

la graisse et au moins pendant la vie intra-utérine et à l'état pathologique sur l'hématopoièse.

Le médecin ne peut guère modifier à son gré ces différentes fonctions dans un but thérapeutique. Bien qu'elles soient toutes localisées dans la cellule hépatique et qu'elles semblent solidaires les unes des autres, on ne peut affirmer qu'en modifiant l'une d'elles, on modifiera les autres dans le même sens. On ne connaît guère que les modifications de la fonction biliaire.

Depuis les recherches de Prévost et Binet¹ on divise les médicaments qui agissent sur la sécrétion biliaire en quatre groupes :

1^{er} Groupe. — *Substances qui accroissent la sécrétion de la bile et des sels biliaires.* — La bile (bile de bœuf, de mouton, de cochon ou de chien), l'urée, l'essence de térébenthine et ses dérivés (terpine, terpinol), le chlorate de potasse, le benzoate et le salicylate de soude, le salol, l'évonymine, la muscarine.

2^e Groupe. — *Substances qui ne produisent qu'une augmentation légère, douteuse ou inconstante de la bile.* — Bicarbonate de soude, sel de Glauber, chlorure de sodium, sel de Carlsbad, propylamine, antipyrine, aloès, rhubarbe, *Hydrastis canadensis*, ipéca, boldo.

3^e Groupe. — *Substances qui diminuent la sécrétion biliaire.* — Potasse, calomel, fer, cuivre, atropine, strychnine à haute dose.

4^e Groupe. — *Substances sans action sur la sécrétion biliaire.* — Phosphate de soude, bromure de potassium, chlorure de lithium, sublimé, arséniate de soude, alcool, éther, glycérine, quinine, caféine, pilocarpine, séné, colombo.

On remarquera dans ce classement de nombreuses divergences avec celui de Rutherford (p. 555).

De ces substances, nous n'étudierons ici que celles qui augmentent la sécrétion biliaire ou *cholagogues*.

Cholagogues

Nous avons déjà parlé de l'action cholagogue à propos des purgatifs, du calomel, du salicylate de soude.

1. Prévost et Binet, *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1888.

L'action cholagogue de la bile de bœuf a été démontrée par Schiff, Rosenkranz, Socoloff, Prévost et Binet; sous son influence la sécrétion biliaire augmente et s'épaissit, par suite de l'augmentation des matières fixes. La valeur thérapeutique de la bile animale est donc diminuée par ce fait que l'action fluidifiante n'est pas obtenue; elle l'est encore par celui-ci, qu'elle entrave la digestion (G. Sée).

* HUILES D'OLIVE ET DE COTON

L'huile d'olive provient du péricarpe, des drupes et de l'amande de l'olivier, *Olea europaea* (Oléacées). On distingue l'huile vierge ou de première expression et l'huile ordinaire ou de deuxième expression, qui provient du résidu de la première.

L'huile d'olive est jaune ou verdâtre; sa saveur doit être dépourvue d'âcreté. Elle commence à se figer entre 10° et 5°; la masse est entièrement figée entre 2° et 0°.

L'huile de coton, retirée des graines de diverses espèces de cotonniers, est insipide quand elle est fraîche; elle est par suite moins désagréable à prendre.

L'huile n'est ni transformée, ni absorbée dans l'estomac. Elle est émulsionnée dans l'intestin par le suc pancréatique; une partie en est saponifiée et dédoublée en acide gras et glycérine.

Injectée dans le tissu cellulaire, l'huile s'émulsionne lentement; elle n'est absorbée qu'après cette transformation. Il faut 3 à 4 jours pour que 1 à 30 cc. d'huile disparaisse du tissu cellulaire (Bouchard).

En n'injectant pas plus que le 1/20^e du poids de l'animal on n'a jamais de mort (Bouchard). Si la quantité d'huile injectée est trop considérable pour être résorbée, il se produit quelquefois un kyste persistant formé par l'huile finement émulsionnée (Bouchard).

L'injection sous-cutanée de 30 à 50 cc. d'huile à des lapins tue ces animaux entre sept à vingt jours (Touvenant). Si la quantité d'huile est abaissée à 2 cc. on observe généralement un amaigrissement variable; un

demi-centimètre tous les deux jours engraisse les cobayes (Touvenaint¹).

L'ingestion de 100 grammes d'huile d'olive, ajoutés à la nourriture habituelle, provoque chez les chiens, au bout de trente à quarante-cinq minutes, quelquefois plus, une augmentation de la sécrétion biliaire qui devient considérable vers la troisième ou la quatrième heure. La bile obtenue est plus fluide que la bile normale (Rosenberg).

INDICATIONS. — 1° *Lithiase biliaire*. — *A priori*, en augmentant la sécrétion biliaire et en la rendant plus fluide, on doit favoriser le cheminement des calculs biliaires le long du canal cholédoque; on peut penser aussi que, grâce à la plus grande fluidité, on prévient la précipitation de la cholestérine, d'une part en maintenant cette dernière à l'état soluble, et d'autre part en fournissant à la bile, par la digestion, les éléments des savons alcalins qui doivent favoriser la dissolution de cette substance (Rosenberg, G. Sée). Mais c'est là une action préventive plutôt que curative de la colique hépatique. Or l'huile d'olive a une efficacité incontestable comme curative de cet accident.

C'est à la Nouvelle-Orléans que cette substance a été primitivement mise en usage; puis elle a été essayée avec succès par Touatre, G. Sée, Willemin² qui en a été le vulgarisateur, etc. Sur dix observations, G. Sée a obtenu cinq fois la diminution immédiate des douleurs, l'expulsion de nombreux calculs, ainsi que d'une masse de grumeaux d'acides gras condensés. Willemin rapporte un grand nombre d'observations semblables. Sur cinquante-quatre cas, résumés en un tableau par la section de thérapeutique de la *Société médicale* polyclinique de Philadelphie, on trouve 96 pour 100 de succès³.

Comment agit l'huile d'olive dans les cas de ce genre?

1. Touvenaint, *Bull. de thérap.*, 1892, t. CXXII, p. 140.

2. Willemin, *Bull. de thérap.*, t. CXX, p. 241, 1891.

3. Egasse, *Bull. de thérap.*, 1892, t. CXXII, p. 182.

On pourrait songer à son action cholagogue; mais, objecte Willemin, l'huile, administrée pendant une crise, arrête celle-ci en peu de minutes, tandis que son action cholagogue ne survient jamais avant une demi-heure. On ne saurait admettre davantage une action directe de l'huile sur les calculs, attendu qu'elle ne remonte pas de l'intestin vers le foie par les conduits biliaires. En effet, Chauffard et Dupré¹ ayant fait ingérer à des animaux une dose, proportionnelle à leur poids, d'huile pure ou colorée à l'éosine, ont toujours retrouvé ce liquide dans l'estomac et l'intestin, *mais jamais au delà de l'ampoule de Vater*. Virchow pense que l'huile absorbée par l'intestin est excrétée par le foie et peut lubrifier les canaux biliaires.

Willemin admet que l'huile peut arrêter la colique hépatique par une action réflexe qui fait cesser le spasme des conduits biliaires, ainsi que les douleurs occasionnées par ce spasme, et que plus tard, l'action cholagogue de l'huile peut favoriser la descente du calcul dans l'intestin, en l'entraînant avec elle.

En réalité on ignore le mode d'action de l'huile d'olive dans la colique hépatique.

Il y a deux façons d'administrer l'huile d'olive (Willemin):

1° Quand une crise paraît imminente, on administrera plusieurs soirs de suite, aussi loin que possible des repas, afin de ne pas troubler la digestion, une dose de 50 grammes d'huile;

2° Quand la crise est déclarée, on fait prendre un verre d'huile, aromatisée ou non; il est inutile d'en prescrire 400 grammes comme cela est recommandé par Touatre, parce qu'alors elle est mal supportée.

L'huile de coton produit les mêmes effets.

Les purgatifs sont contre-indiqués.

2° *Colique saturnine*. — Weil² a traité avec succès cinq cas de colique saturnine par l'huile d'olive à la dose d'un

1. Chauffard et Dupré, *Soc. méd. des hôp.*, 24 octobre 1888.

2. Weil, *Lyon méd.*, décembre 1892.

verre par jour. La guérison est survenue au bout de trois à cinq jours; elle a coïncidé avec l'apparition de selles copieuses. Mais, même avant cette débâcle, dès les premiers verres d'huile, les douleurs diminuent considérablement. Weil attribue ces effets à une action analgésique sur le tube digestif. Combemale, qui a essayé avec succès le même traitement dans trois cas, pense que l'huile agit simplement en faisant cesser l'excitabilité réflexe du système nerveux exalté par l'intoxication saturnine et mise en jeu par la présence des matières fécales¹.

3° *Constipation*. — Les lavements d'huile (400 à 500 cc. d'huile) ont été préconisés par Kussmaul, Reyher, Fleiner dans le traitement de la constipation. Il faut en général 10 à 20 minutes pour injecter 4 à 500 cc. Le patient doit être couché le bassin un peu élevé. Il se passe ordinairement une ou plusieurs heures entre le lavement et la première garde-robe. Bientôt les lavements quotidiens deviennent inutiles, on peut les espacer en réduisant la quantité d'huile à 250 ou 200 grammes. L'huile doit être aussi fine que possible.

4° *Coliques néphrétiques*. — Aussilloux² attribue au même médicament deux cas de cessation de coliques néphrétiques.

Doses. — 50 à 200 grammes par jour.

II. Modificateurs éventuels

Les modificateurs éventuels du foie se bornent presque exclusivement aux modificateurs chirurgicaux. La thérapeutique est impuissante à modifier le processus pathologique autrement que par l'hygiène. Ainsi réduite, elle est cependant susceptible de rendre des services importants dans le traitement des *cirrhoses*. En considérant la prolifération conjonctive comme secondaire et l'atteinte de la cellule hépatique comme primitive (Straus et Blocq, Laffite, Grandmaison, etc.) on est amené à éloigner de l'alimentation

1. Combemale, *Bull. de thérap.*, 1893, t. CXXIV, p. 433.
2. Aussilloux, *Bull. de thérap.*, 1893, t. CXXV, p. 491.

tous les agents capables d'exciter la cellule hépatique (alcool, sucre, féculents) et à leur substituer le lait. Dans la sclérose confirmée, c'est du côté du rein qu'il faut diriger tous les efforts, afin de lui permettre de suppléer à l'insuffisance de la dépurative hépatique. Le régime lacté est encore indiqué. Rendu conseille fort judicieusement de s'abstenir de toute médication capable d'irriter l'épithélium rénal (caféine, digitale, drastiques). La ponction elle-même doit être retardée autant que possible; quand elle est nécessaire, l'évacuation du liquide de l'ascite doit être incomplète afin d'éviter les accidents congestifs qui pourraient se produire du côté du rein consécutivement. (Rendu¹).

Modificateurs chirurgicaux

La chirurgie du foie présente des applications nombreuses; nous n'étudierons ici que celles dont la pratique est familière au médecin, c'est-à-dire 1° l'évacuation des kystes hydatiques par aspiration; 2° l'évacuation suivie de lavages.

I. *Evacuation par aspiration*. — Les traitements médicaux des collections liquides du foie ont fait leur temps; on ne songe plus à traiter, même les kystes hydatiques, par l'iodure de potassium, le calomel et le kamala. Essayer ces médicaments c'est, malgré quelques succès (rares d'ailleurs) mais qui paraissent incontestables,² perdre un temps précieux pendant lequel le malade reste exposé à tous les dangers d'une rupture; ce serait une faute thérapeutique que de s'y arrêter.

Disons de suite que l'évacuation par aspiration ne peut guère être considérée comme curative que dans les cas de kyste hydatique non suppuré du foie. Elle a un avantage, celui d'être absolument *inoffensive* (Dieulafoy)³, et un inconvénient, celui de ne pas guérir toujours;

1. Rendu, *Semaine méd.*, 1892, p. 249.

2. Observation de Desnos avec l'iodure de potassium.

3. Dieulafoy, *Gazette des hôp.*, 1870. — *Traité de l'aspiration*, p. 51. — *Manuel de pathologie interne*, Paris, 1894, t. II, p. 758.

mais elle donne des chances sérieuses de guérison ; puisque d'après les observations de Dieulafoy, dans un tiers des cas au moins, il suffit d'une seule aspiration pour amener ce résultat.

Juhel-Rénoy¹ qui a traité la question du traitement « médical » des kystes hydatiques du foie dans un excellent esprit, revendique hautement et avec juste raison, pour le médecin, la pratique de ces petites manœuvres médico-chirurgicales, qui méritent à peine le nom d'opérations, et qui ont l'avantage d'amener la guérison sans faire subir aux malades les dangers d'une véritable opération chirurgicale. Le même auteur insiste sur la nécessité d'un diagnostic précis et sur l'importance du siège du kyste.

Avant de songer à intervenir activement dans le traitement d'un kyste hydatique, il va de soi qu'il faut faire un *diagnostic précis* de la nature, du siège et du volume de la collection liquide. La possibilité d'une confusion avec les tumeurs de la rate, du rein, de l'épiploon, les kystes de l'ovaire, surtout avec les *épanchements pleuraux*, pour ne citer que les principales causes d'erreur, doit être soigneusement discutée. L'analyse des urines est de la plus haute importance ; elle peut décider le diagnostic en décelant la réaction des sels biliaires par l'acide nitrique (Pothérat²).

La question du siège a une importance au moins égale à celle du diagnostic de la tumeur au point de vue thérapeutique. Le kyste peut se trouver en haut ou en bas, en avant ou en arrière ; il est ou non pédiculé. Suivant Juhel-Rénoy, les kystes de la face inférieure du foie, pédiculés ou non, adhérents ou non, peu accessibles, d'un diagnostic toujours difficile, doivent être laissés aux chirurgiens. Ceux-ci se divisent en deux camps : les partisans de la laparotomie (Lawson Tait, Richelot, Lucas-Championnière, Terrier, Poulet, Bouilly), et ceux du trocart (Verneuil, Tillaux, Polaillon). Je dis qu'ils doivent être laissés aux chirurgiens, parce que jusqu'ici la laparotomie paraît être la méthode de choix (Juhel-Rénoy). On doit craindre, en effet, avec l'emploi du trocart, l'issue dans le péritoine d'hydatides pouvant y pulluler ultérieurement ; mais s'il était prouvé qu'une injection parasiticide dans le kyste dût éviter sûrement cet inconvénient, il y aurait lieu d'envisager la question à un autre point de vue.

Le kyste est-il *postéro-supérieur* (intra-thoracique), on peut essayer l'évacuation suivie d'injection de 20 cc de liqueur de Van Swieten (Galliard) ; mais souvent l'intervention par la voie intra-pleurale est la seule possible ; elle est alors du ressort chirurgical ; à plus forte raison si l'incision lombaire, dans le cas d'un kyste postéro-inférieur, est nécessaire.

Suivant Bouilly³, à l'incision appartiennent : 1° les kystes

1. Juhel-Rénoy, Supplément à la *Médecine moderne*, 29 mai 1890.

2. Pothérat, thèse de Paris, 1889.

3. Bouilly, *Congrès français de chirurgie*, 1892.

hydatiques contenant de nombreuses hydatides filles ; 2° les kystes multiples disséminés dans le même organe (foie, épiploon) ; 3° les kystes suppurés, soit spontanément, soit après une courte intervention. L'injection de sublimé s'adresse particulièrement aux kystes simples, uniloculaires, contenant le liquide clair caractéristique ordinaire, et vierge de tout traitement antérieur. Nous verrons chemin faisant que l'action médicale peut être un peu plus large.

Galliard¹ conseille l'incision : 1° dans les kystes contenant uniquement des vésicules filles et pas de liquide ; 2° dans les kystes très volumineux (plus de 4 litres) ; 3° dans les kystes suppurés ; 4° dans les kystes multiples et les alvéolaires ; 5° dans les kystes ouverts.

En ne revendiquant pour l'intervention médicale que les kystes antéro-supérieurs, nous n'en revendiquons pas moins la grande majorité des kystes hydatiques qui, la plupart du temps, gagnent la face convexe du foie en se rapprochant de la capsule de Glisson. Ce n'est guère, du reste, que dans ces cas, que le kyste se présente avec des symptômes objectifs. En réalité, le plus souvent, quand le diagnostic d'un kyste hydatique du foie est possible, il pointe en avant, plus souvent en haut qu'en bas, et se trouve ainsi justiciable de l'action médicale. *Dès que le diagnostic est fait, on doit intervenir sans retard* (Juhel-Rénoy).

La méthode de l'aspiration, qui suffit dans un tiers des cas, et mieux encore, la méthode des lavages qui, jusqu'ici, a donné vingt-sept succès sur trente cas, sont de nature à faire écarter en principe l'intervention chirurgicale ; car celle-ci non seulement expose aux dangers opératoires, mais laisse souvent des trajets fistuleux après l'opération, et exige un temps très long pour la guérison. On a accusé cette méthode de ne pas mettre le malade à l'abri des récidives ; il serait peut-être plus juste de dire qu'elle n'empêche pas le développement d'un nouveau kyste à côté du premier.

1. Galliard, *Médecine moderne*, 1894, p. 689.

A. MANQUAT, *Thérapeutique*, 2^e éd.

MANUEL OPÉRATOIRE. — J'emprunte la plupart des préceptes qui le concernent à Dieulafoy qui fait autorité sur tout ce qui concerne l'aspiration.

Le choix de l'aspirateur est indifférent, à condition qu'il fasse bien le vide. Les aspirateurs de Dieulafoy, de Debove, de Potain, sont les plus usités. Le choix de l'aiguille a une importance capitale; Dieulafoy repousse le trocart comme dangereux, et recommande l'aiguille n° 2 de l'aspirateur qui ne mesure qu'un millimètre et un tiers de diamètre. Cette aiguille est préparée comme pour la thoracentèse et maintenue dans l'eau phéniquée à 5 pour 100.

Le malade étant couché sur le dos on procède à l'asepsie du champ opératoire. Puis le vide préalable étant fait dans l'aspirateur, « l'opérateur introduit l'aiguille d'un coup sec sur le point le plus saillant de la tumeur. On ouvre alors le robinet correspondant de l'aspirateur, le liquide du kyste jaillit dans l'appareil, et à mesure que le kyste se vide on a soin de pousser l'aiguille un peu plus profondément, parce que le niveau du liquide s'abaisse dans la tumeur » (Dieulafoy). *Il n'est permis dans aucun cas de presser la tumeur ou de la malaxer pour favoriser l'issue du liquide, et l'on doit empêcher le malade de faire aucun effort, à plus forte raison ne doit-on pas lui demander de s'asseoir; sans ces précautions, on s'exposerait à faire pénétrer le liquide dans le péritoine.*

Si l'arrêt brusque de l'écoulement pouvait faire supposer que la canule est oblitérée, la seule conduite rationnelle à tenir serait de retirer l'aiguille, de lui rendre sa perméabilité, ou de la remplacer par une autre, puis de recommencer l'opération (Dieulafoy). Si le liquide ne se vide qu'incomplètement par la ponction, c'est qu'il contient de nombreuses vésicules filles; il n'y a pas lieu d'insister.

Quel que soit le volume du kyste, Dieulafoy conseille de retirer tout le liquide en une seule séance, plutôt qu'en plusieurs fois. L'opération terminée, on retire l'aiguille, en ayant soin de la laisser en communication avec l'aspi-

rateur, de façon à empêcher la moindre goutte de liquide de tomber dans le péritoine. Ensuite on applique un bandage de corps médiocrement serré, et l'on prescrit au malade de rester couché sur le dos, *sans bouger, pendant deux ou trois heures.* « Dans les cas favorables, qui sont du reste les plus fréquents, il peut se lever le lendemain de l'opération. »

SUITES DE L'OPÉRATION. — Le plus souvent, le malade « passe sans transition de la maladie à l'état de santé »; mais, dans quelques cas, on voit survenir une poussée d'urticaire, fait d'abord signalé par Dieulafoy, puis par Hayem et Ferrand, Bussard, Lereboullet, Feytaud, Verneuil, etc. Cette poussée peut être générale ou localisée. Dans un cas (Dieulafoy), elle était limitée au côté droit du corps; elle peut envahir les muqueuses. Elle ne s'accompagne parfois que de quelques démangeaisons qui durent un jour ou deux; mais parfois aussi, elle est précédée de symptômes généraux bruyants qui pourraient faire craindre le début d'une péritonite aiguë. Ces symptômes se déclarent quelques minutes ou quelques heures après l'opération, et consistent en malaise intense, dyspnée, nausées, parfois hoquet, vomissements et fièvre; puis des démangeaisons surviennent en différents points du corps et l'éruption apparaît; les symptômes généraux durent deux ou trois jours.

Quand la ponction aspiratrice n'est pas suivie de guérison, le liquide se reproduit ou passe à la purulence. Dans le premier cas, on peut tenter une nouvelle ponction ou recourir, ce qui est préférable, à la ponction suivie d'injections modificatrices. S'il y a suppuration, on se trouve en présence d'un *kyste suppuré* du foie, dont les indications ne sont peut-être pas identiques à celles des abcès du foie. Il y a là une question de faits que nous examinerons dans le chapitre suivant. Disons que Dieulafoy conseille de pratiquer de nouveau la ponction avec l'aiguille n° 3; on retire alors un liquide à peine trouble, qui *commence* à être purulent, et qui dégage une odeur d'hydrogène sulfuré. Dans ces circonstances, Dieulafoy affirme avoir obtenu des *guérisons durables* avec une seule ponction.

II. **Evacuation suivie de lavage.** — Cette méthode a donné des succès dans toutes les espèces de collections liquides du foie. Examinons-la seulement dans les kystes hydatiques.

Liquides pour le lavage. — Les liquides proposés pour les lavages sont nombreux et de valeur très inégale; citons: la bile de bœuf (Voisin, Tardieu), la teinture d'iode (Boinet), douloureuse et très irritante, une solution iodo-iodurée (Mesnard), le peptonate de mercure (Dujardin-Beaumetz), le chloral, l'acide salicylique à 1 pour 100, la créosote à 2 pour 100, le naphtol, le sulfate de cuivre et enfin le sublimé.

Le sublimé proposé par Mesnard¹, et le naphthol préconisé par Chauffard, présentent une supériorité marquée sur les autres parasitocides; ils ont donné de nombreux succès entre les mains de Mesnard, Machenaud, Debove², Bacelli, Juhel-Rénoy, Chauffard³, Demons, Galliard.

Le naphthol en solution à 1 pour 2000, proposé par Chauffard, n'offre pas les dangers d'intoxication du sublimé. Ces dangers, niés par les uns (Mesnard), affirmés par les autres (Juhel-Rénoy, Merklen), sont évidemment possibles avec l'emploi des grands lavages; leur éventualité complique forcément le traitement, car elle oblige à laver ensuite largement le kyste avec de l'eau stérilisée ou naphtholée; aussi préfère-t-on actuellement abandonner dans la cavité, sans la laver, une petite quantité de sublimé (Bacelli, Bouilly).

MANUEL OPÉRATOIRE. — Deux procédés ont été employés :

A. *Procédé ancien*. — 1° Antiseptie du champ opératoire, c'est-à-dire savonnage, brossage, puis lavage à l'alcool et au sublimé de la région épigastrique; — désinfection des instruments et des mains de l'opérateur; 2° ponction aspiratrice sur la partie la plus saillante de la tumeur, jusqu'à épuisement du liquide, comme il a été dit dans le chapitre précédent; 3° injection du liquide antiseptique choisi; le volume total de celui-ci ne doit représenter que la moitié ou les deux tiers au plus du liquide aspiré (Mesnard); 4° la solution médicamenteuse reste quelques minutes dans la cavité (soit cinq minutes), puis elle est évacuée; 5° si le lavage a été fait au sublimé, un cinquième temps est nécessaire; il consiste à injecter dans la cavité kystique, à deux ou trois reprises, l'eau stérilisée qu'elle peut contenir, et à l'évacuer chaque fois par l'aspiration (Mesnard); au lieu d'eau bouillie, on peut employer, vraisemblablement avec plus d'avantage, de l'eau naphtholée (Juhel-Rénoy).

B. A ce mode opératoire employé jusqu'ici je préfère le suivant indiqué par Bacelli et par Bouilly: 1° le kyste est vidé à siccité par aspiration; 2° par la canule laissée en place, 5 ou 10 grammes (Bouilly) ou 20 grammes⁴

1. Mesnard, *Gaz. hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 20 juillet 1884, et *Soc. méd. des hôp.*, 8 janvier 1890.

2. Debove, *Soc. méd. des hôp.*, octobre 1888.

3. Chauffard, *Soc. méd. des hôp.*, 26 juillet 1889.

4. 36 grammes pour un kyste de 2 litres (Chauffard et Widal).

(Bacelli, Galliard) d'une solution de sublimé au 1/1000 sont injectés dans la poche et y sont abandonnés; 3° l'orifice de la ponction est fermé avec du coton et du collodion iodoformé.

Les soins consécutifs sont très simples et identiques à ceux que nécessite l'aspiration sans lavage. Il est rationnel d'administrer, à l'exemple de Juhel-Rénoy, 5 à 8 centigrammes d'extrait d'opium, six heures avant l'opération, pour assurer le repos de l'intestin.

Les suites de l'opération n'offrent d'autre particularité que la possibilité de l'intoxication hydatique (Debove, Achard) que l'on observe d'ordinaire à la suite de l'évacuation incomplète des kystes hydatiques (syncope, fièvre avec ou sans urticaire, diarrhée).

Sur trente cas, cette méthode a donné vingt-sept succès et trois insuccès sans accident sérieux (Potherat, Debove, Chauffard, Mesnard, Juhel-Rénoy, Demons, Galliard, Bouilly).

Juhel-Rénoy pense que, dans les kystes remplis de vésicules filles, l'action du lavage, pratiqué comme précédemment, serait trop fugace; il faudrait laisser dans le kyste une certaine quantité de liquide parasiticide (sublimé à faible dose, ou eau naphtholée concentrée), mais n'est-il pas plus vraisemblable que parmi les cas de guérison obtenue il y avait des vésicules filles, et qu'un simple lavage a été suffisant (Mesnard)?

La méthode précédente est-elle applicable aux abcès du foie? Les chirurgiens répondent systématiquement par la négative. Il est vraisemblable cependant que la réponse ne doit pas être uniforme pour toutes les suppurations du foie. En ce qui concerne les *kystes hydatiques suppurés* en particulier, si les injections de sublimé ont beaucoup moins de chances de succès, elles ont donné cependant de remarquables guérisons. Lescure¹ rapporte quatre cas de kystes hydatiques en pleine suppuration, guéris par cette méthode; il faut joindre à ces observations le cas de Demons². Mirande³ a montré que le naphthol jouit de la même efficacité. Le cas de Juhel-Rénoy⁴ est très remarquable au point de vue qui nous occupe.

1. Lescure, thèse de Bordeaux, 1889.

2. Demons, *Bulletin de la Société de méd. des hôp.*, 1889, p. 17.

3. Mirande, thèse de Bordeaux, 1889.

4. Juhel-Rénoy, *Soc. méd. des hôp.*, 13 juin 1890. — Merklen, *id.*

Femme de quarante-trois ans. — Kyste hydatique suppuré du foie, guérison complète en six semaines après neuf ponctions et injections d'eau naphtholé. Le kyste ne contenait pas moins de 2 litres de pus fétide, infect.

Merklen a rapporté un cas analogue.

Devant de pareils faits, bien observés, il n'est plus possible de maintenir que l'ouverture de la poche purulente est toujours nécessaire. Je pense que beaucoup de médecins, pris à partie, diraient avec Debove : « Si j'avais un kyste du foie, je ne me déciderais à me faire ouvrir le ventre qu'après avoir essayé des autres moyens de traitement, et en désespoir de cause ; par conséquent, je dois, en conscience, agir de la même façon envers les malades que j'ai à soigner. » C'est à cette règle de conduite que nous nous rallions pour *les kystes hydatiques suppurés du foie, facilement accessibles au trocart*. Dans les cas contraires, ou dans ceux où l'injection aurait échoué, l'incision s'impose sans temporiser. Pour les kystes très volumineux on peut exprimer des réserves, parce que l'expérience de la méthode des lavages est insuffisante.

Pour *les autres abcès*, en particulier ceux *d'origine exotique*, il faut pratiquer au plus tôt l'incision, sans s'attarder à des moyens aléatoires. Dans ces abcès en effet, le pus est *excessivement épais* ; il est impossible de songer à le retirer avec un trocart. De plus la tendance à l'enkystement de la cavité purulente est faible et ne peut être sollicitée que par une large issue donnée au pus. Il n'entre pas dans notre cadre de décrire l'incision des abcès du foie, disons seulement que lorsque les abcès siègent en avant, tout médecin peut en pratiquer l'ouverture. L'opération peut être faite en une seule séance lorsqu'il existe des adhérences ; elle doit être faite en deux séances lorsqu'il n'en existe pas. Quant aux abcès postéro-supérieurs et aux inférieurs, il faut les laisser aux chirurgiens. Signalons cependant un cas dans lequel Netter¹, sur le refus d'un chirurgien de pratiquer l'incision, essaya avec succès les lavages au sublimé.

1. Netter, *Soc. méd. des hôp.*, 11 juillet 1890.

B... , vingt-neuf ans. Séjour de deux ans au Sénégal, 1883-85. En 1889, abcès du foie contenant 800 grammes d'un liquide roussâtre, couleur chocolat, gluant, purulent, grumeleux ; guérison après injection de 800 grammes d'une solution de sublimé au 1/100, remplacée par une injection au 1/2000 dont on avait laissé 30 grammes dans la cavité.

Malgré le succès, Netter pense avec raison que, dans les cas de ce genre, l'incision est l'opération de choix.

CHAPITRE III

MODIFICATEURS DE LA NUTRITION

La plupart des auteurs des traités de thérapeutique classent, parmi les modificateurs de la nutrition, une infinité de médicaments que nous avons cru devoir en distraire, parce que l'effet sur la nutrition n'est que secondaire, et n'est pas celui que recherche le médecin dans un but thérapeutique. Il est peu de médicaments qui, en définitive, n'aient pas une action quelconque sur la nutrition ; mais, en pratique, il faut restreindre le terme de modificateurs de cette fonction aux seuls agents qu'on dirige spécialement dans un but voulu et utile sur les phénomènes de *mutations nutritives*, qui constituent la nutrition proprement dite ; autrement, la nutrition générale étant la vie même de l'individu, en vue de laquelle tout, en dehors de la génération, concourt dans l'organisme, les modificateurs des fonctions de nutrition pourraient comprendre la presque totalité des agents thérapeutiques. Il est préférable de réserver le terme de nutrition aux mutations qui se produisent au sein des particules vivantes, c'est-à-dire à l'*assimilation* avec tous les phénomènes d'*accroissement*, de *réparation* et de *réserve* organiques, et à la *désassimilation*, c'est-à-dire à l'*usure* ou *destruction organique* liée aux manifestations de la vie.

Ce double mouvement d'assimilation et de désassimila-