. Journ.*, février 1870.

tion s'en accrût, et depuis ce temps je l'ai employé avec le meilleur résultat dans un grand nombre de cas. » M. Savory, chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy, écrit ceci : « Cette opération a bien moins de chances d'être suivie de conséquences fâcheuses que lorsqu'on emploie un gros trocart... D'après ce que j'ai vu jusqu'à présent, je suis tellement convaincu de la supériorité du trocart fin que je l'emploierais encore, de préférence à un gros, dans les cas où le kyste s'est rempli de nouveau (1). » M. Durham, chirurgien à Guy's Hospital, dans la discussion qui eut lieu à propos de son mémoire en collaboration avec le docteur Hilton Fagge sur le traitement des hydatides par l'électrolyse, a assuré que dans huit cas il avait employé la ponction simple avec un succès complet (2). Le docteur Duffin, de King's College Hospital, a rapporté sept cas d'hydatides du foie traités par la ponction simple; tous ont guéri, bien que dans deux il y ait eu suppuration de la poche (3). La ponction avec un trocart fin a été également fortement appuyée par le docteur W. S. Church dans son *Essai de gradué d'Oxford* publié en 1868. Enfin en Australie où la maladie est très-fréquente, l'opération de la ponction à l'aide d'un trocart fin est le traitement généralement adopté. Le docteur Mac Gillivray, entre autres, en a montré la supériorité sur celui qui consiste à faire une ouverture large et permanente. Il a lui-même employé le traitement en question chez 28 malades atteints d'hydatide du foie, sur lesquels 24 se rétablirent très-bien, quoique chez 6 d'entre eux la poche eût suppuré (v. tableaux I et II); 4 de ces malades moururent; mais chez 3 d'entre eux l'opération n'avait été pratiquée qu'à titre de palliatif, car les malades étaient déjà affectés d'autres maladies dont ils moururent (maladie du cœur et hydropisie, affection pulmonaire et hydropisie, et diphthérie). Chez le quatrième, le liquide retiré à la première ponction était une matière brune et bilieuse, la poche suppura, une large ouverture fut pratiquée et le malade succomba à une gangrène du foie (4).

Les observations suivantes pourront servir à graver plus profondément dans votre esprit les symptômes et les dangers des tumeurs hydatiques du foie et leur traitement approprié. Dans les onze premiers cas (obs. XVI à XXVI), on ponctionna le kyste avec un trocart fin, et après évacuation partielle du contenu, on fit l'occlusion de l'ouverture.

OBS. XVI. — *Tumeur hydatique du foie. — Paracentèse — Guérison.*

Vous avez eu l'occasion d'étudier les caractères cliniques de la tumeur hyda-

(1) *The Lancet*, 1866, t. I, p. 524.

(2) Voir aussi, *Med. chir. Transact.*, t. LIV, p. 40.

(3) *Transact. Clinic. Soc.*, 1873, t. VI, p. 23.

(4) *Austral. med. Journ.*, août 1865; mars 1867 et juillet, 1872.

tique du foie que je vous ai décrits, sur un homme de 28 ans, John N., qui fut admis dans mon service à l'hôpital Middlesex, le 3 décembre 1866. Cet homme était commis et avait passé quatorze mois en Crimée en 1855 et 1856. Sa santé antérieure avait toujours été bonne. En septembre 1864, il eut une angine et de légères douleurs dans le côté droit, et M. Churton, de Erith, découvrit alors qu'il avait une tumeur à l'épigastre, qui était presque aussi volumineuse que quand vous l'avez vue. Il ne souffrit plus de sa tumeur à partir de ce moment jusqu'en février 1866, où elle devint de temps en temps le siège de douleurs lancinantes, et c'est pour cela qu'il entra dans mon service une première fois le 31 mars 1866 et y resta jusqu'au 18 avril suivant. A part ces douleurs qui étaient très-passagères et n'étaient pas accompagnées de sensibilité, la santé générale de ce malade était bonne; il n'avait pas la plus petite fièvre. Le 7 avril, on essaya de vider le kyste à l'aide d'un trocart fin et de la canule armée d'une pompe aspirante. La ponction fut pratiquée à gauche de la ligne médiane, là où la tumeur était le plus proéminente. L'action de la pompe détermina une vive douleur dans le dos, le malade s'évanouit même et on abandonna l'opération après avoir retiré seulement quatre à cinq onces de liquide, quantité évidemment bien au-dessous de celle contenue dans la tumeur. Sauf une invasion d'urticaire, l'opération ne fut suivie d'aucun symptôme fâcheux.

Le malade rentra à l'hôpital le 3 décembre, en partie à cause du retour de la douleur dont il avait souffert antérieurement, mais surtout pour être débarrassé de ce qui semblait être un second kyste. Voici la note qu'on prit sur son état, au moment de sa réadmission : « Le malade a l'apparence d'une personne en bonne santé et il ne se plaint que d'une tumeur à l'épigastre, s'étendant aux deux hypochondres, et en relation évidente avec le foie. Elle remplit l'espace compris entre le sternum et l'ombilic, et cause une légère voussure des côtes de chaque côté, particulièrement à droite. Son bord inférieur est à un pouce environ au-dessus de l'ombilic; elle mesure environ 6 pouces transversalement et 5 pouces de haut en bas. La matité hépatique est de 6 pouces sur la ligne médiane et 5 pouces sur la ligne droite mammaire; sur les lignes axillaire et dorsale, elle est normale. Ces mensurations correspondent exactement à celles notées lorsque le malade quitta l'hôpital au mois d'avril dernier. Le bord supérieur de la matité hépatique n'est pas plus arqué qu'à l'état normal. La tumeur est globuleuse, parfaitement lisse et pas du tout

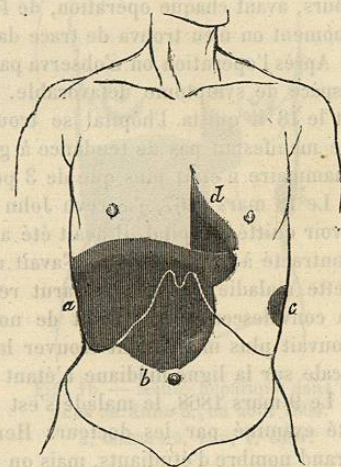


Fig. 14. — Matité hépatique dans le cas de John N., au moment de son admission à l'hôpital le 3 décembre 1866.

a, matité hépatique; b, tumeur; c, rate; d, cœur.