

sont nombreux, et Segond (1) l'a employé deux fois sans aucun bénéfice; aussi préfère-t-il de beaucoup le sublimé. Avec ce dernier parasiticide, la plupart des accidents, ceux tout au moins qui tiennent aux procédés de Bacelli et de Debove, peuvent être évités presque à coup sûr par le procédé de Hanot. En injectant, après évacuation, une dose non toxique de sublimé, on aura en effet toutes chances, grâce à la vigueur du poison, de tuer l'hydatide sans tuer le malade par irruption dans le péritoine, ou absorption directe à travers la paroi kystique. Les résultats, au dire de Morin (2), qui a fait du procédé de Hanot une étude complète, en sont vraiment très encourageants. Ils seraient même tout à fait remarquables s'il n'était pas permis de penser qu'un certain nombre de cas considérés comme guéris ont peut-être donné lieu, plus tard, à une récurrence. Sur 27 kystes, dont 11 suppurés, il n'y aurait eu en effet que deux succès relatifs. J'avoue que ces résultats me semblent trop beaux et me laissent convaincu qu'une observation plus prolongée eût peut-être un peu abaissé cette proportion magnifique. Il semble en effet bien difficile d'admettre que des kystes pleins de vésicules filles, et surtout des kystes suppurés, impossibles par conséquent à évacuer, puissent guérir aussi facilement, même après la mort des hydatides secondaires, et l'on sait d'autre part combien ces kystes sont fréquents. Il n'en est pas moins vrai qu'en admettant la possibilité et même la probabilité d'un certain nombre de récurrences, les résultats thérapeutiques sont encore remarquables et méritent d'être pris en très sérieuse considération.

La *technique* d'une opération aussi efficace est assez simple pour que personne n'ait à reculer devant son exécution. Nul, en effet, ne saurait être rendu responsable des accidents étranges qu'elle peut parfois entraîner: urticaire, collapsus, mort rapide; ils échappent à toute prévision, à toute précaution, à toute compétence, et peuvent survenir entre les mains du plus habile. Il n'y a qu'un accident dont l'opérateur puisse être l'auteur direct et responsable, c'est l'infection. Aussi prendra-t-on toutes ses précautions pour l'éviter; mais si elles sont faciles et presque élémentaires, il faut les prendre, et bien savoir que nul n'a le droit de pratiquer dans un foie une ponction exploratrice, évacuatrice ou curative, s'il n'est sûr de son asepsie. J'insiste sur ce point parce que, dans ces opérations en apparence insignifiantes, on se laisse naturellement aller à négliger certaines précautions qu'on ne manquerait pas de prendre s'il s'agissait d'une opération plus importante. La paroi doit être nettoyée, les mains désinfectées, l'aiguille stérilisée, comme s'il s'agissait

(1) P. SEGOND, *Traité de chir.*, publié sous la direction de Duplay et Reclus, t. VI, 1898, p. 1060.

(2) MORIN, thèse de Paris, 1891.

d'une laparotomie véritable. Dans ces conditions, on aura fait tout ce qu'il est humainement possible de faire pour éviter les complications évitables, et si le malheur veut qu'un accident d'ordre non infectieux vienne à se produire, nul n'aura rien à dire et l'opérateur lui-même n'aura rien à se reprocher.

C'est le trocart moyen de Dieulafoy ou de Potain qu'on choisira. Il est assez gros pour permettre une évacuation assez rapide du liquide tout en ne faisant à la paroi kystique qu'une insignifiante piqûre. Il sera donc enfoncé sur le point culminant de la tumeur que fixe la main gauche. La main droite, qui le pousse délibérément, ne s'arrête que lorsqu'on juge qu'il a pénétré à la profondeur convenable. En lui imprimant de légers mouvements dans tous les sens, on verra si son extrémité est libre et si, par conséquent, elle plonge dans une cavité. Puis on aspire la plus grande quantité possible de liquide, en ayant toujours soin, à mesure qu'il s'écoule, de déprimer la paroi abdominale et de la repousser dans la profondeur afin de l'empêcher de perdre le contact du kyste. L'écoulement peut se continuer sans interruption jusqu'à la fin. Il est plus ordinaire de le voir s'interrompre. Cette interruption peut tenir à l'obstruction du trocart par quelque débris de membrane. Il est alors assez facile de le désobstruer. Mais si les vésicules filles sont nombreuses, leur paroi viendra sans cesse oblitérer l'orifice du trocart aspirateur et l'évacuation du kyste pourra être impossible. Parfois, l'interruption est due à ce que la paroi de la poche kystique elle-même vient au contact de l'extrémité du trocart. Quelques petits mouvements, un léger retrait de celui-ci permettront à l'écoulement de se reproduire.

Dès que l'évacuation sera jugée complète, ou tout au moins aussi complète que possible, on injectera par le trocart une vingtaine de grammes de liqueur de Van Swieten et on retirera vivement l'instrument en abandonnant dans la poche le liquide injecté. Quelques gouttes de collodion oblitéreront la piqûre extérieure. Un pansement ouaté compressif, maintenu par un bandage de corps, sera mis en place, et le malade sera pendant quelques jours tenu dans une immobilité rigoureuse.

Le *procédé de Debove* est presque identique. Il ne diffère de celui-ci que parce que l'injection est plus abondante et que, dès qu'elle est faite, on se garde bien de retirer le trocart. On le laisse en place et quelques minutes après on aspire de nouveau en enlevant cette fois le liquide toxique. On peut ainsi faire un véritable lavage de la poche dans laquelle on fait passer parfois, après le sublimé, une certaine quantité d'eau bouillie ou même encore d'eau salée destinée à enlever l'excès de sublimé et à prévenir des accidents d'intoxication possible.

Quant au *procédé de Bacelli*, le plus simple de tous, il peut se faire avec une seringue d'une capacité de 20 centimètres cubes environ. On enfonce dans le kyste l'aiguille fine qu'elle porte, on aspire jusqu'à

ce que la seringue soit pleine, puis, laissant l'aiguille en place, on vide la seringue qu'on emplit de nouveau de la solution à injecter; on pousse alors celle-ci dans le kyste où on l'abandonne.

J'ai dit plus haut pourquoi c'est au procédé de Hanot qu'il faut donner la préférence.

OUVERTURE DU KYSTE. PROCÉDÉS ANCIENS. — *L'ouverture du kyste, l'évacuation de son contenu, et, si possible, l'enlèvement immédiat de la poche kystique elle-même*, tel est le traitement vraiment chirurgical que je vais maintenant exposer. Il n'a pas seulement pour but, comme les méthodes précédentes, de tuer l'hydatide. Il se propose d'amener son élimination définitive.

Bien que Ledran, dès 1737, semble être le premier qui ait ouvert un kyste hydatique du foie, c'est, en réalité, à Récamier qu'il faut attribuer l'honneur d'avoir le premier, en 1825, préconisé cette méthode. Bien que cet éminent chirurgien ait été sur beaucoup de points un hardi précurseur, il ne pouvait pas ne pas être de son temps, et c'est avec la potasse caustique qu'il pénétrait jusque dans la cavité de l'abcès. Cette méthode avait l'avantage, précieux pour l'époque, de déterminer des adhérences entre le péritoine hépatique et le péritoine pariétal et d'éviter ainsi l'ouverture de la séreuse. Les caustiques étaient lents et douloureux; aussi Récamier proposa-t-il lui-même de modifier son procédé et d'inciser jusqu'à la séreuse, en appliquant alors la pâte caustique pour provoquer des adhérences. Dès que celles-ci étaient établies, dans un second temps, on incisait le kyste.

En 1830, Bégin mit en pratique ce procédé et lui donna son nom. Nous verrons que beaucoup plus tard il nous revint d'Allemagne, baptisé du nom de Volkmann, son rénovateur d'outre-Rhin.

Le procédé par les caustiques avait trop d'inconvénients pour qu'on ne lui en substituât pas un autre. Jobert de Lamballe, puis Dolbeau et surtout Boinet (1859) préconisèrent la ponction avec un gros trocart laissé à demeure et par où les hydatides s'échappaient tant bien que mal au dehors. Mais rien n'était plus incertain que cette évacuation et Boinet lui-même, Simon, Küster, Verneuil employèrent longtemps le procédé de la *double ponction*, faite en général avec deux trocarts enfoncés à 3 centimètres l'un de l'autre. Au bout de quelques jours, les adhérences étant établies, les deux orifices étaient réunis par une incision au bistouri ou au thermocautère, donnant ainsi une large ouverture et permettant un drainage relativement facile.

Tous ces procédés, encore en faveur il y a quelques années à peine, ont aujourd'hui vécu. Il en est de même des modifications de détails que certains chirurgiens, et en particulier Tillaux, leur avaient fait subir. Il en est de même du procédé de Volkmann, identique d'ailleurs à celui de Bégin, à cela près que la pâte de Vienne est remplacée

par un pansement antiseptique, et qui fut accueilli chez nous avec d'autant plus de faveur qu'il était passé par l'Allemagne pour revenir en France.

INCISION EN UN TEMPS. — Il n'y a plus aujourd'hui qu'une méthode, *l'incision du kyste en un temps*. Encore est-elle suivie de résultats fort différents suivant qu'après incision du kyste on le suture à la paroi d'après un procédé identique à celui qu'on emploie pour les abcès du foie, ou, au contraire, qu'on le réduit dans le ventre après avoir oblitéré la cavité du kyste.

Le premier procédé, celui de *l'ouverture et de la marsupialisation du kyste*, est celui de Lindemann, dont le premier cas remonte à 1871, légèrement perfectionné par Landau, appliqué dès 1876 par Sanger, exposé tout au long dans la thèse de Kirchener en 1879 et bien vite adopté par Lawson Tait. Il est assez extraordinaire qu'il n'ait guère été appliqué en France que vers 1885, où il a été d'ailleurs immédiatement adopté par tous les chirurgiens et où le temps perdu a, depuis cette époque, été largement rattrapé, malgré l'apparition de la méthode de Bacelli-Debove qui, vers 1888, a menacé de remplacer dans bien des cas cette incision directe.

PROCÉDÉ DE PIERRE DELBET. INCISION ET SUTURE SANS DRAINAGE. — Mais voici que tout récemment Pierre Delbet (1) nous a fait connaître un autre procédé que je crois, pour ma part, de beaucoup préférable au précédent, et qui, j'en ai la conviction, est destiné à le remplacer, au moins dans un très grand nombre de cas. C'est *l'incision suivie de l'extirpation de la vésicule mère et de la suture du kyste sans drainage*. Thornton en 1883, Bond en 1891, et enfin Billroth, avaient mis en pratique avec quelques variantes cette manière de faire. Mais leurs opérations étaient restées isolées et absolument inconnues en France lorsque Pierre Delbet, ignorant ces tentatives antérieures, imagina de son côté cette opération, à laquelle il ajouta même un perfectionnement sérieux, le *capitonnage* du kyste destiné à faire disparaître sa cavité avant de la suturer et de la réduire. Peu de temps après la première opération de Delbet, qui eut lieu le 13 décembre 1895, Posadas (2) publia quatre observations identiques. Depuis cette époque, Nélaton et Chaput y ont eu recours, il est devenu presque courant en Australie où Hamilton-Russel, Poulton, Barnett, Moore, Sterling en ont publié d'assez nombreuses observations. Enfin Baraduc (3) vient de lui consacrer une très intéressante thèse qui nous montre avec une véritable évidence les avantages de cette méthode. Le temps me paraît donc venu de donner au pro-

(1) PIERRE DELBET, *Acad. de méd.*, 18 février et 28 mai 1896.

(2) ALEX. POSADAS, *Anales del circ. medic. Argentino*, 31 déc. 1895.

(3) FRANK BARADUC, *Traitement des kystes hydatiques abdominaux*, thèse de Paris, 1898.

cédé de Delbet, dans les livres classiques, la place qu'il mérite, c'est-à-dire la première, car j'ai la conviction que, lorsqu'il sera bien connu, il ne pourra que s'enrichir de tout ce que perdra le procédé, aujourd'hui presque universel, d'ouverture et de marsupialisation. Le procédé de Lindemann-Landau, s'il constitue un progrès inappréciable sur les procédés antérieurs, a cependant des inconvénients. S'il est en général suivi de guérison, celle-ci est toujours lente et il est commun de rencontrer des fistules interminables ou des éventrations toujours pénibles. Il n'est, en outre, pas très rare de voir la suppuration de la poche entraîner peu à peu une cachexie mortelle. Ce sont là des faits qu'on peut constater lorsqu'on prend la peine de rechercher et de revoir les opérés longtemps après leur sortie de l'hôpital.

Si l'on juge le procédé de Pierre Delbet par les 20 cas analysés avec soin dans la thèse de Baraduc on trouve d'abord 18 guérisons, survenues, ce qui est, en l'espèce, fort important, dans un laps de temps variant de huit jours à un mois. Il n'y a ni fistules persistantes, ni éventration consécutive. Les deux derniers cas ont suppuré. Il n'en est résulté que la nécessité de rouvrir la plaie et la poche kystique, comme un abcès du foie. Encore un de ces deux cas, dans lequel, au moment de l'opération, le liquide était trouble, n'aurait-il pas dû être traité par la réunion sans drainage, mais bien par l'ancien procédé de marsupialisation. Enfin, sur ces vingt malades, on ne trouve aucun cas de mort.

Il me semble donc incontestable, en présence de résultats aussi bons, qu'on ne saurait hésiter et qu'il faut employer ce procédé toutes les fois qu'il est applicable. Il y a évidemment une contre-indication absolue : c'est l'existence d'un kyste suppuré. Celui-ci doit être largement ouvert et suturé à la paroi. L'incrustation de la poche kystique par des sels calcaires, d'ailleurs rare, pourrait, dans certains cas, rendre impossibles le capitonnage de la poche et son oblitération. De même l'existence d'une hémorragie dans l'intérieur du kyste rendrait imprudentes sa suture et sa réduction. La zone fibreuse qui entoure la vésicule mère est très pauvre en vaisseaux, et si on a eu soin d'enlever cette vésicule sans violence, sans grattages, ce qui est en général facile, on obtient une poche sèche, que le capitonnage transforme en une cavité virtuelle, et dans laquelle il ne se fait pas d'hémorragie.

Une fistule biliaire intrakystique pourrait également s'opposer à la réduction sans drainage. Encore cette contre-indication n'est-elle pas absolue et Delbet a pu oblitérer, par une suture, une fistule analogue et fermer ensuite la poche et la paroi abdominale.

La technique de cette opération est d'ailleurs beaucoup plus simple qu'on ne pourrait le croire. L'incision, faite au point le plus saillant de la tumeur, est poursuivie jusqu'au péritoine, qui est lui-

même divisé. Lorsqu'il existe des adhérences, ce qui n'est pas très rare, surtout lorsque l'opération a été précédée d'une ponction antérieure, on peut arriver jusque dans l'intérieur de la poche sans reconnaître le péritoine confondu avec la capsule du kyste et qu'on traverse sans s'en douter. Dans la plupart des cas les adhérences n'existent pas et, dès qu'on a ouvert le péritoine, on aperçoit la tumeur. Elle est en général arrondie, de couleur blanchâtre, d'aspect fibreux, mais quelquefois, lorsqu'elle est profondément située dans le foie, elle ne fait que soulever le tissu hépatique, qui apparaît alors avec sa couleur et ses caractères normaux. Il faut le traverser pour arriver jusqu'au kyste. L'incision de cette lame hépatique est plus émouvante que dangereuse. Il n'est même pas besoin, à lire les observations, d'employer le thermocautère. Le bistouri est plus expéditif et n'est pas plus dangereux. L'hémorragie est en général insignifiante et s'arrête facilement par compression ou par tamponnement.

En tout cas, il est bon de ponctionner la poche. La dimension du trocart variera avec celle du kyste. Le plus gros trocart de l'aspirateur de Potain est en général suffisant. Si le kyste est uniloculaire, il peut se vider en presque totalité; s'il est rempli d'hydatides, il ne s'écoulera que fort peu de liquide, assez cependant pour que la tension intrakystique ait sensiblement diminué et pour qu'il soit possible de plisser sa paroi et de la saisir avec une pince à kyste qui obtièrè en même temps l'orifice dû au trocart. On attire alors la paroi kystique au dehors, mais toutes ces manœuvres doivent être faites avec une extrême douceur, car l'enveloppe du kyste est friable. Elle risque de se déchirer, et se déchire assez souvent.

Protégeant alors le péritoine en cas de rupture ou d'écoulement du liquide, on incise largement la poche. L'ouverture doit être proportionnée à la dimension du kyste; il faut qu'elle soit suffisamment large pour qu'on puisse aisément nettoyer l'intérieur de la poche. On vide alors celle-ci des vésicules filles qu'elle peut contenir. Puis, et c'est là un point très important, on enlève la vésicule mère, avec sa membrane germinative grenue et la lame élastique qui la double. Cette extirpation est presque toujours facile, parce qu'il n'y a pas d'adhérences entre la membrane élastique, qui appartient à l'hydatide, et la membrane adventice, qui appartient au foie. Parfois, la vésicule mère se détache spontanément, ou très facilement au niveau des lèvres de l'incision, et on peut l'enlever d'un seul coup en totalité, en emportant avec elle un certain nombre des vésicules filles qu'elle peut contenir. Souvent elle se déchire, et on l'enlève en plusieurs fois. En tout cas, affirme Delbet, cette extirpation n'a jamais rencontré de difficultés sérieuses, à condition qu'on ne s'attaque pas à la coque conjonctive qui double la vésicule mère.

Quand tout est enlevé, il reste une poche intrahépatique, formée par

la membrane adventice. Elle doit être soigneusement asséchée avec des éponges, mais avec douceur et sans aucun grattage, afin d'éviter les hémorragies. Il est absolument inutile, dans cette poche aseptique, d'injecter un liquide antiseptique quelconque, qui ne pourrait que l'irriter et provoquer des sécrétions ultérieures.

On pourrait alors, à l'exemple de Thornton, suturer l'ouverture kystique et fermer le ventre. Mais c'est ici que se place la manœuvre recommandée par Pierre Delbet et qui a pour but de supprimer la cavité kystique, ou tout au moins de la transformer en une cavité virtuelle. C'est le *capitonnage* de la cavité.

« Le capitonnage consiste à accoler les deux parois par des fils de catgut passés dans leur épaisseur. Avec des aiguilles à pédale, coudées et très courbes, on passe un gros catgut dans l'une des parois. Ce fil entre et sort par la face interne, embrochant une épaisseur de tissu suffisante pour que ce point d'appui soit solide. Il n'est pas nécessaire que cette épaisseur soit considérable, car la membrane adventice est résistante; quelques millimètres suffisent. En revanche, on s'applique à ce que l'aiguille chemine longuement dans la paroi, de façon que les orifices d'entrée et de sortie soient éloignés de 1 centimètre et demi à 2 centimètres et même davantage. On passe ensuite le même fil, de la même façon, au point symétrique de la paroi opposée. Les deux chefs du fil sont saisis dans des pinces. Il ne faut pas faire le nœud immédiatement, car il deviendrait alors presque impossible de passer les autres fils.

« On place ainsi deux, trois ou quatre fils, en commençant par les plus profonds (1). »

On noue alors ces fils qui rapprochent l'une et l'autre les parois opposées du kyste et suppriment la cavité. Le capitonnage terminé, les lèvres de l'incision hépatique sont suturées par un surjet, et si les parois au niveau de l'incision sont assez souples pour se laisser plier, par une suture de Lembert. On fera, au besoin, une résection plus ou moins étendue des lèvres de la plaie.

Il ne reste plus qu'à réduire le tout dans le ventre et à fermer la plaie abdominale. Le foie n'adhère point ainsi à la paroi et peut se rétracter sans difficultés.

La guérison survient dans un délai qui a varié de huit jours à un mois.

Tel est le procédé idéal.

PROCÉDÉ DE LINDEMANN-LANDAU. MARSUPIALISATION. — Le procédé de Pierre Delbet n'est pas toujours applicable. Si le kyste est purifié, ou simplement si le liquide est louche, il doit être systématiquement rejeté. Dans ces conditions, on pratiquera la *marsupialisation*

(1) Pierre DELBET, Leçons cliniques, et thèse de Frank BARADUC, p. 60.

qui, d'ailleurs, est, même pour les kystes simples, le procédé le plus généralement employé. Je ne puis pas ne pas la décrire.

Le kyste est ouvert et vidé absolument comme dans le procédé que je viens de décrire. On met seulement moins de soin à l'évacuer et à enlever la vésicule mère, dont on abandonne souvent des lambeaux qui s'élimineront plus tard. Il faut alors fixer, par un certain nombre de points de suture, la paroi kystique, qui tend toujours à disparaître dans la profondeur, et qui doit, au contraire, rester largement béante au dehors, de façon à permettre une évacuation facile. Pour cette suture, le fil qui coupe le moins est certainement le meilleur. Rien ne vaut la soie plate d'un assez gros volume. Les fils doivent traverser toute l'épaisseur de la paroi kystique; quant à la paroi abdominale, elle sera traversée suivant son épaisseur, en tout ou en partie. L'essentiel, c'est que le péritoine pariétal soit bien appliqué au péritoine qui recouvre la paroi du kyste, et que la suture soit solide. Si une partie de la poche se laisse facilement attirer à l'extérieur, il y aura avantage à l'exciser, à moins qu'elle ne soit très friable. Il vaut mieux, dans ce cas, éviter toute traction qui risque de déchirer la paroi. Il ne reste plus qu'à provoquer, soit par des lavages abondants, soit par des manœuvres directes, l'évacuation complète de tout le contenu du kyste. Celui-ci se rétracte alors rapidement et sa cavité diminue de plus en plus. Il faut que le drainage soit bien établi et que l'ouverture, qu'on aura eu soin de faire assez large, soit maintenue béante.

Dans ces conditions, une suppuration s'établit qui dure plus ou moins longtemps. Parfois sortent des débris d'hydatides ou même des hydatides entières oubliées dans la poche. Peu à peu, la paroi du kyste lui-même, l'hydatide mère avec sa couche élastique et sa membrane interne, se dissocie, se fragmente et s'élimine. Quelquefois de grands lambeaux sont expulsés d'un seul coup. Il peut même arriver, lorsqu'on n'a pas essayé d'enlever la vésicule mère au moment de l'opération, de voir la poche entière se laisser attirer au dehors et s'éliminer en masse. Ces cas heureux sont assez exceptionnels et l'oblitération définitive de la poche peut se faire attendre longtemps. Il n'est pas rare, en effet, de voir des fistules ne se tarir qu'au bout de plusieurs mois. On observe aussi quelquefois une *cholérragie* plus ou moins abondante et, surtout dans les kystes à ouverture transpleurale, on peut voir les fistules rebelles s'accompagner d'une *carie costale* qui nécessite une opération ultérieure.

Pour les kystes *postéro-inférieurs*, la *voie lombaire* est certainement la meilleure. On incisera, là encore, au point le plus saillant, en passant autant que possible le long du bord de la masse sacro-lombaire et du carré des lombes. Dans un grand nombre de cas, un diagnostic incomplet fait qu'on aborde ces kystes par la voie

abdominale antérieure. Il vaut mieux, je le répète, passer en arrière, ne fût-ce que pour faciliter le drainage, et Segond (1) en cite deux cas très instructifs dans lesquels, après avoir incisé par la voie abdominale, il ne put obtenir la guérison qu'en pratiquant ultérieurement une incision lombaire.

Les kystes *postéro-supérieurs* présentent, au point de vue du traitement par l'incision, un intérêt particulier. Ils se développent en effet, en refoulant le diaphragme du côté de la cavité thoracique, dans laquelle ils sont pour ainsi dire inclus. Ils peuvent n'avoir ainsi aucune espèce de rapports avec la paroi abdominale dont ils sont sensiblement éloignés et viennent, au contraire, s'appliquer sous la face interne de la paroi costale, dont ils sont séparés par le diaphragme et le cul-de-sac pleural qui vient en ce point s'enfoncer entre la paroi et cette cloison musculaire.

L'incision au point le plus saillant et le plus superficiel, sur la paroi costale par conséquent, sera donc le chemin le plus court et le plus direct pour arriver jusqu'au kyste. Il sera nécessaire, pour pénétrer jusqu'à lui, d'entrer dans le cul-de-sac pleural et de traverser le diaphragme. Telle est la *voie transpleurale* ou mieux encore *transpleuro-diaphragmatique*, employée pour la première fois, en 1879, par Israël, qui fit une opération en 3 temps, puis par Genzmer, qui fit l'opération en un seul temps, par Bulau, Owen, et en France par Segond, qui a brillamment défendu cette méthode au Congrès de 1888, par Maunoury (2), etc. Cette voie transpleurale n'a pas, en réalité, les inconvénients qu'on pourrait redouter au premier abord. Il y a d'abord assez souvent des adhérences qui unissent le feuillet costal de la plèvre à son feuillet diaphragmatique et qui font que le kyste est atteint sans que la cavité de la séreuse ait été véritablement ouverte. Lorsque ces adhérences n'existent pas, et qu'il faut, bon gré mal gré, entrer dans la plèvre, les accidents qui en résultent sont à peu près nuls.

Il est bon, comme partout, de se donner du jour et d'opérer à son aise. On n'hésitera donc pas à réséquer autant de côtes qu'on le jugera nécessaire. Une ou deux suffisent, en général, pour mener l'opération à bien. Lesquelles? Il n'y a aucune règle à cet égard. Cela dépend du point où le kyste proémine le plus nettement. Cependant, c'est en général sur la partie moyenne des 8^e et 9^e côtes qu'on fera porter l'intervention.

Les côtés réséqués, on se trouve sur le feuillet pariétal de la plèvre. S'il y a des adhérences oblitérant le cul-de-sac costo-diaphragmatique, on n'aura qu'à inciser tranquillement le diaphragme et la paroi

(1) P. SEGOND, *Traité de chir.*, publié sous la direction de Duplay et Reclus, t. VI, 1898, p. 1063.

(2) Voy. Th. BERGADA, De l'incision transpleurale appliquée aux kystes hydatiques. Paris, 1889.

du kyste pour l'ouvrir et l'évacuer. Si le cul-de-sac semble libre, il sera bon de prendre quelques précautions, car, enfin, s'il ne faut pas s'effrayer outre mesure de la production d'un pneumo-thorax, il est bon de se mettre autant que possible en garde contre lui. On aura donc soin de déprimer le feuillet costal de la plèvre en l'accollant au feuillet diaphragmatique, puis on l'incisera rapidement, en le maintenant toujours accolé vers le haut avec une éponge ou une compresse aseptique. Cela est d'autant plus facile que les feuillets sont naturellement accolés. Le diaphragme, qui est en ce point presque vertical, est absolument appliqué contre la paroi par le développement du kyste. Quant au poumon, il est plus haut. On incisera alors le diaphragme, et, saisissant avec des pinces les lèvres de l'incision diaphragmatique, on les éversera au dehors. On agira dès lors sur le kyste comme dans les cas ordinaires. Si on ne peut le capitonner, extirper la poche et refermer la plaie, on l'ouvrira, on l'évacuera et on le drainera en toute sécurité. Il sera bon, pour éviter l'infection ultérieure de la plèvre, de suturer ensemble les lèvres des incisions kystique, diaphragmatique, pleurale et même cutanée, de façon à les accoler intimement, à les fusionner et à faire une sorte de canal allant directement du kyste à l'extérieur en traversant de part en part le cul-de-sac pleural.

Cette voie est excellente. Il est permis de croire que dans certains cas on pourra lui substituer la voie indiquée par Lannelongue pour l'ouverture des abcès tuberculeux sous-phréniques et qui se trouve parfaitement étudiée et discutée dans la thèse de Canniot, en 1891. Par ce procédé, on résèque le rebord costal droit sur une certaine étendue et une certaine hauteur, on récline vers le haut le cul-de-sac pleural qui reste à une certaine distance du rebord cartilagineux, et, passant ainsi sous le diaphragme, on parvient jusqu'au kyste.

Cette voie a été tout récemment suivie par Monod (1), qui lui a dû un succès remarquable.

Il est bien évident que, toutes choses égales d'ailleurs, et malgré l'innocuité relative de l'ouverture de la plèvre, il vaut mieux, si les difficultés opératoires ne sont pas considérables, s'abstenir de la faire, et passer par le péritoine. C'est pourquoi je pense que la résection du rebord costal permettra de traiter un certain nombre de cas et que la voie transpleurale devra être réservée à peu près exclusivement aux kystes qui sont vraiment très éloignés de ce rebord costal et qui proéminent complètement en haut et en arrière, en pleine paroi costale.

Dans certains cas, il est même possible d'ouvrir des kystes postéro-supérieurs par une incision abdominale ordinaire. Telle est la pra-

(1) MONOD, *Soc. de chir.*, 17 mars 1877.