

sibles de l'évolution des kystes hydatiques pour imposer cette conclusion, que ces tumeurs doivent être traitées toujours et aussitôt le diagnostic établi.

Mais porter ce diagnostic de bonne heure est précisément chose difficile. Le kyste hydatique, en effet, se développe le plus souvent avec une grande lenteur, sans réaction appréciable, et c'est presque toujours lorsqu'il est assez volumineux déjà qu'il se révèle au clinicien. Les troubles fonctionnels qui le signalent sont d'ordinaire assez peu précis : parmi eux l'urticaire, symptôme d'intoxication, dû sans doute à la filtration hors du kyste d'une petite quantité de liquide par une fissure de la paroi, est le seul qui soit quelque peu significatif. Habituellement ce sont les signes physiques, résultant du développement de la poche et de son apparition à la surface accessible du foie, qui permettent d'en faire le diagnostic. La majorité des kystes du foie, en effet, ont tendance à atteindre la périphérie de l'organe et à faire saillie à la paroi abdominale, sous les fausses côtes droites ou à l'épigastre, ou encore à refouler en dehors les fausses côtes et à produire ainsi l'évasement unilatéral de la base du thorax.

D'autres fois le kyste proémine, non plus vers la face convexe et la partie inférieure, mais en haut, dans la cavité thoracique, ce qui peut entraîner des méprises et des confusions avec une pleurésie ou une affection pleuro-pulmonaire, surtout dans les cas assez rares où le kyste siège dans le lobe gauche du foie.

L'apparition d'une tumeur, dans une région accessible à l'exploration clinique, ne suffit pas, bien souvent, à mettre hors de doute l'existence du kyste hydatique. Elle donne seulement de grandes probabilités en faveur de ce diagnostic, lorsque la tumeur est régulièrement arrondie, sans bosselures, rénitente, fluctuante surtout (ce qui, à vrai dire, n'est pas très commun), lorsque cette tumeur s'accroît d'une façon lente, qu'elle ne s'accompagne pas de douleurs vives, ni de fièvre, ni de cachexie. Le frémissement hydatique, considéré comme pathognomonique, est un signe trop inconstant pour

être en pratique d'une utilité sérieuse. La présence de traces de pigments biliaires dans l'urine (Potherat) est, par contre, d'une constatation trop banale dans les affections hépatiques pour pouvoir affermir bien solidement un diagnostic hésitant. C'est donc surtout la régularité de la tumeur et son évolution froide, sans symptômes bien vifs de réaction locale ni générale, qui éveilleront l'idée du kyste hydatique. Mais dans le plus grand nombre des cas, la certitude ne sera acquise que grâce à la ponction exploratrice.

B. — *Ponction exploratrice.* — On a chargé de bien des méfaits la ponction exploratrice. Il est incontestable qu'elle a causé des accidents variés : l'infection du kyste par une aiguille malpropre, la péritonite par issue du contenu purulent dans la cavité abdominale, enfin toute la gamme des phénomènes toxiques, depuis l'urticaire jusqu'au collapsus et à la mort foudroyante, celle-ci, d'ailleurs, dans des cas heureusement exceptionnels¹. Aussi certains chirurgiens ont-ils proscrit absolument la ponction exploratrice et préconisé en son lieu et place l'incision exploratrice, pratiquée systématiquement toutes les fois que l'on a des raisons de soupçonner un kyste hydatique.

Cependant, pour que cette dernière pratique fût pleinement justifiée, il faudrait que le traitement de tout kyste hydatique comportât nécessairement l'intervention du bistouri, et que, d'autre part, l'incision du kyste fût complètement inoffensive. Or les guérisons obtenues par les ponctions et les injections sont beaucoup trop nombreuses pour qu'on doive à jamais abandonner ces moyens plus simples et d'une application plus aisée. En outre l'incision des kystes n'est pas non

1. J'ai rassemblé de nombreux faits relatifs à ces divers accidents dans un travail sur l'intoxication hydatique (*Arch. génér. de médecine*, oct.-nov. 1888, p. 410 et 572). — Voir en outre sur ce sujet : DEBOVE, *Acad. des sciences*, 19 déc. 1887 et *Soc. médic. des hôpitaux*, 9 mars 1888. — ACHARD, *Soc. méd. de hôpitaux*, 18 mai 1894. — VIRON, *Arch. de méd. expérim.*, janv. 1892. — BOINET et CHAZOULIÈRE, *Marseille médical*, 13 déc. 1892. — CHAUFFARD, *Semaine médic.* 8 juillet 1896. — COLLEVILLE et GUÉNART, *Gazette hebdomadaire*, 27 sept. 1896 p. 924.

plus complètement exempte des dangers de la ponction. En sorte que, dans le traitement de la majorité des kystes hydatiques, la ponction exploratrice demeure une opération préliminaire presque obligée. L'incision exploratrice s'appliquerait particulièrement aux kystes sous-diaphragmatiques, capables de laisser des doutes sur l'origine pleurale ou pulmonaire de la poche (Heydenreich), et aux kystes antéro-inférieurs, pédiculés et mobiles, descendant dans l'abdomen (Segond).

Afin d'éviter dans la mesure du possible les accidents qui ont parfois suivi la ponction exploratrice, on devra s'entourer de certaines précautions. Il va sans dire, tout d'abord, que l'asepsie aussi parfaite que possible devra être réalisée. Pour pratiquer la ponction, on se munira d'une aiguille fine et assez longue pour pouvoir pénétrer jusque dans le kyste, si celui-ci n'est pas à la surface même du foie. L'aspiration sera faite au moyen d'une bonne seringue, faisant bien le vide, et contenant au moins 10 centimètres cubes. Si l'on n'a pas à sa disposition une seringue de cette contenance, stérilisable et tenant très bien le vide, on emploiera l'aspirateur préalablement désinfecté. Il importe, en effet, sans pour cela vider le kyste, d'en retirer une certaine quantité de liquide (10 à 20 centimètres cubes), de façon à diminuer la tension du contenu et à éviter son issue hors de la poche lorsque l'aiguille aura été retirée.

Pendant la ponction on recommandera au malade l'immobilité complète et la suspension des mouvements respiratoires. L'opération devra être faite rapidement et le médecin devra s'interdire de se servir de l'aiguille comme d'une sonde exploratrice et de la déplacer dans la cavité du kyste pour chercher à reconnaître son étendue ou la présence de vésicules secondaires.

Le liquide retiré par la ponction donnera non seulement un renseignement précis sur l'existence du kyste hydatique, mais fournira aussi sur l'état de son contenu des données d'importance capitale pour la thérapeutique. Il apprendra si le kyste est suppuré, s'il renferme du sang, de la bile; parfois

le liquide est trouble, jaunâtre, et l'on pourrait hésiter dans ces conditions à admettre qu'il s'agisse d'un kyste hydatique. Il importe, dans ces cas de modifications subies par le contenu, d'examiner au microscope le liquide déposé ou soumis à la centrifugation: la présence de débris kystiques, de crochets surtout, lèvera tous les doutes. Enfin, dans le plus grand nombre de cas, le liquide retiré est pur, limpide comme l'eau de roche: on s'assurera alors qu'il présente les caractères essentiels du liquide hydatique: absence d'albumine et présence d'une quantité notable de chlorure de sodium; pour cela, il suffira, dans la pratique, de constater qu'il ne se trouble pas par la chaleur et l'acide nitrique et qu'il donne avec le nitrate d'argent un abondant précipité blanc, cailleboté¹.

II

Méthodes thérapeutiques.

Le kyste hydatique étant reconnu, quel traitement lui appliquer?

La thérapeutique idéale serait celle qui permettrait d'atteindre le parasite partout où il peut se trouver dans l'économie, en modifiant le milieu intérieur de telle façon que l'organisme devienne impropre à la vie de l'hydatide. On n'aurait pas alors à se préoccuper si le kyste est simple ou s'il contient des vésicules-filles, s'il est solitaire ou s'il y en a plusieurs. Mais ce *traitement général* anti-parasitaire n'existe pas jusqu'à présent. De très nombreuses tentatives ont été faites dans ce sens; on a préconisé les substances les plus diverses: *eau salée* (Laënnec), *mercuriaux* (Baumès), *teinture de kamala*

1. L'examen microbiologique du liquide peut aussi donner des indications qui ne sont pas négligeables. En général, un liquide clair et limpide est aseptique; cependant le liquide peut être assez limpide et renfermer déjà des germes pyogènes. D'autre part, un liquide trouble d'hydatide morte peut être absolument dépourvu de germes. Il n'est donc pas inutile, quand la chose est possible, de ne pas s'en tenir seulement à l'examen fait à l'œil nu, mais de recourir aux cultures.