

M. Trousseau que l'on avait affaire à un kyste du foie rompu dans la plèvre. Il aurait dû ajouter, dit-il plus tard, que ce kyste communiquait avec l'intestin. C'est là, fait observer M. Trousseau, un signe presque pathognomonique, et dont on devra tenir grand compte à l'avenir.

» On sait en effet, depuis les observations de M. Velpeau, que le contenu de toutes les collections purulentes situées dans le voisinage du canal digestif prend l'odeur stercorale ; à plus forte raison, cette odeur existera-t-elle lorsque le kyste communiquera par un canal accidentel et permanent avec le tube digestif.

» Il est à remarquer que, malgré la permanence de la lésion hépatique, cette malade eut néanmoins des accidents *periodiques* et *vespérins*, et qu'enfin elle eut des *épistaxis* ; or, tous ces phénomènes ont été signalés par M. Monneret dans les affections du foie. »

Messieurs, je vous ai esquissé à grands traits l'histoire des kystes hydatiques du foie ; je vous ai dit les symptômes auxquels on pouvait reconnaître leur présence, les accidents qu'ils pouvaient entraîner ; je vous ai dit les difficultés que présentait souvent leur diagnostic, dont, en bien des circonstances, nous ne pouvons acquérir la certitude absolue qu'alors que par une *ponction exploratrice* nous avons donné issue à un liquide offrant des caractères spéciaux, et mieux encore à des hydatides ou à des débris d'hydatides ; j'arrive maintenant au point de la question le plus important pour le médecin. Quels sont les moyens de *traitement* à opposer à l'affection hydatique du foie ?

Si les agents thérapeutiques dits médicaux sont indiqués pour combattre les complications qui peuvent survenir, si les applications narcotiques, les cataplasmes, les onctions opiacées et belladonnées sur la région affectée, peuvent être opposés aux douleurs très-violentes, aux phénomènes inflammatoires qui se sont manifestés, la médecine est absolument impuissante, non-seulement pour guérir le mal, mais encore pour en retarder les progrès. Ici la chirurgie peut seule être d'un utile secours.

Je vous ai dit la marche de l'affection, qui va croissant plus ou moins rapidement jusqu'au jour où la tumeur atteint un tel degré de développement, qu'elle finit par se rompre. Que si dans quelques cas cette rupture a lieu, soit du côté de la peau, soit du côté du tube digestif, soit du côté des bronches, et que la guérison spontanée en soit la conséquence, ces cas heureux sont trop exceptionnels pour que nous puissions compter sur eux. Aussi le médecin, en présence d'un kyste hydatique du foie, doit-il toujours porter un pronostic grave, et se préparer toujours à intervenir activement par les moyens que la chirurgie met entre ses mains, bien qu'il sache que malheureusement son intervention fera courir au malade des dangers sérieux, et que, trop souvent encore, il va provoquer des accidents qui amèneront la mort dans un temps plus rapproché peut-être qu'elle ne serait survenue si les choses avaient été abandonnées à elles-mêmes. Il se voit pourtant forcé d'agir, parce qu'en définitive son intervention, quelque nombreuses qu'en soient les chances défavo-

rables, lui donne aussi des probabilités de guérison radicale plus grande que s'il s'en rapportait aux seuls efforts de la nature.

Le but que le médecin se propose est donc d'évacuer le kyste hydatique, de s'opposer à ce qu'il se forme de nouveau, de chercher par conséquent à détruire les vers vésiculaires, qui par leur accroissement et leur multiplication sont la cause du développement de la tumeur. Ces vers détruits, la poche qui les renferme revient sur elle-même et finit par disparaître.

Pour atteindre ce but, plusieurs *modes de traitement* s'offrent à son esprit. En premier lieu, la *ponction simple*.

Cette ponction doit se faire dans le point où la tumeur hydatique est le plus saillante. Cependant, en règle générale, on choisira la région hypochondriaque, et voici pourquoi. Dans cette région, l'instrument n'ayant à traverser que des parois abdominales peu épaisses, l'opération sera plus facile. De plus, on aura moins d'accidents à redouter, puisque le péritoine seul sera intéressé, tandis qu'en prenant pour précepte unique d'agir sur la partie la plus saillante de la tumeur, on aurait à redouter d'intéresser plusieurs organes très-importants. Je m'explique. Chez notre malade de la salle Sainte-Agnès, le kyste hydatique faisait saillie dans un espace intercostal. Or, dans des cas analogues, le trocart doit traverser la peau, le feuillet pariétal de la plèvre, le diaphragme, le péritoine. On a donc à redouter tout à la fois et la péritonite et la pleurésie consécutives.

La ponction simple, avec un trocart fin, est celle que l'on fait à titre de ponction exploratrice. Elle peut suffire seule pour amener la guérison définitive de l'affection, mais elle peut aussi devenir le point de départ d'accidents mortels. Quoique le fait soit exceptionnel, il s'est présenté ; après une ponction exploratrice est survenue une péritonite, qui a enlevé le malade en quelques heures. M. Moissenet, mon collègue à l'hôpital Lariboisière, en a cité un exemple que vous ne devez pas perdre de vue (1). Aussi, quand, dans votre pratique, vous serez appelés à faire cette ponction exploratrice, mettez-vous à couvert des éventualités ; tout en rassurant les familles sur l'innocuité de cette opération, prévenez-les des conséquences quelle peut avoir quelquefois.

M. Boinet (2) a formulé certaines règles à l'aide desquelles on éviterait toujours l'introduction du liquide dans la cavité abdominale, introduction qui est la cause ordinaire de ces péritonites promptement mortelles. Il faut avoir soin, dit-il, lorsqu'on retire la canule du trocart, de refouler avec les doigts la paroi abdominale vers le kyste, de façon à ne laisser aucun espace libre entre celui-ci et celle-là. Cette compression doit être continuée quelques instants après

(1) Moissenet, *Sur la ponction avec le trocart capillaire, appliquée au traitement des kystes hydatiques du foie* (*Archives générales de médecine*, février 1859).

(2) *Traitement des tumeurs hydatiques du foie par les ponctions capillaires et par les ponctions suivies d'injections iodées*. Paris, 1859.

l'opération, et maintenue les jours suivants à l'aide d'un bandage de corps et de compresses graduées.

Dans le mémoire auquel je faisais allusion tout à l'heure, M. Moissenet propose d'appliquer au traitement radical des kystes hydatiques cette ponction avec le trocart explorateur, qui jusque-là n'avait été employée que pour éclairer le diagnostic. Dans quelques cas qu'il rappelle, cette ponction exploratrice a amené la guérison définitive, cependant personne avant mon honorable collègue de l'hôpital Lariboisière n'avait songé à tirer profit de ces observations. Ce moyen de traitement serait applicable aux cas où les kystes « ont une tendance bien manifeste à se porter au dehors, et lorsqu'ils gênent le libre exercice des organes au milieu ou dans le voisinage desquels ils se développent. Dans ces conditions, et même en l'absence d'adhérences aux parois abdominales, la ponction capillaire évacuatrice peut être appliquée d'emblée aux kystes acéphalocystiques, lorsque rien ne s'oppose à ce que ces kystes soient complètement évacués. Mais, lorsque l'état de faiblesse excessive du malade et le volume énorme de la tumeur font prévoir que l'évacuation ne pourra être faite que peu à peu, à diverses reprises, il faut (c'est toujours M. Moissenet qui parle), il faut avant tout chercher à produire des adhérences solides entre le kyste et les parois abdominales, tant pour pratiquer sans danger de péritonite la ponction capillaire, que pour être en mesure d'adopter plus tard telle autre méthode de traitement qui paraîtra plus convenable. » L'expérience ne s'est pas encore suffisamment prononcée en faveur de cette méthode de traitement, et je ne saurais partager l'avis de M. Moissenet, qui pense que cette ponction évacuatrice avec le trocart est moins dangereuse que la ponction exploratrice, car à côté des cas malheureux qu'on a opposés à celle-ci, combien d'autres ne pourrait-on pas citer où cette opération pratiquée, si journellement pour ainsi dire, n'a amené aucun accident.

Quant à la ponction évacuatrice faite à l'aide d'un trocart assez gros pour que sa canule livre tout à la fois passage au liquide, aux hydatides d'un assez petit volume, et aux débris hydatiques, personne ne conteste les dangers qu'elle entraîne après elle. Comme l'*incision simple*, cette opération est applicable tout au plus au cas où la tumeur, faisant saillie à l'extérieur, menace de s'ouvrir, et lorsqu'on est en droit d'espérer que des adhérences se sont établies entre cette tumeur et les parois abdominales. Si ces adhérences n'existent pas, il arrivera nécessairement que les liquides contenus dans le kyste s'épancheront dans la cavité péritonéale si l'ouverture a été pratiquée du côté du ventre, dans la cavité pleurale si c'est la poitrine qui a été ponctionnée, et des inflammations presque fatalement et rapidement mortelles seront la conséquence de cet épanchement.

C'est pour prévenir cette redoutable complication que Jobert (de Lamballe) a imaginé de faire plusieurs *ponctions successives*, afin de diminuer graduellement le volume de la tumeur, de laisser au kyste le temps de revenir sur lui-même ; ou mieux encore, après la ponction, de *laisser la canule en*

place pendant vingt-quatre heures. Cette canule, qui traverse ainsi la paroi abdominale et le kyste, détermine en ses points de contact une phlegmasie qui tend à établir des adhérences entre le feuillet pariétal et le feuillet kystique du péritoine. En réalité, à l'aide de ce procédé, Jobert arrive par des moyens différents aux mêmes résultats que ceux que l'on obtient par les procédés de Bégin, de Récamier et par le mien.

Le procédé de Bégin (1), que j'ai déjà eu l'occasion de vous exposer dans nos conférences sur les coliques hépatiques, consiste à arriver sur la tumeur par des *incisions successives*. Dans un premier temps de l'opération, la peau, les muscles, sont seuls intéressés, de façon à arriver jusqu'à l'aponévrose, que l'on ouvre avec la plus grande précaution ; le péritoine est lui-même incisé. Le kyste vient alors se présenter au fond de la plaie. Un pansement est fait et maintenu à l'aide d'un bandage bien serré, et l'on prescrit au malade de se mouvoir le moins possible. Quand l'inflammation des parties a déterminé des adhérences entre le kyste et les parois abdominales, on institue le second temps de l'opération en pénétrant dans la tumeur, soit avec un gros trocart, soit mieux encore avec le bistouri.

Je vous ai parlé, à la même occasion, du procédé de Récamier. S'il est moins rapide que celui de Bégin, il gagne en sécurité ce qu'il perd en rapidité. Le premier temps de l'opération, au lieu de se faire avec l'instrument tranchant, se fait avec les *caustiques*. Au niveau du point où le kyste doit être ouvert, on applique sur la peau, soit de la potasse, soit de la pâte de Vienne, soit le caustique de Filhos, en assez forte quantité pour produire une eschare d'une certaine dimension, qui intéresse au moins toute la profondeur du derme. Lorsque cette eschare est formée, on la fend et l'on introduit au fond de la plaie une nouvelle quantité de caustique ; en procédant de la même façon pour cette nouvelle eschare, on arrive, par des cautérisations successives, jusqu'au péritoine, que l'on a soin de respecter. Une inflammation s'empare de la membrane séreuse, et en tenant les parties serrées à l'aide d'un bandage, on met en contact la tumeur et les parois abdominales, de telle sorte que le feuillet du péritoine qui recouvre le kyste participant à l'inflammation du feuillet abdominal, des adhérences s'établissent entre ces deux feuillets, absolument comme cela se passait dans la méthode des ponctions avec la canule à demeure, et dans le procédé d'incisions successives. On a donc alors la possibilité d'ouvrir le kyste, de le vider, sans craindre qu'il revienne sur lui-même, sans craindre, par conséquent, que les liquides qu'il contient s'épanchent dans la cavité du péritoine.

On a reproché au procédé de Récamier que les caustiques n'avaient pas toujours une action facile à limiter ; on a dit qu'ils pouvaient occasionner des péritonites plus ou moins étendues, et même généralisées, et que, par opposi-

(1) Bégin, *Mémoire sur l'ouverture des collections purulentes et autres, développées dans l'abdomen*. Paris, 1830.

tion, ils manquaient quelquefois leur effet en ne produisant pas les adhérences. A ce reproche, on peut répondre en disant que dans les cas où les adhérences n'ont pas été produites, c'est que l'application des caustiques avait été mal faite, et qu'on n'était pas arrivé jusqu'au péritoine; qu'on n'avait pas eu soin de maintenir par une compression convenablement exercée les parois abdominales en contact avec la tumeur.

Vous m'avez vu employer une autre méthode par laquelle je me propose d'obtenir les adhérences entre le kyste et les parois du ventre au moyen de l'*acupuncture multiple*. Je vous ai rappelé comment je procédais; cette acupuncture me paraît offrir cet avantage, que l'inflammation qui l'accompagne est toujours circonscrite dans l'espace où elle est faite; de plus, les adhérences sont plus rapidement obtenues, puisqu'il n'est pas besoin, comme dans le procédé de Récamier, de détruire progressivement les différentes couches de la peau avant d'arriver au péritoine.

Lorsqu'un kyste hydatique a été ouvert, la suppuration s'en empare et la décomposition des matières qu'il contient, peut, en quelques cas, devenir le point de départ d'une infection putride ou purulente qui emporte le malade.

Pour prévenir ces accidents, on a imaginé de faire des injections dans la cavité de la poche ouverte, soit avec de l'eau pure, soit avec un liquide tel que l'alcool ou la teinture d'iode, destiné à modifier la surface du foyer.

Les *injections iodées*, appliquées pour la première fois dans le traitement des kystes hydatiques du foie par M. Boinet, ont été jusqu'ici celles qui ont donné les meilleurs résultats. Gardez-vous de croire pourtant que cette médication soit infaillible. Sans doute, on a à enregistrer un nombre assez imposant de guérisons, mais quelque méthodiquement qu'elle soit pratiquée, cette opération est encore très-hasardeuse.

Les injections doivent être faites tous les jours, et le mélange que l'on emploie contient : parties égales (50 grammes) de teinture d'iode pour autant d'eau distillée, additionnée d'une certaine quantité (4 grammes) d'iodure de potassium. Si les symptômes d'iodisme viennent à se déclarer, on augmente la proportion d'eau distillée.

Lorsque les parois de la poche adventice sont peu épaisses, elles reviennent sur elles-mêmes, et le foyer finit par se fermer complètement; mais il n'en est plus ainsi lorsque ces parois sont trop épaisses.

Je ne dirai qu'un mot des injections de bile proposées dans ces derniers temps, et pratiquées pour la première fois en 1857, par M. le docteur Auguste Voisin. Avant de se prononcer sur cette méthode, il serait nécessaire d'avoir un plus grand nombre de faits à rapporter. D'ailleurs, s'il est aisé de comprendre les avantages de l'injection iodée, il est moins facile de se faire une idée de ceux que pourrait présenter l'injection faite avec la bile, quand on connaît surtout les terribles effets produits par le contact de la bile avec le péritoine et le tissu cellulaire sous-cutané.

LXXX. — DE L'ICTÈRE GRAVE.

L'ictère grave est une maladie générale, *totius substantiæ*, analogue à la fièvre typhoïde, à la fièvre bilieuse des régions intertropicales. — La rétention de la bile dans les canaux biliaires ne fait point l'ictère grave. — Symptômes typhoïdes du début. — Coloration jaune, verte de la peau et des conjonctives. — Hémorrhagies par les membranes muqueuses : épistaxis, gastrorrhagie, mæna. — Hémorrhagies de la peau : ecchymoses, purpura. — Diminution de volume du foie, non constante. — Symptômes nerveux secondaires. — Terminaison, mortelle le plus souvent. — Anatomie pathologique : altération de la cellule hépatique non constante. — Altération du sang primitive. — Remarque sur l'ictère mortel du nouveau-né. — L'ictère grave n'est pas la fièvre jaune.

MESSIEURS,

Dans l'une de nos dernières conférences sur les coliques hépatiques, je vous ai rapporté, avec tous ses détails, l'observation d'une femme âgée d'une cinquantaine d'années, et qui a succombé dans notre salle Saint-Bernard aux accidents qui accompagnent l'étranglement des hernies. Vous vous rappelez assurément, messieurs, que cette malade, qui était encore dans notre service, à plusieurs reprises, pour des coliques hépatiques, présentait dans les dernières semaines de son séjour à l'hôpital un ictère des plus prononcés. Pendant plusieurs semaines les canaux biliaires devaient être obstrués, lors de chaque accès de colique, car l'ictère persistait longtemps, les urines présentaient une coloration acajou très-marquée et les matières fécales offraient les caractères observés ordinairement en pareille circonstance.

Cette malade, avons-nous dit, a succombé à un étranglement herniaire, mais l'autopsie qui a été faite avec le plus grand soin par M. le docteur Benj. Ball nous a démontré, entre autres faits intéressants, une oblitération complète des canaux excréteurs. En effet, le canal cystique et la première portion du canal cholédoque étaient tellement confondus, au milieu de produits inflammatoires, qu'il était impossible de comprendre comment la bile eût pu couler jusqu'à l'intestin par les voies naturelles. Et, si la bile tombait dans le duodénum, cet écoulement ne pouvait avoir lieu que par une ouverture anormale, une fistule dont nous avons trouvé l'orifice intestinal seulement. Je ne veux pas insister plus longtemps sur les détails de cette autopsie qui sont encore présents à votre esprit; mon intention est surtout de vous faire remarquer que chez cette malade, où, pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois, il existait une rétention biliaire relative sinon absolue, l'organe hépatique lui-même ne nous a offert aucune altération dans ses éléments anatomiques, la cellule hépatique n'avait subi aucune altération, la sécrétion biliaire avait continué certainement à se faire, et la bile retenue dans les canaux excréteurs