

du foie, soit devant, soit derrière le hile, ainsi que j'en ai déjà observé deux exemples. En cette situation, il importe fort peu qu'ils s'agisse d'un kyste hydatique ou d'une autre tumeur quelconque, les symptômes issus de la compression des vaisseaux portes et biliaires surgissent nécessairement. Il en sera de même pour la même raison si un kyste, contenu d'abord dans l'épaisseur du foie, gagne par son développement ultérieur la région du hile ; tout cela, je le répète, est affaire de siège et non point affaire de nature ; conséquemment l'absence des symptômes ordinaires des tumeurs du foie ne doit point figurer parmi les caractères distinctifs et constants des kystes hydatiques ; si ces derniers produisent cet ensemble symptomatique plus rarement que les autres morbihormations hépatiques, c'est parce que leur siège le plus fréquent est le lobe droit, dans la masse duquel ils restent circonscrits.

Une erreur de même ordre a été commise à propos des douleurs ; on a dit, on répète que les kystes hydatiques ne sont pas douloureux, et l'on inscrit ce caractère parmi les signes propres à spécialiser ce genre de tumeurs. Eh bien, il n'en est rien, et encore ici c'est le siège du produit, et non pas sa nature, qui doit être pris en considération. Lorsque les kystes hydatiques se développent principalement ou exclusivement du côté de la cavité abdominale, en effet, ils ne déterminent pas de douleurs ; car la tumeur par elle-même ne peut en produire, et elle progresse aux dépens d'une région dont la paroi cède avec une grande facilité. Mais qu'un kyste de même grosseur, ou plus petit encore, prenne son extension en haut ou en dehors, alors il provoquera des douleurs à peu près continues ; ce ne

seront pas les douleurs aiguës du travail inflammatoire, ce seront des douleurs de compression, de distension, de dilacération, semblables à celles dont a souffert la femme de Sainte-Claire, et ces douleurs ne cesseront que lorsque la résistance des parties, définitivement forcée, aura permis l'accoutumance, c'est-à-dire l'adaptation passive de la région au produit exubérant qui l'a envahie.

Tels sont, au point de vue des causes, des symptômes et du diagnostic, les enseignements vraiment utiles qui se dégagent de l'observation de notre malade. J'arrive à la question thérapeutique. Je n'ai point l'intention de vous décrire les diverses terminaisons des kystes hydatiques, ni de discuter les nombreuses méthodes de traitement qui ont été appliquées ; je veux simplement répondre aux deux questions que voici : Devons-nous ne rien faire à notre malade, ou devons-nous intervenir ?... Si nous intervenons, de quelle manière devons-nous le faire pour nous assurer le plus grand nombre de chances favorables ?

Quant au premier point, la décision n'est pas douteuse dans le cas actuel ; cette femme souffre, du fait de sa tumeur, de nombreuses incommodités qui ont altéré l'état général de sa santé, et pour peu qu'on tarde à lui venir en aide, elle sera réduite à une véritable infirmité, ou bien exposée à tous les périls qu'entraîne la rupture spontanée des kystes. Dans ce cas donc, et dans tous ceux qui présentent des particularités analogues, l'intervention active est pour le médecin un devoir impérieux ; il n'y a pas d'hésitation possible. En revanche, dans les cas, les plus nombreux peut-être, où la maladie ne donne

lieu qu'à des symptômes légers, sans gravité actuelle, on peut être bien tenté de rester dans une inaction complète, en invoquant le précepte *primum non nocere*. Si vous voulez juger sainement le pour et le contre, et arriver à une conclusion précise, au lieu de vous perdre dans des considérations hypothétiques et dans une supputation illusoire des probabilités, vous n'avez qu'un moyen, un seul, il faut connaître la réponse à la question suivante : Quelle est la durée moyenne de la survie dans les kystes hydatiques abandonnés à eux-mêmes ? Si la réponse se traduit par un nombre considérable d'années, il est clair que nous n'avons pas la main forcée, nous pouvons, nous devons rester inactifs, lorsque l'ensemble des circonstances du cas examiné nous paraît justifier cette abstention. Si, au contraire, nous savons que la survie moyenne ne comprend qu'une période relativement courte, nous n'avons plus le droit d'être de simples observateurs, nous devons agir, quand bien même les conditions sembleraient particulièrement favorables pour l'inaction. Nous ne possédons pas sur ce sujet intéressant des données d'une précision complètement satisfaisante, mais nous avons une moyenne à oscillations assez étroites, et, dans l'espèce, c'est beaucoup déjà. L'analyse des observations nous apprend que la durée moyenne de la survie dans les kystes laissés à eux-mêmes est comprise entre une et quatre années ; ne prenons, si vous le voulez, que ce dernier chiffre, il n'en est pas moins évident qu'en présence d'une lésion qui doit amener la mort après quatre ans au plus tard, l'expectation est plus qu'une faute. Sans doute vous n'êtes pas toujours tenus d'agir au moment même où vous reconnaissez la maladie ; si le

kyste est peu volumineux, si les renseignements obtenus vous démontrent avec certitude qu'il est encore récent, vous avez quelque délai devant vous, et vous ferez sagement de temporiser, soit pour essayer la médication par l'iodure de potassium, dont je vous parlerai dans quelques instants ; soit pour courir la chance, favorable entre toutes, d'une guérison spontanée par résorption partielle du liquide, et transformation sébacée ou vitreuse du contenu du kyste. Mais même alors l'attente doit avoir ses limites, l'inexorable arrêt de la statistique doit être sans cesse présent à votre esprit.

Voilà pour l'opportunité de l'intervention ; quant à la méthode, voici ce que je compte faire demain chez notre malade.

Sans me préoccuper de l'absence d'adhérences, et sans rien faire pour en provoquer, je pratiquerai avec l'aspirateur de mon ami Dieulafoy une ponction, pour laquelle j'emploierai l'aiguille fine ; ce n'est point une ponction exploratrice que j'entends faire, c'est une ponction évacuante, par laquelle je me propose de vider le kyste aussi complètement que possible. Dès que cette évacuation sera effectuée, je prendrai, pour prévenir le développement d'une péritonite, l'ensemble des mesures que voici : La malade restera couchée dans le décubitus dorsal pendant trois jours ; durant le même temps, je ferai faire des applications permanentes de glace sur la région du foie et toute la partie sus-ombilicale droite de l'abdomen ; en outre, on exercera, au moyen d'un large bandage de corps, une légère compression, autant du moins qu'il sera possible de le faire sans gêner l'application de la glace, qui est ici l'agent principal, ne l'oubliez pas. Si au-

cune douleur ne survient dans les quarante-huit heures qui suivront l'opération, je n'aurai recours à aucun autre moyen ; si, au contraire, des douleurs apparaissent soit dans l'abdomen, soit vers l'épaule droite, je ferai pratiquer aussitôt dans l'hypochondre des injections sous-cutanées de morphine à hautes doses. Ces moyens qui, ajoutés à la ponction capillaire évacuante, constituent une méthode de traitement que je peux dire mienne, m'ont admirablement réussi dans deux cas déjà, où la guérison définitive a eu lieu après une seule ponction, sans que j'aie observé un seul symptôme de péritonite. J'en ai également constaté l'efficacité chez un de mes malades de l'hôpital Saint-Antoine, à qui j'avais vidé de la sorte un abcès du foie ; dans la soirée qui suivit l'opération, cet homme fut pris de douleurs assez vives dans le côté droit, en même temps et pour la première fois depuis le début de sa maladie, il accusa des douleurs dans l'épaule droite ; les applications de glace étant rigoureusement continuées, on fit aussitôt une forte injection de morphine, qui fut répétée le lendemain matin, et un jour plus tard les symptômes qui pouvaient faire redouter l'invasion d'une péritonite, étaient complètement conjurés ; plusieurs ponctions furent pratiquées de la même manière chez cet individu, sans qu'il ait été besoin de recourir de nouveau à la morphine ; il n'y eut jamais vestige d'inflammation péritonéale.

Lorsque j'aurai vidé le kyste de notre malade, et que la période de trois à quatre jours, pendant laquelle on peut craindre le développement de la péritonite, sera heureusement écoulée, je commencerai une médication interne par l'iodure de potassium à hautes doses. Je n'i-

gnore pas que Frerichs et, après lui, Murchison¹ ont rapporté des faits qui semblent démontrer d'une manière absolue l'inutilité de ce remède : le but qu'on se propose en l'administrant est une action directe sur les vers contenus dans le kyste ; s'il n'a pas encore été vidé, l'iodure tuerait les parasites et provoquerait ainsi la transformation dense qui est le mode de la guérison spontanée ; si la tumeur a été évacuée, la mort des échinocoques préviendrait la reproduction du liquide et transformerait ainsi la guérison temporaire qui suit la ponction, en une guérison définitive. Pour que ces présomptions soient justes, il faut évidemment que l'iodure potassique pénètre par absorption dans l'intérieur du kyste ; or, dans les cas que je viens de vous signaler, l'analyse a prouvé que le liquide kystique ne contenait pas trace de ce sel, quoique les malades en eussent absorbé pendant longtemps des doses considérables ; on a fait remarquer à ce sujet que ce résultat négatif était la conséquence naturelle du défaut de vascularisation dans les parois du kyste, et que la médication par l'iodure était par là jugée une fois pour toutes. Je ne pense pas que ces faits, fort peu nombreux d'ailleurs, aient une portée aussi générale ; que l'iodure ait manqué dans ces cas-là, cela n'est pas douteux ; mais qu'il doive toujours manquer, c'est autre chose, et cette réserve, je la fonde, moi aussi, sur l'anatomie pathologique ; voyez les descriptions complètes, étudiez les pièces que vous aurez occasion d'examiner, et vous vous convaincrez bientôt que si certains kystes ont une paroi épaisse,

1. Murchison, *Fluid removed by simple puncture from an hydatid tumour of the liver* (Transact. of the path. Soc., 1868).

fibreuse et non vasculaire, qui défie l'absorption, d'autres présentent une constitution tout à fait différente ; il en est même dont la vascularisation est telle, qu'elle devient une cause de danger. Chez un homme de trente-quatre ans, qui était atteint depuis quatre années environ d'un kyste volumineux, Gayet a ouvert la tumeur au moyen des caustiques, employant d'abord la pâte de Vienne, puis celle de Canquoin ; au bout de neuf jours, l'ouverture eut lieu, et donna issue à quatre litres de liquide légèrement citrin ; vingt-quatre heures après, le malade était tué par une hémorrhagie intra-kystique. Il est donc bien certain que l'absence de vascularité dans les parois n'est point un fait constant, d'où il résulte que l'argument qu'on en a voulu tirer contre l'administration de l'iodure de potassium n'a qu'une valeur relative, et non pas une application générale ; c'est déjà là une raison pour ne pas renoncer prématurément à une médication qui ne peut d'ailleurs être nuisible ; de plus, on ne peut faire abstraction des faits, et les observations de Hawkins et de Heckford établissent pour quelques cas l'efficacité de ce traitement ; moi-même j'ai vu, à la Maison municipale de santé, un homme d'une trentaine d'années guérir de son kyste dans le cours de cette médication ; la tumeur, superficielle et siégeant dans la partie inférieure du lobe gauche, était parfaitement accessible à la palpation et à la percussion, et nous avons pu en suivre le retrait jour par jour jusqu'au moment où elle fut réduite à une petite tubérosité dure, dont la solidité et le volume démontraient une guérison complète. On pourra objecter à ce fait comme à ceux de Hawkins et de Heckford l'hypothèse de la coïncidence ; à cela je n'ai rien à répondre,

si ce n'est que, dans tous les cas où les symptômes ne sont pas assez sérieux pour imposer une opération immédiate, je donne et je donnerai l'iodure de potassium pendant six semaines ou deux mois, avant de me décider à une intervention plus directe.

Vous savez, Messieurs, que bon nombre de médecins, et des plus recommandables, ont condamné la ponction capillaire, je parle de la ponction évacuante, sans adhérences préalables ; et les dangers qu'ils lui ont attribués n'ont pas été déduits de vues théoriques, il faut le reconnaître, mais de faits malheureux, dans lesquels cette opération a été suivie d'accidents très graves et même mortels. Eh bien, je ne crains pas de l'affirmer, si la ponction dans les conditions indiquées peut être dangereuse, c'est parce qu'on ne prend pas au préalable toutes les précautions nécessaires pour conjurer le péril ; on commet ici une faute dont la fréquence a de quoi surprendre ; pour combattre les accidents graves, on attend qu'ils se soient développés, au lieu d'appliquer tous ses efforts à en prévenir l'explosion. Les mesures préventives que je vous ai fait connaître, voilà tout le secret du succès, mais elles sont toutes rigoureusement indispensables ; je suis, moi qui vous parle, un partisan décidé de la ponction évacuante d'emblée, mais je vous déclare que si, pour une raison quelconque, j'étais mis en demeure de la pratiquer sans avoir la ressource des applications de glace consécutives, j'y renoncerais aussitôt, et me préoccuperais avant tout de provoquer des adhérences. Je le répète, avec une entière conviction : faite comme je l'entends, la ponction est sans péril ; les dangers, les accidents ne naissent que de l'insuffisance des mesures pré-

ventives ; je ne prétends pas qu'on les verra se développer toutes les fois que l'on se bornera à la ponction simple ; je vous citerai dans un instant des cas où la guérison a eu lieu, bien que la ponction n'ait été suivie de l'emploi d'aucun des moyens que je vous recommande ; mais je dis et j'affirme que l'adjonction de ces mesures enlève à l'opération toutes ses chances mauvaises.

Les revers de la ponction d'emblée ont eu encore une autre cause que je regrette d'avoir à vous signaler ; cette cause, c'est un précepte contre lequel je ne saurais assez vous mettre en garde : on a recommandé de ne pas vider le kyste complètement, d'enlever seulement une portion du liquide. Or, si l'on voulait faire tout le nécessaire pour assurer le développement d'une péritonite secondaire, on ne pourrait en vérité imaginer mieux ; réfléchissez un instant, je vous prie, aux conséquences de cet étrange précepte : quelque petite, quelque capillaire que soit votre ponction, vous n'êtes point du tout certains que l'ouverture se referme aussitôt que vous avez enlevé l'aiguille ; si donc vous laissez du liquide dans le kyste, il y a toute chance pour qu'une partie pénètre par l'orifice dans la cavité péritonéale, et le développement de l'inflammation devient certain, surtout si, par surcroît, vous n'avez pris aucune précaution pour la prévenir. Pour moi, je formule un précepte précisément opposé : je recommande expressément de vider totalement la tumeur, et j'attache à cette évacuation complète une telle importance, que je ne me sers jamais pour la ponction d'aiguilles vraiment capillaires ; je prends un trocart fin, de peur que des débris d'hydatides

ne viennent obstruer l'instrument, et empêcher l'écoulement du liquide.

Au surplus, le bilan de la ponction évacuante d'emblée parle hautement en faveur de cette méthode ; à côté des cas malheureux auxquels j'ai fait allusion tantôt, il ne manque pas de faits, dans lesquels la guérison définitive a eu lieu après plusieurs ponctions semblables, ou même après une seule. Déjà Récamier qui, dans certaines circonstances, employait cette méthode, lui a dû des succès, et les résultats obtenus par Hawkins, Brodie, Robert, Boinet et Murchison, ne sont pas moins démonstratifs ; mais les cas qui prouvent le plus nettement la supériorité de la méthode, sont ceux dans lesquels la guérison est produite par une seule ponction ; sans avoir fait sur ce sujet des recherches complètes, je puis vous citer quelques exemples récents qui témoignent de cet heureux résultat.

Le malade traité par Duffin a dû la guérison à une simple ponction pratiquée avec le trocart explorateur, encore bien qu'on n'ait pas eu soin de vider complètement le kyste, et qu'on n'ait pris aucune autre précaution consécutive, que la compression du ventre au moyen d'une bande de flanelle, et l'administration de l'opium à l'intérieur pour assurer autant que possible l'immobilité des viscères (*sic*)¹.

Le fait d'Anstie concerne une petite fille de six ans, chez laquelle l'existence d'une tumeur hydatique était reconnue depuis deux mois ; la ponction fut faite avec un

1. Duffin, *Hydatid tumour of the liver treated by simple puncture* (*The Lancet*, 1869).

trocart très fin ; le kyste fut vidé incomplètement, et la guérison définitive fut ainsi obtenue ¹. De même que Duffin, Anstie insiste sur l'innocuité de la ponction capillaire sans adhérences préalables ; mais, comme lui, il retombe dans l'erreur de l'évacuation incomplète du kyste. Du reste, cette manière de voir, que je tiens pour dangereuse, paraît assez accréditée en Angleterre ; car, dans une discussion qui eut lieu, en 1870, à la Société médico-chirurgicale de Londres, Murchison a émis l'idée qu'on a tort de se préoccuper de vider entièrement la tumeur ; que, selon toute vraisemblance, le liquide des kystes à échinocoques peut se répandre dans les séreuses sans déterminer d'irritation ; et qu'on peut se demander s'il n'est pas préférable de laisser le liquide s'écouler peu à peu dans la cavité du péritoine ². Tout cela est possible, mais tout cela est fort hypothétique ; et, malgré l'autorité de ces éminents observateurs, je m'en tiens strictement au précepte que je vous ai donné.

Dans cette même discussion, Durham a rapporté huit cas de succès dus à la ponction simple, et, dans le nombre, quelques-uns ont été le résultat d'une ponction unique ³ ; on sait, du reste, que cette méthode de traitement est généralement suivie en Islande, où les kystes hydatiques du foie présentent leur maximum de fréquence. — A l'occasion des communications précédentes, Hulke a fait connaître un cas qui démontre avec une évidence rare l'efficacité de la ponction. Chez une jeune femme,

1. Anstie, *Case of hydatid of the liver* (*The Lancet*, 1870).

2. Murchison, *Proceedings of the Roy. med. chir. Society* (*British med. Journal*, 1870).

3. Durham, *Eodem loco*.

il traita de cette manière un kyste à échinocoques, d'où il ne put extraire qu'une très petite quantité de liquide ; l'état de la malade fut néanmoins grandement amélioré, et l'absence de récurrence prouva la réalité de la guérison. Trois ans plus tard, cette femme est morte en couches, et, à l'autopsie, on a trouvé la tumeur complètement oblitérée ¹. — En rapportant un intéressant exemple de guérison par la ponction et l'injection d'une solution d'acide carbolique au trentième, Sympson fait connaître qu'il a également obtenu un succès complet à la suite d'une ponction capillaire unique ².

A ces faits je puis ajouter les deux guérisons que j'ai observées moi-même après une seule ponction, suivie de l'évacuation complète du kyste ; il est bon de noter que nous ne disposions pas alors de l'appareil de Dieulafoy, et que les conditions de l'opération étaient de ce fait beaucoup moins favorables.

En résumé, Messieurs, je conseille et je pratique la ponction simple avec évacuation complète, comme méthode générale de traitement des kystes hydatiques ; moyennant les précautions dont je l'entoure, je suis certain de ne pas nuire, et d'assurer au malade le maximum des chances favorables avec le moins de risques possibles ; je vous répète que l'absence certaine d'adhérences n'est point à mes yeux un motif d'hésitation. En fait, je ne reconnais à ce traitement qu'une seule contre-indication, qui est la suivante : si le malade a éprouvé à un moment quelconque des douleurs vives dans la tumeur, s'il a eu en

1. Hulke, *Eodem loco*.

2. Sympson, *Two cases of hydatid kysts in the liver successfully treated by puncture* (*British med. Journal*, 1870).