

et que cette oblitération par capitonnage paraît bien lui appartenir en propre.

III

En principe, cette manière de faire m'avait séduit, et j'avais résolu, dès que se présenterait un cas favorable, de demander le concours de M. Delbet pour l'opérer devant vous. L'occasion ne tarda pas à se produire, car le 8 juin 1900, entrant à notre salle Val-leix une fillette de treize ans, portant dans l'hypocondre droit, sous les fausses côtes rejetées en dehors, un kyste hydatique à diagnostic évident; ce qui ne l'empêchait pas d'avoir subi des diagnostics et des traitements variés, depuis la pommade de ciguë jusqu'à la quinine à l'intérieur, jusqu'à la proposition d'une gouttière pour mal de Pott.

Le 15 juin, M. Delbet voulant bien m'aider, vous m'avez vu opérer : une incision longue de 30 centimètres fut tracée à droite sur le bord externe du grand droit, et je mis à nu un kyste gros comme une tête de fœtus, situé à la face convexe et séparé de la vésicule biliaire par une couche de tissu hépatique épaisse d'environ un travers de doigt. La cavité fut ouverte, séchée avec des compresses et, cela fait, il fut aisé de prendre avec une pince la membrane germinative, qui vint d'une seule pièce. En sorte qu'il restait sous nos yeux la seule membrane adventice, fibreuse, bien sèche, apte à la suture. De haut en bas furent placés, puis noués, trois points de catgut, en capiton; et le tout fut enfoui sous un surjet à la Lembert qui ferma l'incision de la paroi kystique. La paroi abdominale fut ensuite suturée en étages : un surjet au catgut sur le péritoine, un sur la gaine du muscle droit, un enfin sur la peau.

Quand on a eu sous les yeux cette vaste poche, où fatalement persistent plus ou moins d'espaces morts dans lesquels s'accumulera du sang, on se rend compte qu'il suffit de bien peu de septi-cité opératoire pour que la suppuration locale vienne faire échouer la tentative de cure rapide. En fait, les observations ne sont pas très rares où cette suppuration a eu lieu; mais il faut dire tout de suite que l'infection est restée limitée au kyste, dont on a obtenu

la guérison après incision secondaire. C'est ce qui arriva, en particulier, chez quatre malades dont M. Quénu a entretenu la Société de chirurgie; et pendant assez longtemps je me suis demandé si cela n'allait pas survenir chez ma jeune opérée.

Après l'intervention, en effet, elle a eu des accidents fébriles, avec température oscillant entre 38° et 39°, avec perte de l'appétit et amaigrissement. Il n'exista pas, pendant les premiers jours, de douleurs abdominales, ni de vomissements; la plaie extérieure ne présenta à aucun moment une trace quelconque d'infection, rien de phlegmoneux n'apparut dans la paroi, et de jour en jour je conclus que rien ne m'incitait à drainer la poche. Cela dura, avec intensité, pendant un mois, et le seul phénomène local fut, de temps à autre, une douleur à la pression sur le bord interne¹ du muscle droit, un peu au-dessous du rebord costal, et une douleur dans l'épaule droite.

Les accidents s'atténuèrent au bout d'un mois environ, mais ils ne cessèrent pas, car ils persistaient à la date du 15 octobre. Le ventre était alors un peu ballonné, mais la palpation, la pression, la percussion n'y révélaient aucun empatement, aucune tumeur; l'appétit, très capricieux, était toujours médiocre; malgré de l'amaigrissement, l'état général restait assez bon. Cependant la température était très rarement normale, à 37°; elle oscillait presque toujours de 37°5 à 38°, avec, de temps à autre, sans cause connue, sans rien de spécial localement, des séries d'ascension à 38°5, à 39 même.

Quoiqu'il n'y eût, au total, rien d'inquiétant, comme je voyais les troubles persister, je voulus en avoir le cœur net, et, le 15 octobre, j'ouvris à nouveau le ventre de cette enfant. La douleur à la pression ayant toujours siégé vers l'épigastre, j'incisai en dedans de l'ancienne cicatrice, et la seule chose anormale que je constatai fut qu'il existait des adhérences filamenteuses, minces, entre la partie abdominale et la face convexe du foie. Cet organe, de volume normal, était seulement un peu abaissé : à l'inspection,

1. Dans le travail de M. Bricet (*Thèse de Paris, 1900-1901, n° 105*), où cette observation est publiée, on lira, par suite d'une erreur de copie, que la douleur siégeait au bord externe du droit.

à la palpation, je n'y trouvai aucune trace du kyste opéré en juin. La couleur était normale et en aucun point, pas plus à la face convexe qu'à la face concave, je ne pus percevoir un changement quelconque de consistance. Le lendemain soir, sans aucun trouble abdominal, et à proprement parler sans aucun malaise, la température monta à 39°5, mais pour retomber le surlendemain à 38°2 le matin, à 38° le soir; le jour suivant, au matin, elle était à 37°5, le soir à 37°, et à partir de ce moment l'apyrexie fut parfaite, l'appétit revint, la fillette engrassa. La réunion immédiate fut obtenue, sans même une trace de rougeur, et le 12 novembre la jeune malade nous quittait parfaitement guérie.

Que s'est-il passé qui explique cette fièvre singulière et prolongée, dont j'eus brusquement raison par la libération de quelques adhérences minces, molles, en réalité insignifiantes? Je n'en sais rien. Mais, en tout cas, la deuxième opération m'a permis de vérifier, pour le kyste que j'ai traité, l'excellence du résultat anatomique obtenu par la méthode de M. Delbet, que je crois la méthode de choix pour les cas où elle est applicable.

Bien entendu, il n'en saurait être question lorsque le kyste est suppuré ou communique avec les voies biliaires; pas davantage quand la membrane germinative, en partie calcifiée, ne peut être entièrement enlevée. Car cette membrane, anhiste, parasitaire, n'est pas apte à la réunion immédiate, réalisable seulement si la paroi adventice, fibreuse, est partout accolée à elle-même grâce au capitonnage. Aussi, pour certaines cavités où il est malaisé de bien voir jusqu'au fond et de s'assurer qu'il ne reste rien de la membrane, doit-on examiner avec soin si la poche extraite est complète avant de procéder au capitonnage.

Quant au siège plus ou moins élevé du kyste vers la face convexe, il ne semble pas un obstacle au capitonnage; d'autant que, pour certaines poches minces, on peut laisser à la pression intra-abdominale le soin de l'accolement. Enfin, un cas de M. Bouglé prouve qu'il est possible de traiter ainsi avec succès deux kystes coexistants: chez le garçon opéré par ce chirurgien, le second kyste fut reconnu parce qu'il fut perforé accidentellement avec l'aiguille destinée à capitonner le premier.

D'ailleurs, quelle que soit la méthode employée, on n'est jamais sûr de ne pas méconnaître une seconde poche, plus ou moins petite, capable de nécessiter plus tard une deuxième laparotomie. Ainsi, chez un garçon qu'en mars 1891 j'avais guéri, par marsu-pialisation, d'un kyste hépatique bombant dans le flanc droit, j'ai dû opérer, en mai 1898, un autre kyste volumineux, faisant saillie dans la ligne axillaire.

Et peut-être, chez la fillette que j'ai opérée avec M. Delbet, devons-nous craindre l'évolution ultérieure d'un kyste encore profond et petit. Car si, depuis ma deuxième laparotomie, tous les accidents généraux ont cessé, lorsque la jeune malade m'a été ramenée, à la fin de janvier, elle a dit qu'elle continuait de temps en temps à souffrir de l'épaule droite. Par l'exploration locale, je n'ai absolument rien trouvé de suspect, mais nous devons faire, à ce point de vue, quelques réserves pour l'avenir.