

pourrait entraîner semblable catastrophe. Ce qui est plus réel, c'est que la ponction s'accompagne d'éruptions or-tiées fort désagréables, ou même d'accidents plus graves bien décrits par Achard : des nausées, des vomissements, de la dyspnée, du collapsus, de la fièvre, une température qui parfois monte jusqu'à 40°. Il faut reconnaître que ce syndrome alarmant tourne court, et qu'il s'agit, non de péritonite, mais de péritonisme.

Mais les intoxications par le sublimé ne sont pas rares; elles furent légères dans le premier cas de Jubel-Renoy et l'on ne nota que de la stomatite; dans le second il y eut de la fièvre, de la diarrhée, de l'inflammation des gencives et la suppuration du kyste. Même complication chez une opérée de Mercklen : on retira par ponction 500 grammes de liquide hydatique, et l'on injecta ensuite 200 grammes de van Swieten, puis 300 grammes d'eau boriquée pour enlever le sublimé. « Une heure après, la malade était prise d'accidents syncopaux, de frissons, d'une fièvre qui dura quinze jours avec diarrhée profuse, stomatite et congestion pulmonaire double; je fis une nouvelle ponction et je trouvai du pus dans la poche. » Nous connaissons plusieurs autres cas où l'intoxication fut favorisée par un accident d'une extrême gravité : on ponctionne le kyste, on le vide et l'on injecte la liqueur de van Swieten, mais lorsqu'on veut l'évacuer, tout à coup une vésicule, des débris de membranes obtèrent la canule, et le sublimé reste emprisonné dans le foie dont le tissu très vasculaire se prête à l'absorption rapide. Félizet rappelait, devant la Société de chirurgie, un fait où la mort avait été la conséquence de ce contre-temps.

Et cette mort n'est pas la seule inscrite au passif des injections au sublimé; il y a encore l'observation de Wilbouchewitch. Mais ne peut-on répondre que le procédé employé dans ces cas est mauvais, et que celui de Hanot met à l'abri de pareilles catastrophes? N'a-t-on pas dit que « l'hydatide meurt de peur au moindre contact du sublimé »? Pourquoi donner des solutions fortes et d'énormes quantités? Dix centimètres cubes de liqueur dédoublée suffiraient à tuer les vésicules, pourquoi recourir à deux cents? Donc si on n'injecte dans la poche qu'une quantité incapable, malgré son absorption rapide, de causer des dommages à l'organisme, on pourra guérir le kyste hydatique sans courir aucun risque, et la méthode des injections parasitocides échappe aux reproches de ses adversaires. Aussi, tout en proclamant avec les chirurgiens que la laparotomie pour kyste hydatique du foie est une opération peu grave et dont la mortalité est presque nulle, j'accorde aux médecins que l'injection parasitocide prudente peut être moins grave encore.

Un autre argument que je ne vois relevé nulle part et dont nos adversaires devraient s'emparer, c'est que, au contraire de ce que l'on observe généralement, la guérison par les procédés médicaux est ici plus rapide que par les procédés chirurgicaux. Dix jours, douze jours, quinze jours après l'injection parasitocide, le malade est rendu à ses occupations; on sait les longues semaines qu'exige la rétraction de la poche après ouverture large. J'ai dans ma salle un journalier de 30 ans, opéré le 15 octobre 1892 et qui aujourd'hui, quatorze mois environ après la laparotomie pour kyste hydatique du foie, conserve encore

une fistulette et n'a pas quitté l'hôpital. Je veux bien qu'il s'agisse là d'un cas exceptionnel; mais les guérisons qui comptent deux, trois et quatre mois ne sont pas rares; en réalité, ce sont les plus nombreuses pour les kystes intra-hépatiques volumineux, lorsque le chirurgien n'a pas réséqué une partie des parois de la poche.

Je ne vois à invoquer en faveur de l'incision large comme méthode de choix qu'un moyen sur la valeur et l'importance duquel nous sommes d'ailleurs loin d'être fixé: je veux parler de la solidité de la guérison; je croirais volontiers les récidives plus fréquentes après les injections parasitocides; je crois que nombre de kystes déclarés guéris, voient la cavité se remplir encore après des semaines et des mois, et chaque chirurgien de quelque pratique a déjà opéré de ces tumeurs reproduites. Mais dans quelle proportion cette rechute survient-elle? Est-elle fréquente, rare ou exceptionnelle? Aucune statistique ne peut nous renseigner, et ceci n'est pas sans portée, puisqu'on signale aussi la récidive après la laparotomie. Nous n'en voudrions pour preuve que l'observation d'un de nos collègues, le premier Français, pensons-nous, qui ait été laparotomisé pour un kyste hydatique, — à vrai dire, par un chirurgien anglais. Au bout de quatre ans, la tumeur reparait; Terrillon la ponctionne, l'évacue et guérit le malade, définitivement, nous l'espérons, par un lavage de la poche avec le sublimé. Peut-être s'agit-il d'un de ces kystes dont Maunoury nous a fourni un si remarquable exemple: sa malade n'a pas subi moins de six opérations.

Une innocuité sans doute plus grande, une guérison

plus rapide, tels sont les arguments à retenir en faveur du traitement médical; une guérison plus certaine, moins sujette à un retour offensif, voilà qui plaide en faveur de l'intervention chirurgicale. En vérité, nous ne trouvons là rien de péremptoire et qui puisse nous décider. Heureusement quelques indications cliniques se dégagent dès aujourd'hui, et le diagnostic de telle ou telle variété conduirait au procédé à choisir. Et nous pouvons établir, en principe, que le traitement par incision large convient mieux aux catégories suivantes: kystes suppurés, kystes récidivés, vieux kystes à paroi calcifiée, kystes presque émergés du tissu hépatique auquel ils ne sont fixés que par un mince pédicule, kystes encombrés de vésicules filles, enfin kystes volumineux, tendus, prêts à se rompre chez des individus déjà cachectisés; il n'y a pas de temps à perdre en un traitement médical qui peut échouer. Ainsi avons-nous agi chez notre fillette de neuf ans, dont les deux cavités hydatiques étaient si grosses et remplissaient à tel point le ventre, que l'enfant en avait pris la forme d'une gourde.

Nous en dirons autant pour les kystes suppurés: je sais bien que Mesnard s'écrie que des injections de liqueur de van Swieten triomphent dans le traitement des kystes suppurés. Qu'on ait observé quelques succès, le fait est certain, mais nous ne croyons pas d'une bonne chirurgie la ponction sous-cutanée, et par conséquent aveugle, de ces cavités dont le pus peut inoculer le péritoine; puis, le plus souvent, la suppuration continue et infecte parfois l'organisme. Aussi doit-on traiter ces kystes comme des abcès dont, en définitive, ils sont

l'équivalent. Pour nous, l'indication semble formelle. Elle l'est encore dans ces poches où la tumeur émerge du foie et s'étale dans le ventre à la manière d'un kyste de l'ovaire. Laisser ces parois flottantes dans le péritoine après évacuation du liquide ne serait pas sans danger. N'est-il pas plus simple de les extirper jusqu'au niveau du pédicule que l'on traitera de façon différente selon l'étendue de son implantation sur le foie? On cite quelques cas où il a pu être étreint dans une ligature.

L'indication nous semble aussi précise dans les vieux kystes à parois dégénérées, et blindées d'incrustations calcaires ou osseuses. Le malade que nous avons encore dans nos salles en est un curieux exemple : il est âgé de 31 ans et c'est à 15 ans qu'apparut la tumeur hépatique. Nous l'avons ouverte, et la cavité qui mesurait plus de 30 centimètres de profondeur était, dans la plus grande partie de son étendue, revêtue de plaques dures, résistantes et qui empêchaient la paroi de revenir sur elle-même. On aurait vidé et injecté un liquide parasiticide, que la poche n'eût pu se rétracter ; une exsudation aurait toujours rempli cette cavité dont l'infection par quelque germe pathogène venu du dedans n'aurait certainement pas tardé à se faire. Au contraire, après l'incision large et le drainage, une exfoliation lente a commencé ; peu à peu les plaques se sont détachées et nous en retirions tous les trois ou quatre jours quelques fragments de 2 ou 3 centimètres de côté. La cicatrisation totale n'en est pas encore obtenue au bout de quatorze mois!

Même nécessité de l'intervention chirurgicale dans les cas où la cavité kystique est encombrée de vésicules

filles ; l'aiguille aspiratrice ouvre une poche, deux, trois, quatre, dix à la rigueur, mais elle ne saurait les atteindre toutes ; la liqueur de van Swieten ne se diffuse pas parmi ces innombrables hydatides. Et puis la poche reste remplie et, par le trou de pénétration du trocart dans le foie, peuvent se faire des écoulements de liquide qui ne sont pas sans danger pour le péritoine ; d'autant que les manœuvres multipliées auxquelles on a eu recours pour ouvrir le plus grand nombre de vésicules et évacuer la plus grande quantité possible de liquide, ont souvent inoculé la poche, et la suppuration est fréquente. Je n'en veux pour preuve que l'observation précédente. Notre malade entre le 4 mars 1892 dans le service de Chauffard qui, le 12, pratique trois ponctions avec l'aspirateur de Potain et ne peut retirer qu'une très petite quantité de liquide : nouvelles ponctions le 21 qui donnent un résultat identique : on injecte 1 centimètre cube de sublimé ; le 31 mars nouvelle aspiration, injection bactéricide nouvelle de 1 centimètre cube ; le 20 juillet on peut retirer 122 grammes de liquide et l'on injecte 2 centimètres cubes de sublimé. Mais la tumeur reste stationnaire ou même s'accroît, et Chauffard se décide à nous confier son malade.

Le 15 octobre 1892, trainée anesthésique à la cocaïne, d'une longueur de 12 centimètres. L'incision nous amène sur le foie, séparé du péritoine par des adhérences nombreuses mais incomplètes. Aussi le prenons-nous avec des pinces érigées pour l'appliquer étroitement contre la paroi abdominale et empêcher l'effusion de liquide dans la séreuse. Avec le thermocautère, nous traversons une épaisseur de tissu de 1 centimètre et demi et,

à ce moment, une certaine quantité de liquide purulent et de débris d'échinocoques arrivent à l'extérieur. L'incision est alors pratiquée, et lorsque la poche est vidée des vésicules innombrables qu'elle contient, nous plaçons une rangée circulaire de sutures entre la paroi abdominale et les lèvres de l'incision hépatique, et nous drainons largement la cavité après avoir constaté l'existence de ces plaques calcaires qui la doublent dans la plus grande partie de son étendue. La guérison est survenue, mais vous savez combien lentement !

L'incision nous semble indiquée dans tous ces cas qui ne forment, d'ailleurs, qu'une petite minorité parmi les kystes hydatiques du foie. Mais, dans les autres, dans les kystes à paroi souple, à vésicules peu nombreuses et d'où la ponction retire parfois non du pus, mais une quantité appréciable de liquide clair, je trouve que l'on doit recourir au procédé de Hanot et voici ce que je propose : ponctionner avec l'aiguille de Dieulafoy, retirer tout le liquide qui pourra s'écouler ; si la poche est bien tarie, injecter 20 centigrammes environ de liqueur de van Swieten dédoublée avec de l'eau bouillie qu'on laissera dans la cavité. Mais si la poche se vide mal, preuve de l'existence de nombreuses vésicules, séance tenante anesthésier à la cocaïne, ouvrir largement jusqu'à la glande. On voit alors si le kyste est intra-hépatique ou si sa paroi propre émerge de l'organe. Dans le premier cas, on bourre l'incision de gaze iodoformée pour laisser largement écartées les lèvres de la plaie et on attend la formation d'adhérences ; c'est alors au bout de huit à dix jours seulement que le kyste sera définitivement ouvert. Mais si sa paroi

souple permet de bien affronter le tissu, on pratique la suture.

Vous le voyez, Messieurs, je fais un grand pas vers le camp médical, et, en dehors des variétés spéciales énumérées tout à l'heure et qu'il est malheureusement plus facile d'indiquer que de diagnostiquer, je propose de commencer le traitement du kyste hydatique par la ponction, l'évacuation du liquide et l'injection parasiticide ; mais en cas d'échec immédiat ou de récurrence, je ne m'entêterai point et m'adresserai à l'incision en un ou deux temps, opération à peu près innocente et qui n'en est plus à faire ses preuves.