

même temps les symptômes généraux qui dénotent l'inflammation du kyste, alors je me préoccupe de la présence des adhérences, car il est presque certain que le liquide est devenu purulent ; dans cette situation, lorsque je peux acquérir la certitude des adhérences, j'agis comme dans les cas ordinaires ; mais si je ne puis me renseigner sur ce point, je fais une large ponction et je laisse la canule ou une sonde à demeure.

Lorsque le kyste se remplit après la première ponction, je ne me hâte pas d'intervenir de nouveau, si la situation du malade est bonne ; l'observation a appris, en effet, que cette réplétion n'est pas toujours persistante, et qu'elle est, dans quelques cas, le signal d'un retrait définitif de la tumeur ; il est donc sage de laisser au patient le bénéfice de cette chance heureuse. L'intervention devient-elle nécessaire, je pratique une seconde ponction, une troisième, s'il le faut, et je ne change rien à la méthode, tant que le liquide reste limpide, tant qu'il n'y a pas eu d'accidents aigus dans l'intervalle d'une évacuation à l'autre ; lorsqu'il en est autrement, la ponction simple a fait son temps, il convient d'y substituer la ponction avec canule à demeure, ainsi que je viens de vous l'indiquer.

La méthode que j'ai adoptée a quelque analogie avec celle de Jönassen à Reykjavik en Islande ; mais je pense qu'après l'exposé que je vais vous en faire, vous n'hésitez pas à reconnaître la supériorité de la mienne. Le travail de Jönassen, paru en 1870, est un rapport sur les opérations de kystes hydatiques qu'il a pratiquées en 1869 ; la plupart d'entre elles ont été faites dans le nouvel hôpital de Reykjavik. L'auteur repousse d'une manière

générale l'ouverture par les caustiques, il ne se préoccupe point de la question d'adhérences et recourt d'emblée à la ponction ; pour l'effectuer, il emploie un trocart explorateur de grand modèle, et il s'efforce de vider le kyste aussi complètement que possible ; cela fait, il enlève la canule, ferme la petite plaie avec un morceau d'emplâtre adhésif, et pendant les deux jours qui suivent, il fait rester le malade au lit, en lui recommandant de garder le décubitus dorsal ; après ce délai, l'immobilité peut être moins rigoureuse, et au bout de dix à douze jours, à compter de celui de la ponction, l'individu peut se lever et marcher. Vous saisissez les analogies que je vous ai annoncées : ponction d'emblée avec un trocart explorateur de gros volume, et évacuation complète du liquide ; je suis heureux de me rencontrer sur ce point fondamental avec mon habile confrère d'Islande ; mais, pour ce qui est du traitement consécutif à l'opération, il est clair que ses procédés sont insuffisants, et que, sauf le repos, il ne prend aucune mesure efficace pour prévenir la péritonite, seul danger de la ponction d'emblée ; cette indication capitale est remplie, dans la mesure du possible, par les applications de glace et les injections de morphine qui caractérisent ma méthode ; de là, selon moi, son indéniable supériorité.

Pour ce qui est des effets de l'opération au point de vue de la guérison du kyste, je suis obligé de me séparer complètement de l'opinion de Jönassen ; je ne puis même pas, pour expliquer cette divergence, admettre que l'évolution de la tumeur ponctionnée n'est pas la même en Islande que dans notre pays. Je m'explique. D'après Jönassen, les choses se passent de la manière suivante : quelque

temps après la ponction évacuante, des douleurs surviennent dans la région du kyste; celui-ci se remplit de nouveau; lorsque la réplétion est complète et que les douleurs ont diminué, une nouvelle ponction est pratiquée dans un point aussi rapproché que possible de la première; alors le liquide est toujours purulent; aussi la canule est laissée à demeure durant cinq à sept jours; elle est munie d'un fausset qui est enlevé deux fois par jour pour que le contenu de la tumeur s'écoule en totalité. Après ce temps, la canule est enlevée, et au moyen de l'introduction journalière de fragments d'éponge préparée, on agrandit l'ouverture jusqu'à ce qu'elle ait un diamètre d'un demi-pouce; on commence alors des injections d'eau tiède, qui sont répétées une fois chaque jour aussi longtemps que dure la suppuration<sup>1</sup>. — Que la canule à demeure soit substituée à la ponction, du moment que le liquide perd sa limpidité, cela est bien, et, sur ce point, je vous ai donné le même précepte; mais il semble résulter de la description de Jönassen que toujours le kyste s'enflamme un certain temps après la première ponction, et que toujours le liquide est purulent lors de la deuxième; je ne puis admettre ces assertions comme l'expression d'un fait général; les cas de guérison par ponction unique démontrent que l'inflammation secondaire du kyste n'est point constante, et, d'un autre côté, quand on est obligé de répéter l'opération, on peut trouver, à une deuxième, à une troisième ponction, le liquide aussi clair, aussi normal qu'au début; il n'est

1. Jönassen. *Echinokokkvulster og deren Behandling* (Ugeskrift for Læger, X, 1870).

rien de plus variable que la date de la suppuration du kyste. Les affirmations absolues du médecin de Reykjavik m'étonnent d'autant plus que, dans les observations annexées à son travail, il se trouve deux exemples de guérison après une seule ponction; ces deux cas, chose notable, concernent deux jeunes garçons, âgés l'un de douze ans, l'autre de sept. Le premier de ces faits présente à mes yeux un réel intérêt; il est dit expressément que la tumeur présentait un frémissement hydatique évident; d'un autre côté, il est dit non moins expressément que le liquide extrait par la ponction était coagulable à l'ébullition; il est donc à peu près certain qu'il s'est agi dans ce cas d'un kyste simple et non point d'un kyste à échinocoques, et vous pouvez juger par là de la justesse de mes réserves touchant le prétendu frémissement hydatique.

Malgré l'absence de mesures préventives à l'endroit de la péritonite, la méthode de Jönassen, qui a pour bases la ponction d'emblée et l'évacuation complète, lui a donné de très bons résultats: sur dix opérés, il a eu sept guérisons et trois morts; ces chiffres sont par eux-mêmes très satisfaisants; mais, si l'on veut en apprécier la valeur réelle relativement à la méthode employée, il convient d'examiner les choses d'un peu plus près, et de rechercher quelles ont été les causes de la mort dans les trois cas malheureux; cet examen montre bientôt que l'issue fatale a été tout à fait indépendante de la ponction d'emblée.

Dans aucun des trois cas, il n'y a eu de péritonite; le premier, qui concerne une fille de quarante ans, n'est vraiment imputable à aucune méthode, puisque celle même de l'auteur pour les kystes suppurés n'a pas été

mise en usage; chez cette malade, une ponction pratiquée deux ans auparavant, à un pouce et demi au-dessous de l'ombilic, avait donné issue à deux ou trois mesures de pus; cette évacuation avait été suivie d'une amélioration considérable. Après deux ans, des symptômes sérieux étant survenus, et le ventre étant de nouveau très enflé, cette fille fut amenée à l'hôpital; là, il se fit, au-dessous de l'ombilic, une ouverture spontanée qui donna issue à une grande quantité de pus mêlé de matières fécales et de gaz; bientôt la malade tomba dans le marasme, et elle succomba après deux mois et demi. A l'autopsie, on a trouvé le lobe droit transformé en un vaste sac; il en partait un canal de la grosseur du doigt, qui, longeant la paroi abdominale, gagnait la perforation, laquelle présentait en outre une communication avec la partie moyenne du côlon descendant.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme de vingt-huit ans, dont le kyste avait trois à quatre ans de date; la première ponction, ponction évacuante d'emblée, réussit très bien et donna issue à une grande quantité de liquide limpide. Un mois plus tard, on fit une deuxième ponction; mais, au lieu de la pratiquer dans le même point que la précédente, on la reporta à une certaine distance et l'on pénétra dans le foie; la malade mourut le jour suivant. A l'autopsie, la tumeur fut trouvée pleine de pus; elle occupait la partie postéro-supérieure du foie et adhérait au diaphragme.

Le troisième cas enfin a trait à une jeune fille de dix-sept ans, dont le kyste remontait à plusieurs années; la première ponction donna déjà issue à du pus; l'abondance de la suppuration amena le marasme et l'œdème des ex-

trémities inférieures, et la mort eut lieu six semaines après. L'autopsie a montré une tumeur avec débris d'échinocoques dans la partie postérieure du foie; le péritoine n'était pas enflammé<sup>1</sup>.

Vous le voyez, Messieurs, dans aucun de ces cas la terminaison funeste n'est imputable à la ponction d'emblée, et les guérisons obtenues par Jönassen, ajoutées à celles que je vous ai indiquées, plaident positivement en faveur de la méthode. Dans un travail antérieur, qui date de 1866, un médecin anglais, Harley, a exposé, d'après l'analyse d'un assez grand nombre de cas, les résultats comparatifs des principales méthodes de traitement des kystes hydatiques; je veux vous communiquer ces faits, parce qu'il est bon de connaître toutes les pièces du débat, mais les chiffres bruts donnés par l'auteur ne permettent pas de saisir pour chaque catégorie la cause réelle de la mort, et pour ce qui concerne la ponction d'emblée, je suis certain que l'omission des mesures préventives à l'endroit de la péritonite est la cause principale, sinon exclusive, des revers. Quant aux cas groupés sous le chef « non guéris », ils ne prouvent ni pour ni contre la méthode. Au point de vue des dangers qu'on lui attribue, ce sont même plutôt des cas favorables, car la survie des malades est une preuve de l'innocuité de l'opération, pratiquée même sans les précautions convenables; c'est là surtout ce dont je tiens à vous convaincre, et je ne prétends pas le moins du monde que la ponction évacuante simple guérisse constamment et du premier coup. Ces remarques faites, voici les chiffres consignés dans l'intéressant travail de Harley.

1. Jönassen, *loc. cit.*

Trente-quatre cas ont été traités par la ponction simple (a-t-elle été complètement ou partiellement évacuante, je ne puis vous le dire) ; les résultats sont : 13 non guéris ; — 11 guéris ; — 10 morts ; soit pour les décès une proportion de 26,47 pour cent.

Treize cas ont été traités par les ponctions répétées avec ou sans injections iodées ; les résultats sont : 3 non guéris ; — 8 guéris ; — 2 morts ; soit pour les décès une proportion de 15,38 pour cent.

Trente cas ont été traités par la ponction avec canule à demeure ; les résultats sont : 23 guéris ; — 7 morts ; soit pour les décès une proportion de 23,33 pour cent.

C'est de cette méthode que Harley se déclare partisan à l'exclusion de toute autre, et le point de départ de son travail est un succès qu'il a obtenu lui-même, dans un cas de kyste extrêmement volumineux.

Dans onze cas, l'ouverture a été pratiquée par les caustiques, ou spontanée ; les résultats sont : 4 non guéris ; — 3 guéris ; — 4 morts ; soit pour les décès une proportion de 36,36 pour cent.

Dans treize cas enfin, l'incision avec le couteau a été la suite d'une erreur de diagnostic ; il y a eu 7 morts et 6 guérisons <sup>1</sup>.

Je vous ai dit mes réserves sur les chiffres concernant la ponction simple ; elles sont amplement justifiées par les résultats de cette autre série que nous devons à Murchison, de Middlesex Hospital ; sur 46 cas traités par la ponction d'emblée, 36 ont guéri complètement ; dans les 10 au-

1. Harley, *On a case of hydatid disease of the liver and remarks on the treatment of similar tumours* (*Med. chir. Transact.*, XLIX, 1866).

tres, il y a eu inflammation et suppuration secondaires, et il a fallu en venir à l'ouverture large ; sur ces 10 cas, il y a eu 2 morts <sup>1</sup>. C'est donc, sur 46 cas : 36 guéris ; — 8 non guéris ; — 2 morts ; soit, pour les décès, une proportion de 4,34 pour cent. Je le maintiens, il n'est pas de méthode, parmi celles qui sont vulgarisées, qui donne des résultats aussi satisfaisants.

Je ne veux pas quitter ce sujet sans vous faire connaître une nouvelle méthode de traitement qui a pris récemment naissance en Angleterre ; je n'ai pas encore eu l'occasion ni les moyens de l'appliquer ; mais, s'il faut en juger par les résultats qui lui sont déjà acquis, elle l'emporte en efficacité sur toutes les autres ; car elle n'offre aucun danger, et elle paraît être suivie, plus fréquemment encore que la ponction simple, d'une guérison immédiate et définitive. Cette méthode est celle de l'électrolyse, c'est l'application du courant constant au traitement des kystes hydatiques du foie. Les premiers cas à moi connus sont ceux de Hilton Fagge et de Cooper Forster, qui sont mentionnés dans le rapport de Murchison dont je viens de vous parler ; ce sont des succès qui ne diffèrent entre eux que par l'intervalle écoulé entre l'opération et le retrait complet de la tumeur ; chez un enfant traité par Hilton Fagge, la disparition n'a été achevée qu'au bout de quelques mois ; dans le fait de Cooper Forster, elle a été plus rapide, mais cependant elle a eu lieu graduellement. En 1870, Fagge et Durham ont entretenu de cette méthode la Société royale médico-chirurgicale de Londres, ils ont

1. *Hydatid tumours of the liver* (*The Lancet*, 1868).

communiqué huit succès sur huit opérations, et ils ont exposé en détail leur procédé, qui est le suivant<sup>1</sup> :

Deux aiguilles dorées sont plongées dans la tumeur à une petite distance l'une de l'autre, de manière que, dans les kystes, les pointes puissent arriver au contact, et qu'on ait ainsi la certitude que les deux aiguilles ont bien pénétré toutes deux dans le liquide ; les têtes des aiguilles sont mises en commun en rapport avec le pôle négatif d'une batterie de Daniell de dix éléments ; le pôle positif, terminé par une éponge humide, est placé sur la paroi abdominale, puis on laisse passer le courant pendant dix à vingt minutes. Le plus souvent, dès que l'opération est finie, on peut constater que la tumeur est plus molle et plus flasque, et elle diminue dès lors rapidement de volume ; dans d'autres cas, comme je vous l'ai dit, la rétraction est plus lente et tout à fait graduelle. Dans quelques circonstances, on observe, au moment où passe le courant, un gonflement subit de la région, et l'on perçoit au doigt une sorte de crépitation gazeuse ; ces phénomènes sont attribués par Fagge et Durham au dégagement d'hydrogène par décomposition du liquide ; mais ils ne sont pas constants, et Cooper Forster, en particulier, n'a pu les constater. Dans la presque totalité des cas, l'électrolyse est suivie d'un léger mouvement fébrile et de douleurs plus ou moins vives ; ces symptômes ne durent que trois ou quatre jours ; chez un malade, ils ont fait complètement défaut. Après quelques jours, les opérés peuvent se lever et reprendre la vie commune. Il est bon d'ajouter

1. Fagge and Durham, *On the electrolytic treatment of the hydatid tumours of the liver* (*British med. Journal*, 1870).

que, dans trois cas, les kystes étaient multiples, et que chacun d'eux a été soumis avec succès au traitement électrolytique. L'introduction de deux aiguilles, au lieu d'une, dans la tumeur a un double but : s'assurer de la liquidité du contenu en faisant arriver les pointes au contact ; agrandir la surface d'action de l'électricité.

Telle est, Messieurs, cette méthode ingénieuse qui, à en juger d'après son bilan actuel, l'emporte sur toutes les autres par son innocuité et son efficacité ; je n'hésiterais pas à l'appliquer chez notre malade, si j'avais à ma disposition l'appareil nécessaire ; j'ai tenu tout au moins à vous la faire connaître, puisqu'elle est encore ignorée parmi nous. L'expérience ultérieure apprendra si les succès sont toujours aussi constants qu'ils l'ont été jusqu'ici, elle précisera les indications et les contre-indications ; il y a là une source d'études fécondes pour la thérapeutique.