

ou très rapide survenant dans certaines circonstances, et particulièrement après une ponction capillaire. Les cas n'en sont pas rares, et tout récemment Chauffard (1) en a signalé un.

L'accident, ou plutôt la complication qui intéresse le plus le chirurgien, c'est bien certainement l'infection du kyste et sa suppuration. J'ai dit plus haut quel en était le mécanisme, je n'y reviendrai pas. C'est une complication relativement fréquente. Quelle que soit la cause de l'infection, les signes de la suppuration du kyste sont les mêmes. Ce sont ceux de l'abcès du foie. La douleur, l'œdème pariétal et surtout la fièvre viennent témoigner de l'infection de la poche, qu'il est facile d'affirmer si l'on connaissait déjà l'existence du kyste. Cette existence étant inconnue, il est bien difficile de ne pas confondre le kyste suppuré avec un simple abcès du foie dont il a tous les caractères et dont il prend toute la gravité.

**Diagnostic.** — Le kyste hydatique ne saurait être reconnu que lorsqu'il forme une tumeur d'un volume appréciable. Jusque-là il n'y faut point compter, et s'il donne lieu à des troubles digestifs variés, il est à peu près matériellement impossible d'assigner à ces phénomènes obscurs leur véritable origine. Il n'y a guère que les éruptions d'urticaire, coïncidant avec ces troubles digestifs, parfois avec une douleur dans l'épate droite, ou une certaine tendance aux hémorragies, qui puissent faire songer au kyste avec quelque apparence de raison.

Lorsqu'il y a une tumeur, il n'en est pas de même et, avec les moyens dont nous disposons aujourd'hui, il est presque toujours possible de reconnaître sa nature.

Et cependant la confusion n'est pas rare et peut d'ailleurs être faite tantôt avec des tumeurs développées aux dépens du foie lui-même, tantôt avec des tumeurs développées aux dépens d'autres organes, tantôt enfin avec des affections d'une nature toute différente.

Il est souvent très difficile de fixer la nature exacte d'un gros foie. Les congestions passives, les cirrhoses hypertrophiques peuvent atteindre un volume énorme. Dans ces conditions, le foie conserve sa forme, et tout en dépassant de beaucoup le rebord costal, reste symétrique à lui-même, sans donner en aucune façon l'impression de cette tumeur lisse, régulière, arrondie, rénitente qu'est le kyste hydatique. D'ailleurs, le paludisme, les troubles cardiaques, l'ictère, l'augmentation de volume de la rate, d'autres symptômes encore, seront d'un grand secours pour reconnaître ces hypertrophies d'ordre médical. Les tumeurs malignes du foie, primitives ou secondaires, ne ressemblent guère au kyste hydatique. Elles sont en général d'un volume beaucoup moindre, inégales, bosselées, marronnées, disséminées dans le foie en noyaux épars. L'évolution de la maladie, l'aggra-

(1) Voy. CHAUFFARD, *Sem. méd.*, 1896, p. 265.

vation rapide de l'état général dans le cancer, sont des éléments de la plus grande valeur, mais malgré lesquels on peut quelquefois se tromper.

La syphilis hépatique, dont les signes objectifs sont assez analogues à ceux du cancer, sera pour les mêmes raisons distinguée du kyste hydatique. Les antécédents spécifiques pourront d'ailleurs mettre sur la voie, à moins qu'ils ne contribuent, au contraire, à induire le chirurgien en erreur, un kyste hydatique pouvant évidemment se rencontrer chez un syphilitique.

Les affections de la vésicule biliaire peuvent également devenir la source d'erreurs, d'autant plus que l'attention est aujourd'hui universellement fixée sur elles, qu'on y songe, qu'on les cherche et qu'on en voit parfois alors qu'il n'y en a point. La dilatation de la vésicule biliaire, qui peut être quelquefois énorme, peut donner à s'y méprendre l'impression d'un kyste hydatique. Cette tumeur souvent arrondie, régulière, rénitente, faisant corps avec le foie, y ressemble en effet beaucoup, et l'on pourrait s'y tromper si l'on n'avait à sa disposition d'autres moyens d'investigation. Les inflammations vésiculaires, les cholécystites à parois induites sont moins volumineuses, moins régulières et s'accompagnent assez ordinairement de poussées ictériques et fébriles exceptionnelles dans les kystes. J'en dirai autant des tumeurs et des néoplasmes de la vésicule.

Les abcès du foie peuvent avoir avec les kystes une ressemblance absolue : même tuméfaction, même rénitence, même siège au milieu du foie. Mais ici les antécédents tropicaux ou dysentériques, la douleur à la pression, l'œdème de la paroi, les phénomènes fébriles viennent fournir des indices spéciaux. Entre un kyste suppuré et un abcès du foie, le diagnostic peut être impossible. L'inconvénient est faible, puisque le traitement est le même. On comprend de quelle importance peut être, en l'espèce, l'étude des antécédents du malade et de l'histoire de sa vie.

Dans tous ces cas, je le répète, c'est avant tout sur les caractères physiques de la tumeur, sa régularité, sa rénitence, en même temps que sur l'étude attentive des phénomènes généraux, qu'on s'appuiera pour porter un diagnostic ferme. Le kyste hydatique évolue en général comme une tumeur bénigne, froidement, lentement, ne gênant que par son volume. Il en est tout autrement dans les affections microbiennes, dyscrasiques, et surtout dans les néoplasmes.

S'il y a plusieurs petits kystes appréciables à la fois, on conçoit combien il peut être difficile de les reconnaître. Et de fait on les méconnaît le plus souvent, les prenant pour des noyaux néoplasiques.

La confusion avec des affections extrahépatiques, avec des tumeurs d'autres organes, est une de celles qu'il est parfois le plus difficile d'éviter. Les erreurs que l'on peut commettre varient infiniment

suivant le sens dans lequel se fait la migration du kyste. Dans les kystes de la région *antéro-inférieure* se développant vers l'abdomen, on pourra croire à une *tumeur du mésentère* ou de l'*épiploon*, et surtout à un *kyste de l'ovaire*. C'est une erreur qu'on n'en est plus à compter. Un kyste volumineux, assez mobile par rapport au foie, peut parfaitement remplir une grande partie de l'abdomen, combler la fosse iliaque, arriver jusque sur les limites du petit bassin, au point de pouvoir être senti par le toucher vaginal.

Ce sont encore ces kystes qui, lorsqu'ils atteignent un développement énorme, peuvent présenter tous les caractères de l'*ascite* la plus banale.

Quant aux kystes pédiculés et mobiles, ils donnent lieu à des méprises encore plus singulières : on a pu les prendre pour un *rein mobile*, et tout récemment Schwartz a cru, dans un cas semblable, à un *fibrome* de la paroi abdominale.

Les kystes *postéro-inférieurs*, d'ailleurs fort rares, qui remplissent la fosse lombaire, sont presque toujours pris pour des tumeurs du rein, A moins qu'on ne sente celui-ci, indépendamment de la tumeur, ce qui est rarement facile, tout concorde à induire en erreur. Dans ces conditions, on les confondra avec les *tumeurs du rein*, les *hydronephroses*, etc. On ne saurait, dans ces cas, apporter trop d'attention à l'étude des antécédents urinaires, à l'examen même des urines, qu'il faut d'ailleurs faire régulièrement, puisqu'on trouve presque toujours, sinon toujours, des sels biliaires dans les urines des malades atteints de kystes hydatiques (Potherat). Quelquefois, dans la profondeur, on pourra les confondre avec certaines collections purulentes et les prendre, par exemple, pour des *abcès par congestion* ou réciproquement.

Les kystes *antéro-supérieurs* sont ceux qui ressemblent le plus aux tumeurs communes du foie ou de la vésicule biliaire. Je n'y reviens pas, mais les kystes *postéro-supérieurs* donnent, eux, presque fatalement naissance à des erreurs qui peuvent être fatales.

D'abord, on ne peut guère les reconnaître avant qu'ils aient un certain volume, cachés qu'ils sont sous la concavité du diaphragme et proéminent dans l'intérieur de la poitrine, en déterminant au niveau de la base du thorax une matité qui varie avec leur volume. Les kystes de moyenne taille peuvent ne donner lieu qu'à quelques phénomènes de pleurésie sèche, avec légère augmentation de la matité, parfois une toux quinteuse, et l'on conçoit combien il est facile de confondre ces signes avec ceux d'une légère inflammation pleurale. Quand le kyste augmente de volume, la matité augmente avec lui, le poumon est refoulé vers le haut, la respiration ne s'entend plus à la base, on a tous les signes physiques d'un épanchement pleural, et bien qu'il n'y ait ni égophonie, ni souffle, ni pectoriloquie aphone, ni le plus souvent phénomènes fébriles, il est presque de règle de se tromper

et de croire à quelque pleurésie séreuse dont tout le monde connaît la fréquence.

Quant à distinguer un kyste de cette région d'un *kyste hydatique de la plèvre et du poumon droit*, il n'y faut en vérité pas songer, même en s'aidant du plus scrupuleux examen des antécédents et de l'évolution du mal.

Il est donc facile de se perdre parmi ces écueils, et il en est ici comme dans beaucoup d'autres affections. Autant les cas nets, classiques, sont faciles à reconnaître et donnent peu de prise à l'hésitation, autant les cas obscurs dans lesquels il est impossible de trouver un seul symptôme clair sont faits pour être méconnus.

Dans les cas douteux il est, il est vrai, un moyen de diagnostic d'une valeur parfois absolue et qu'il est bon de discuter. C'est la *ponction exploratrice*. Celle-ci peut être faite avec la minuscule aiguille d'une seringue de Pravaz qui, dans quelques cas de kystes très saillants, peut suffire. Mais il faudra, en règle générale, avoir recours à une aiguille plus volumineuse et un appareil plus sérieux et faire la ponction avec la petite aiguille, ou mieux avec le trocart de petit calibre des aspirateurs de Dieulafoy ou de Potain. Le manuel opératoire en est des plus simples. Après lavage de la paroi, l'aiguille, parfaitement stérilisée, doit être enfoncée délibérément au point le plus saillant de la tumeur, et à une profondeur qu'on juge suffisante pour pénétrer à son centre. Si, dans ces conditions, on retire le liquide transparent, incolore et limpide qu'on ne rencontre que dans les kystes hydatiques, ou si l'analyse microscopique, lorsqu'il est trouble, opalin ou purulent, vient à y déceler les crochets pathognomoniques, il est bien évident que la ponction aura rendu, au point de vue du diagnostic, un incontestable service.

Les événements ne se présentent pas toujours d'une façon aussi simple. D'abord, il est fréquent de voir la ponction donner des résultats absolument nuls, même dans des cas que la suite de la maladie ou une opération ultérieure permettent de reconnaître avec certitude. En dehors de l'oblitération accidentelle de l'aiguille, inconvénient qui fait que le trocart, qu'il est possible de désobstruer, me paraît préférable, il n'est pas rare, dans les kystes remplis de vésicules filles, de voir la ponction ne donner aucun résultat. L'extrémité du trocart, après avoir traversé la paroi du kyste, perfore une ou plusieurs vésicules et finit par s'arrêter dans l'intérieur de l'une d'elles, qui peut être fort petite et ne contenir que quelques gouttes de liquide. Dans ces conditions, l'aspiration ne donnera rien ; elle pourra même, si on prend soin de faire avancer ou reculer l'aiguille, rester absolument stérile, soit par suite du très petit volume de la série de vésicules filles qui peuvent être ainsi perforées, soit plutôt à cause de l'obstruction du trocart par des débris de membranes d'hydatides.

Une ponction bien faite en plein kyste hydatique peut donc ne donner aucun renseignement. D'autre part, il n'est pas prudent, pour éviter l'obstruction facile du trocart, d'en prendre un trop volumineux. La perforation de la poche kystique doit être en effet très étroite, sous peine de permettre, après le retrait de l'aiguille, l'écoulement du contenu kystique dans l'intérieur du péritoine.

Si la ponction exploratrice n'avait d'autre inconvénient que celui d'être parfois inutile, il faudrait évidemment, dans tous les cas douteux, la pratiquer de parti pris. Malheureusement, elle n'est pas toujours inoffensive et peut s'accompagner d'accidents variés. Je ne parle pas de l'infection du kyste et de sa transformation en un kyste suppuré, éventualité sérieuse, mais qui doit être évitée. Elle ne peut tenir qu'à une faute dans l'asepsie de l'opérateur et on n'en saurait incriminer la ponction en elle-même.

Si la ponction ne doit pas faire suppurer le kyste, elle peut, lorsque celui-ci l'est déjà, provoquer des accidents de péritonite. Les agents pyogènes peuvent, à la faveur de l'orifice créé par le trocart, pénétrer dans le péritoine et y déterminer une infection circonscrite, qui peut être grave, ou diffuse, qui peut être mortelle.

La blessure de quelque gros vaisseau ou d'un organe important est tout à fait rare. Mais il est assez fréquent d'assister à des accidents qu'il faut rapporter, faute d'explications plus satisfaisantes, à cette intoxication hydatique dont j'ai parlé plus haut. C'est ainsi que les poussées d'urticaire sont fréquentes après la ponction. Elles sont d'ailleurs sans gravité. Malheureusement, à côté de ces accidents d'une extrême bénignité, on peut voir évoluer tout à coup des phénomènes plus alarmants, et que rien, absolument rien, ne permet de prévoir. C'est un prurit plus ou moins intense, ce sont des nausées, du hoquet, des attaques épileptiformes, du collapsus cardiaque. C'est enfin la mort survenant rapidement, en vingt minutes dans un cas de Martineau (1), en vingt-cinq minutes dans un cas tout récent de Chauffard (2) qui a donné lieu, de la part de cet auteur, à une étude des plus intéressantes. C'est là un accident terrible et d'autant plus déconcertant que rien ne saurait le faire prévoir et qu'il survient dans les cas en apparence les plus bénins. Dans l'observation de Chauffard, il s'agissait d'un kyste simple, et la ponction avait été faite avec l'aiguille capillaire d'une seringue de Pravaz de 10 centimètres cubes.

Il n'est donc pas permis de considérer comme absolument inoffensive cette ponction exploratrice si bénigne en apparence, et qui, heureusement, reste telle dans l'immense majorité des cas. C'est pourquoi, si l'on tient compte des cas nombreux dans lesquels les renseignements qu'elle donne sont absolument négatifs, on comprend qu'elle perde de jour en jour du terrain et qu'elle tende de plus en plus à être rem-

(1) MARTINEAU, *Union méd.*, 1875.

(2) A. CHAUFFARD, *Sem. méd.*, 1896, p. 265.

placée par une opération plus sérieuse, mais en même temps plus certaine dans ses résultats et qui a ce grand avantage de constituer, le cas échéant, le premier temps d'une opération curative. Je veux parler de l'*incision exploratrice*.

C'est là, il faut bien le dire, une question délicate que celle du parti à prendre et du choix à faire entre la *ponction* et l'*incision exploratrice*. Si celle-ci a l'avantage de pouvoir être immédiatement suivie d'un traitement radical, celle-là peut aussi, dans certains cas, et qui ne sont pas rares, être considérée comme la première étape d'une méthode de traitement, le traitement par les injections parasitocides, qui a donné d'assez bons résultats pour qu'on la prenne en très sérieuse considération. Elle suffit même quelquefois pour amener la guérison, et c'est alors un résultat vraiment bien beau, obtenu à bien peu de frais.

Il n'est pas possible, malgré ses aléas, ses incertitudes et même ses dangers, de rejeter une méthode qui peut donner, dans certaines circonstances, des résultats aussi favorables, et je crois que le seul objet de la discussion doit porter, non point sur les avantages de l'incision sur la ponction ou réciproquement, mais bien sur les indications particulières de l'une ou de l'autre, suivant les cas en face desquels on se trouve, et aussi suivant les conditions du milieu dans lequel on opère.

Ainsi posée, la question semble assez facile à résoudre. On pourra donner la préférence à la ponction dans les kystes bien accessibles, faisant une saillie assez nette pour que l'aiguille qui doit les explorer ne puisse s'égarer, lorsqu'il est certain que la tumeur n'est pas située plus profondément qu'elle ne le paraît et que nul organe ne vient s'interposer entre elle et la paroi. Les kystes antéro-supérieurs constituent le type le plus parfait de ces tumeurs accessibles et favorables à la ponction. Lors, au contraire, qu'il y a quelque doute, non seulement sur la nature, mais encore sur le siège de la tumeur, lorsqu'elle semble trop profonde, lorsqu'elle paraît mobile, lorsqu'on ignore en un mot ses rapports avec la paroi, mieux vaut incontestablement inciser celle-ci pour aller voir ce qu'il y a derrière elle. Dans ces cas, la laparotomie qui, en somme, lorsqu'elle est faite dans de bonnes conditions, n'est pas beaucoup plus grave qu'une ponction simple, est beaucoup plus sûre, parce qu'elle permet de voir ce que l'on fait. Dans les autres cas, malgré l'obscurité de la ponction, malgré les accidents qu'elle peut entraîner, je comprends très bien qu'on l'emploie, car c'est une opération si simple, si commode, si pratique, qu'elle est sous ce rapport bien préférable à l'incision exploratrice, qui nécessite tous les préparatifs d'une grande opération.

En résumé, je dirai donc : la ponction exploratrice sera réservée aux cas où la tumeur est bien accessible, superficielle, rétro-pariétale, et dans lesquels il sera, pour une raison quelconque, difficile

ou impossible d'entreprendre une opération aussi délicate qu'une laparotomie exploratrice.

Dans tous les autres cas, tumeur profonde, mobile, à siège incertain, on choisira l'incision, mais en se préparant à tout et en ne l'entreprenant qu'avec la résolution bien arrêtée de la faire suivre, si la nature de la tumeur s'y prête — et un kyste hydatique doit s'y prêter dans tous les cas, — d'une opération complète destinée à guérir le mal aussitôt qu'il aura été reconnu.

Je n'ai rien dit encore d'une méthode de diagnostic tout à fait particulière, qui n'a point encore fait ses preuves, mais dont nous avons le droit d'espérer les plus grands résultats. Je veux parler de la *radiographie*. Le temps n'est sans doute pas éloigné où elle nous permettra d'apprécier la déformation du foie, le siège du kyste hydatique, et peut-être même de reconnaître la multiplicité des tumeurs. Les résultats actuellement obtenus ne sont pas encore assez nets pour qu'il me soit permis de m'étendre davantage sur cette méthode qui a déjà donné des résultats admirables et qu'il y a deux ou trois ans à peine personne n'eût osé concevoir.

**Pronostic.** — Abandonné à lui-même, un kyste hydatique du foie a toutes les chances possibles d'entraîner la mort du malade. Bien qu'il puisse y avoir des cas dans lesquels la guérison spontanée survient par mort de l'hydatide ou ouverture dans quelque organe, ils sont trop exceptionnels pour qu'on ait le droit de compter sur eux. Mais le traitement donne de si beaux résultats, il est si souvent suivi d'une guérison radicale, qu'il est aujourd'hui presque permis de considérer comme une affection bénigne tout kyste du foie *reconnu*. A la condition cependant qu'on ne perde pas un temps précieux et que l'intervention suive de près le diagnostic.

**Traitement.** — La liste des méthodes, procédés et sous-procédés par lesquels on a cherché à attaquer les kystes hydatiques du foie est des plus importantes, et je me garderai bien de me lancer dans l'énumération de tous ceux qui sont aujourd'hui voués à l'oubli.

Personne ne songe plus au traitement interne, et les médicaments, depuis les vermifuges jusqu'à l'iodure de potassium, en passant par l'huile empyreumatique, le pétrole et le calomel, n'ont très certainement d'autre effet que de délabrer l'estomac.

Les topiques locaux, emplâtres, révulsifs, caustiques et onguents, font peut-être moins de mal, mais ne font pas plus de bien. Il ne saurait plus être question de ces procédés.

Deux méthodes, qui peuvent l'une et l'autre se réclamer de nombreuses guérisons, peuvent être appliquées dans la cure de cette affection. L'une consiste à provoquer la mort de l'hydatide sans s'occuper ensuite de son cadavre, qui se calcifie et s'enkyste au milieu du tissu hépatique qui le tolère indéfiniment, l'autre s'attaque au kyste lui-même, et s'efforce, par des procédés divers, d'amener son

élimination définitive. Elles méritent toutes deux d'être sérieusement discutées.

J'étudierai d'abord les divers procédés qui cherchent à provoquer la mort du parasite.

**PONCTION SIMPLE, ÉLECTROLYSE, PONCTION ASPIRATRICE.** — La *ponction simple* de Jobert (de Lamballe), admissible à l'époque où il l'a proposée et pratiquée, n'a que les inconvénients de la ponction aspiratrice sans en avoir les avantages.

L'*électrolyse*, appliquée d'abord en Islande par Thorerensen, puis en Angleterre par Hilton Fagge et Durham, préconisée par Henrot et Apostoli, a certainement donné des succès, et il n'est pas déraisonnable de penser que le passage d'un courant galvanique dans l'intérieur d'un kyste puisse être mortel pour l'hydatide et peut-être même pour les vésicules filles.

Les insuccès ne sont pas rares, témoins les cas de Semmola et de Dujardin-Beaumez, et si la méthode n'est pas responsable du cas mortel de Leube, due à une suppuration et par conséquent à une faute d'asepsie qui eût pu se produire avec un autre procédé, elle est certainement douloureuse et ne présente en somme aucun avantage sur d'autres méthodes qui, tout en étant aussi inoffensives et au moins aussi efficaces, ont l'avantage d'être plus simples et plus universellement applicables.

L'apparition des aspirateurs de Dieulafoy et de Potain a complètement transformé la fortune de la *ponction*. D'une opération mal réglée, aléatoire, à peu près aveugle et parfois dangereuse, elle a fait une opération régulière, à peu près sûre dans sa technique et presque inoffensive. Hors les cas où des membranes hydatiques viennent obstruer le trocart, l'aspiration du liquide se fait facilement et l'évacuation à peu près complète est la règle. Aussi la *ponction aspiratrice* simple, qui dans des cas très authentiques a suffi à la guérison, a-t-elle, il y a quelques années, retrouvé beaucoup de partisans.

Elle est cependant passible d'assez nombreuses objections qui expliquent et légitiment la défaveur dans laquelle elle est de nouveau tombée, au moins en tant que méthode curative.

D'abord, s'il y a un certain nombre de guérisons incontestables, il y en a beaucoup qui restent douteuses, les malades ayant été perdus de vue peu de temps après l'époque de leur guérison apparente, et comme il en est quelques-uns qui ont dû subir plus tard une laparotomie secondaire, il est bien probable que beaucoup de malades portés comme guéris ne l'ont été que momentanément (1). Il faut donc accueillir avec quelques réserves les faits

(1) Voir à ce sujet, pour les observations, la thèse de Potherat. Paris, 1889.

de Degoix (1), qui cite 15 guérisons, et les 30 succès de Murchison (2). D'ailleurs, il est bien évident que, dans les cas fréquents où le kyste est rempli d'hydatides de volume variable, la ponction ne saurait les vider ou les tuer toutes et que l'opération reste forcément incomplète. Quant aux accidents qui peuvent survenir, infection, suppuration, écoulement du liquide dans le péritoine, ils ne sont pas particuliers à la méthode de la ponction simple et viennent aussi bien grever la méthode de la ponction suivie d'injections parasitocides. Ces dangers, d'ailleurs rares, ne sauraient être portés au passif de la méthode, puisqu'ils se retrouvent dans tous les procédés. Ce que l'on peut, ce que l'on doit reprocher surtout à la ponction simple, c'est son insécurité, c'est son insuffisance trop fréquente, qui doit lui faire préférer, dans des conditions analogues et malgré son extrême simplicité, la ponction suivie de l'injection intrakystique de substances parasitocides, qui lui est incontestablement supérieure. La ponction simple ne saurait être recommandée comme moyen de traitement. Elle ne doit plus être employée que comme moyen d'exploration, dans les conditions spécifiées plus haut. Encore le chirurgien devra-t-il toujours être prêt à la compléter par une injection toxique, au cas où elle permettrait de reconnaître avec certitude la présence du kyste hydatique.

PONCTION SUIVIE D'INJECTION PARASITOCIDE : PROCÉDÉS DE BACELLI, DE DEBOVE, DE HANOT. — La *ponction aspiratrice suivie de l'injection de substances parasitocides* est une méthode de grande valeur. L'idée de tuer l'hydatide par l'injection de certaines substances est déjà ancienne. Auguste Voisin, sous l'inspiration de Dolbeau, avait en 1857 injecté de la bile, réalisant ainsi artificiellement ce qui s'observe quelquefois au cours de l'évolution naturelle des kystes; Boinet avait employé la teinture d'iode, et ces deux procédés, le dernier surtout, ont donné des succès. Mais ils étaient infidèles et souvent dangereux. L'aspiration est venue les faciliter et régulariser leur action, surtout depuis qu'on a substitué à ces liquides des substances plus énergiques et en particulier le sublimé. Cette méthode, qui porte le nom de Bacelli, était pour ainsi dire dans l'air, car un certain nombre d'opérations ont été faites à peu près à la même époque par des médecins différents. Mesnard (de Bordeaux) avait même, dès 1884 (3), lavé un kyste suppuré avec un litre et demi de sublimé et obtenu une guérison complète. Sennet (4) avait employé en même temps que Bacelli un procédé identique. Quoi qu'il en soit,

(1) DEGOIX, thèse de Paris, 1877.

(2) Cité par MINJAR, thèse de Lyon, 1889 (on trouvera dans cette thèse des indications bibliographiques très complètes).

(3) MESNARD, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1884.

(4) SENNET, *The Lancet*, 18 juin 1887.

Bacelli (1), après avoir évacué par aspiration environ 20 grammes de liquide hydatique, le remplaça par une égale quantité d'une solution de sublimé à 1 p. 1000. Cela suffit pour tuer l'hydatide, au moins dans un certain nombre de cas, car il y a des observations assez nombreuses de guérisons incontestables.

Debove (2), qui a repris la question en France et s'en est très sérieusement occupé, a modifié le procédé de Bacelli. Il évacue la plus grande quantité possible de liquide, puis il le remplace par une quantité assez considérable de liqueur de Van Swieten — 500 grammes en trois fois, dans son premier cas — qu'il aspire à son tour après l'avoir laissée quelque temps. Il s'agit donc là, en réalité, d'un véritable lavage. Il a également employé, dans son second cas, un litre d'une solution de sulfate de cuivre à 5 p. 100 et a finalement proposé d'injecter simplement 100 grammes de liqueur de Van Swieten, que l'on retire au bout de dix minutes.

Hanot, enfin, combine les deux procédés précédents en faisant une évacuation aussi complète que possible et en injectant ensuite dans l'intérieur du kyste une dose assez faible de sublimé à 1 p. 1000 — 30 ou 40 grammes au maximum. De sorte qu'on se trouve ainsi en présence de trois procédés un peu différents les uns des autres.

Le procédé de Bacelli, dans lequel on injecte du sublimé à dose non toxique sans évacuation préalable du kyste; le procédé de Debove, dans lequel, après évacuation du kyste, on injecte une forte dose de sublimé que l'on retire ensuite; le procédé de Hanot, dans lequel, après évacuation aussi complète que possible, on abandonne dans le kyste du sublimé à dose non toxique.

Bien que ces procédés aient donné les uns et les autres de beaux succès, il semble bien que le dernier, celui de Hanot, soit préférable aux deux autres. On peut, en effet, reprocher au procédé de Bacelli de ne pas suffisamment diminuer la pression intrakystique et de permettre une facile irruption dans le péritoine de ce liquide sous pression, liquide qui peut être infecté, et qui en tous cas est toxique. Quant au procédé de Debove, qui obvie à ce réel inconvénient, il en présente un tout aussi sérieux car la dose toxique de sublimé injecté peut fort bien, à la suite de l'oblitération de l'aiguille ou de toute autre raison, rester emprisonnée dans le kyste, sans qu'il soit possible de l'aspirer de nouveau, et il peut y avoir de ce fait des accidents d'intoxication graves et même mortels. Cette éventualité redoutable avait même conduit Chauffard et Juhel-Rénoy à remplacer le sublimé par une solution saturée de naphtol. Mirande (3) s'en montre enthousiaste; il ne semble cependant pas que le cas de Juhel-Rénoy, qui a nécessité dix ponctions, soit très encourageant. D'autre part, les insuccès

(1) BACELLI, *Riforma medica*, 11 juin et 30 août 1887.

(2) DEBOVE, *Soc. méd. des hôp.*, 12 octobre 1888.

(3) MIRANDE, thèse de Bordeaux, 1890.