

PRONOSTIC. — Le pronostic des abcès du foie, toujours fort grave, dépend de leur volume, de leur siège et de leur marche. Ceux qui occupent la face inférieure, et tendent à s'ouvrir dans le côlon transverse ou à travers la paroi abdominale antérieure, donnent une mortalité moins considérable que ceux qui remplissent les conditions opposées. Cependant l'ouverture de l'abcès dans les bronches constitue également un mode de guérison assez favorable. Enfin, il faudra tenir compte pour le pronostic de l'état général des malades, de leur degré de résistance à la suppuration prolongée, et de la persistance des complications intestinales qu'on observe assez souvent.

TRAITEMENT. — Le traitement d'une affection aussi sérieuse et aussi difficile à reconnaître est, on le conçoit, bien loin d'être simple. En effet même lorsque les signes rationnels de la suppuration existent, il est souvent encore impossible de constater les signes physiques qui permettraient de déterminer le siège de l'abcès et de diriger utilement l'intervention chirurgicale. Et cependant, les inconvénients de l'expectation peuvent être considérables, en raison de l'affaiblissement progressif du malade et des complications résultant de l'ouverture de l'abcès dans un organe voisin. Dans les cas douteux, on devra avoir recours à la ponction exploratrice pratiquée à l'aide des appareils perfectionnés de Dieulafoy et de Potain.

Une fois l'abcès reconnu, le chirurgien peut avoir recours à l'une des nombreuses méthodes qui ont été proposées pour l'ouverture des kystes du foie et que nous décrirons tout à l'heure.

Dieulafoy a appliqué avec succès son appareil à la cure des abcès du foie; à cet effet il pratique des ponctions capillaires qu'il renouvelle ainsi successivement à mesure que le pus se reproduit. On peut même par ce procédé pratiquer des injections détersives dans l'intérieur du foyer.

Mais nous croyons que si ce procédé a pu donner quelques succès, il n'assure pas suffisamment l'évacuation du pus et la détersion du foyer, et nous donnons la préférence à la ponction avec un gros trocart à hydrocèle. Une fois le pus entièrement évacué, on introduit au travers de la canule une sonde qu'on laisse à demeure, tandis qu'on retire l'instrument. Le lavage du foyer est ainsi beaucoup plus facile et l'expérience a montré que ce procédé donnait les meilleurs résultats, aussi bien dans les abcès du foie que dans les kystes hydatiques. Il est du reste très-facile à pratiquer au niveau des espaces intercostaux et n'entraîne du côté du péritoine qu'une inflammation circonscrite qui, loin d'être un danger, peut permettre à un moment donné une large ouverture du foyer. Celui-ci à la longue revient sur lui-même, se tarit et en fin de compte il ne reste qu'une fistule, dont on obtient l'oblitération au bout d'un temps variable.

Il est bien entendu que si l'abcès était sous-cutané et tendait à s'ouvrir de lui-même, une incision simple suivie d'injections détersives serait le meilleur traitement à employer.

2° Kystes hydatiques.

Les kystes hydatiques du foie peuvent se diviser en deux grandes classes d'un intérêt pratique fort différent. La première comprend les kystes dits *alvéolaires*, variété fort rare, que nous nous contenterons de signaler sans nous y arrêter. La symptomatologie en est encore fort obscure, et le traitement tant médical que chirurgical qu'on lui a opposé est jusqu'à présent demeuré sans effet. Nous renvoyons aux traités de pathologie interne le lecteur qui désirerait en prendre une connaissance plus complète. Quant à la deuxième classe, elle comprend les kystes hydatiques ordinaires, dont les symptômes sont mieux déterminés et dont le traitement a fait de grands progrès. On consultera avec fruit, pour leur étude, les ouvrages suivants:

DOLBEAU, *Kystes hydatiques de la surface convexe du foie*, thèse, Paris, 1856.
— LEUDET, *Sur le traitement des kystes hydatiques du foie* (Arch. gén. de méd., 1860. 5^e série, t. XV, p. 62 et 195). — DAVAINÉ, *Traité des entozoaires*, Paris, 1860. — BOINET, *Traité des kystes hydatiques* (Bulet. de l'Acad. de méd. t. XXVI, p. 72). — DIEULAFOY, *Diagnostic et traitement des kystes hydatiques par aspiration*, Paris, 1872. — MAGNAN, *Contrib. à l'étude des kystes hydatiques du foie*, thèse, Paris, 1877.

ÉTIOLOGIE. — Ces kystes, dont on peut rapprocher les kystes séreux simples, se rencontrent surtout dans les régions tempérées, à l'inverse des abcès, qui sont plutôt l'apanage des pays chauds. Certaines contrées, certaines villes y sont plus particulièrement exposées. C'est en Islande, et principalement dans l'intérieur des terres, que cette affection acquiert son maximum de fréquence et prend un véritable caractère d'endémicité. Ce fait s'explique par la cohabitation des indigènes avec les animaux domestiques, et surtout avec les chiens, qui sont très-souvent atteints d'entozoaires. Aussi les femmes, en raison de leur vie plus sédentaire, et les pauvres, à cause de leur mauvaise hygiène, sont-ils frappés de préférence. Les marins et les habitants du littoral en sont assez généralement exempts, grâce à leur genre particulier de nourriture. C'est de vingt à quarante ans qu'on observe habituellement cette affection, qui est rare chez l'enfant et chez le vieillard.

L'origine parasitaire de ces kystes, leurs rapports avec les ténias, les transformations que ces helminthes subissent pour passer d'un organe dans un autre, ont été bien mis en lumière par les travaux de Davaine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les vers cestoiïdes, qui habitent le foie chez l'homme, et qui sont les scolex du *ténia échinococcus*, ne sont jamais libres dans le tissu hépatique. Ils sont enfermés dans une cavité close, dont les parois sont formées de deux membranes concentriques: l'une externe, fibreuse, de nature irritative, constitue la *membrane adventice*; elle est facile à séparer de la couche interne qui forme la

vésicule mère ou la *vésicule hydatique primitive*. On peut subdiviser cette dernière en deux feuillets, l'un anhyste, blanchâtre, l'autre granuleux (*membrane fertile* de Robin). Le contenu en est tremblotant, comme gélatineux; il renferme les *vésicules filles* ou *vésicules hydatiques secondaires*, nageant au milieu d'un liquide citrin, non albumineux, mais qui contient du chlorure de sodium en proportion notable. Au milieu de ce liquide ou accolés aux parois des vésicules se trouvent les *scolex* de l'échinocoque, facilement reconnaissables à leur couronne de crochets et aux ventouses qui surmontent leur tête. Ces vers peuvent manquer dans certains kystes que Laennec a désignés pour cette raison sous le nom d'*acéphalocystes*.

Ce qui intéresse surtout le chirurgien, c'est de connaître les caractères extérieurs de ces tumeurs, leurs rapports avec les organes voisins et leurs modes de terminaison.

Habituellement uniques, les kystes hydatiques du foie peuvent exceptionnellement se rencontrer au nombre de deux ou trois. Bien qu'ils envahissent toutes les parties de cet organe, leur siège de prédilection est le lobe droit.

Leur volume varie depuis celui d'une orange jusqu'à celui d'une tête d'enfant, et souvent bien davantage. On en a cité qui s'étendaient depuis la deuxième ou la troisième côte jusqu'à la crête iliaque. Leur forme, sphérique au début, ne tarde pas à s'altérer à mesure qu'ils se développent. Elle devient irrégulièrement oblongue, et peut prendre les aspects les plus variés. Le tissu hépatique cède en effet sur certains points à la pression intra-kystique, et il se forme des bosselures plus ou moins volumineuses à la surface des tumeurs.

Lorsque les kystes sont encore peu développés ou qu'ils occupent la partie centrale, ils ne font qu'une saillie médiocre à la face externe du foie; mais, en s'agrandissant, ils se portent vers l'une des deux grandes cavités du tronc, en déplaçant et refoulant les organes qu'elles renferment. D'après la situation qu'elles occupaient primitivement, on peut, selon Dolbeau, en déduire la tendance qu'auront ces tumeurs à se diriger vers la cage thoracique, ou vers la cavité abdominale. Cette remarque est exacte dans la majorité des cas, mais elle ne constitue pas une règle absolue, car parfois les tumeurs développées à la face convexe se dirigent vers l'abdomen et *vice versa*.

Les côtes, le diaphragme, l'estomac, les intestins peuvent ainsi être refoulés et gênés considérablement dans leurs mouvements et leurs fonctions. De même les vaisseaux de la face inférieure du foie et les gros conduits biliaires qui, d'habitude, sont respectés, n'échappent pas toujours aux effets de la compression.

En même temps qu'ils prennent de l'extension, les kystes acquièrent une tendance marquée, soit à passer à la suppuration, soit à s'ouvrir dans les cavités voisines. Des adhérences s'établissent en général spontanément pour permettre l'évacuation du pus ou des hydatides, et

prévenir leur irruption dans les séreuses avoisinantes. Lorsque ces adhérences ne se forment pas ou qu'elles se déchirent secondairement, le contenu de la tumeur se vide dans le péritoine, la plèvre ou le poumon, complication qui, sauf des exceptions rares, est rapidement mortelle. Le plus souvent, cette ouverture se fait du côté de la cage thoracique, après usure du diaphragme et formation d'adhérences entre ce muscle et la face inférieure des poumons. Le contenu du kyste se vide alors directement dans le tissu pulmonaire ou bien encore dans les bronches. Un abcès du parenchyme, ordinairement suivi de mort, en est la conséquence dans le premier cas; au contraire, dans le deuxième, qui constitue un mode de terminaison relativement favorable, le pus ou les hydatides sont rejetés au dehors par des vomiques répétées.

La rupture du kyste peut encore se faire du côté du tube digestif. Là encore les conséquences en sont variables: tandis que la perforation de l'estomac entraîne assez vite un dénoûment fatal, l'ulcération du gros intestin, au contraire, est un mode de guérison très-heureux, à moins de complications inflammatoires du côté de la muqueuse digestive. La paroi abdominale elle-même peut être perforée, et le contenu du kyste s'évacuer au dehors par un trajet direct ou plus ou moins sinueux, qui souvent reste fistuleux pendant de longues années.

Enfin nous devons signaler d'autres terminaisons exceptionnelles, telles que l'ulcération des veines intrahépatiques suivie de phlébite suppurée et d'infection purulente; la perforation de la veine cave inférieure et celle de l'artère pulmonaire. Une communication peut s'établir aussi entre la tumeur parasitaire et les voies biliaires. Lorsqu'il s'agit de canaux de petit calibre, les hydatides ne sauraient y pénétrer, mais la bile qu'ils renferment s'épanche dans la cavité kystique et tue les échinocoques. La marche du kyste en est généralement arrêtée, et la guérison a lieu; aussi a-t-on fondé sur ce fait une méthode thérapeutique consistant à injecter de la bile de bœuf dans l'intérieur de la tumeur. Lorsque des canaux biliaires plus volumineux sont ouverts, les hydatides s'y engagent et déterminent alors les mêmes accidents que la lithiase biliaire; le plus souvent, après un temps variable, elles sont évacuées à travers le canal cholédoque jusque dans le duodénum, terminaison en général assez favorable.

Enfin, sous des influences mal déterminées, on voit parfois les parois du kyste s'indurer, s'ossifier; les vésicules comprimées, et gênées dans leur développement meurent, et le contenu de la tumeur se transforme en un magma caséeux où il est encore possible de retrouver les crochets des échinocoques. Des dépôts de graisse, en s'infiltrant dans les enveloppes du kyste, peuvent amener le même résultat.

SYMPTOMATOLOGIE. — Au début, les kystes hydatiques du foie ne manifestent leur présence par aucun symptôme morbide bien accusé; aussi, lorsqu'ils ne dépassent pas un certain volume, peuvent-ils rester latents pendant toute la vie; ce n'est qu'au moment où, en se dévelop-

pant, ils compriment les organes voisins, que se montrent les premiers troubles pathognomoniques de cette affection. Souvent aussi, un traumatisme de la région, en déterminant la suppuration d'un kyste méconnu jusque-là, vient en déceler l'existence.

Les troubles digestifs, en général, sont les premiers observés; ils sont très-légers au début et consistent en constipation, dyspepsie, et quelquefois en vomissements de matières grasses, sur lesquels Dieulafoy a particulièrement insisté. En même temps on observe une toux sèche, s'accompagnant de dyspnée et de palpitations plus ou moins violentes. Selon le siège et le volume du kyste, les altérations fonctionnelles sont plus ou moins accusées. Les malades se plaignent, en outre, d'une sensation de gêne, de pesanteur au niveau de l'hypochondre droit; dans quelques cas, c'est une douleur véritable, que l'on peut attribuer soit à la péritonite périhépatique, soit à la tension extrême du liquide contenu dans la poche kystique.

Bientôt les signes physiques viennent s'adjoindre aux précédents, et l'on constate alors qu'il se produit insensiblement, dans la région du foie, une voussure, un soulèvement plus ou moins étendu, qui peut être partiel, mais qui d'ordinaire est général. Dans ce dernier cas, toutes les côtes inférieures du côté droit se déjettent en dehors; les espaces intercostaux correspondants s'élargissent. La palpation, pratiquée avec légèreté, de façon à éviter la contraction des muscles abdominaux, permet de reconnaître au-dessous du rebord des fausses côtes, l'existence d'une tumeur rénitente, arrondie, quelquefois bosselée, se continuant avec le foie, dont elle suit les mouvements pendant l'inspiration et l'expiration. Par la percussion, on constate à ce niveau une matité continue avec celle du foie, à moins que l'interposition d'une anse d'intestin ne vienne donner de la sonorité et constituer une cause d'erreur, parfois difficile à éviter. Lorsque le kyste se prolonge vers la cage thoracique, la matité du foie est plus étendue vers sa partie supérieure, et elle est perçue soit en avant, soit en arrière, jusqu'à une hauteur variable.

Quand la tumeur kystique est suffisamment développée, la fluctuation devient perceptible. Elle peut s'obtenir de différentes manières; mais le moyen le plus sûr, consiste, sans contredit, à placer l'une des mains derrière l'hypochondre et à pratiquer avec l'autre de petites secousses sur la partie saillante de la tumeur. Quant au *frémissement hydatique* décrit par certains auteurs comme pathognomique de cette affection, il est loin d'être constant, et semble ne se rencontrer que dans certaines conditions physiques, encore mal déterminées. On devra cependant toujours rechercher ce signe qui, lorsqu'il existe, a une valeur séméiologique fort importante et qui ne paraît pas se retrouver dans les kystes séreux du foie.

Malgré tous ces symptômes qui dénotent déjà un envahissement assez étendu du foie par le kyste hydatique, l'état général peut se

maintenir pendant des mois et des années dans un état d'intégrité relative. Les fonctions digestives, tout en étant troublées, s'exécutent cependant encore, il n'y a pas de symptômes fébriles, pas d'amaigrissement ni de perte bien sensible des forces.

Cependant, à la longue, la scène se modifie: en se développant, le kyste détermine de l'ictère par compression des voies biliaires; une ascite plus ou moins considérable, et de l'œdème des membres inférieurs surviennent dans certains cas, par suite de la gêne de la circulation veineuse abdominale; les troubles pulmonaires et digestifs s'accroissent de plus en plus, à mesure que la tumeur augmente de volume. Enfin les malades finissent par tomber dans un état cachectique qui se termine par la mort, si le chirurgien n'intervient pas.

Toutefois, il est rare que les kystes hydatiques du foie arrivent à ce degré de développement; le plus souvent ils s'enflamment, suppurent ou s'ouvrent dans les organes voisins, avant d'atteindre cette période terminale.

L'inflammation se produit, du reste, dans différentes conditions. Elle survient fréquemment, sous l'influence d'un traumatisme ou de l'augmentation considérable du kyste. D'après Petit (1), une pleurésie intercurrente détermine souvent une inflammation suppurative du kyste, resté stationnaire jusque-là. D'autre part, cette inflammation est absolument la règle, quand le kyste s'est ouvert à la surface de la peau ou d'une muqueuse. Cette transformation n'est pas immédiate; mais elle est en général assez rapide. Enfin, fréquemment, elle est la conséquence de la thérapeutique employée contre le kyste, même lorsque celui-ci n'a eu aucune communication avec l'air extérieur.

L'inflammation s'annonce par une douleur d'abord sourde, puis pongitive, lancinante, qui contraste avec l'indolence primitive. Quelquefois cette inflammation est assez modérée pour ne pas devenir suppurative; on observe alors des modifications très-heureuses du côté de la poche, qui diminue de volume et finit par disparaître. Mais le plus souvent la suppuration a lieu et se traduit par des frissons, de la fièvre, des sueurs et des signes rapides d'hecticité; de l'œdème de la paroi de l'hypochondre se montre à ce moment, et permet d'établir nettement le diagnostic. Lorsque les phénomènes précédents sont très-accusés et qu'il existe en outre de l'ictère, on peut affirmer que le processus s'est étendu au tissu hépatique lui-même et qu'un abcès péri-kystique est en voie de formation. D'une façon générale la suppuration des kystes hydatiques hâte leur ouverture à l'extérieur ou dans les organes voisins.

Celle-ci peut, du reste, survenir spontanément par suite de l'amin-cissement progressif et de la rupture des parois de la poche kystique.

(1) *Revue mensuelle de chirurgie et de médecine*, 1877.

On conçoit que les désordres fonctionnels et physiques prennent une physionomie différente, suivant l'organe où la perforation s'est faite.

Lorsqu'une communication s'établit entre le kyste et le péricarde, il se produit une douleur précordiale subite, avec accélération des battements du cœur et syncope mortelle. Si la compression du cœur n'est pas trop considérable, une péricardite avec épanchement énorme se développe et emporte rapidement le malade.

L'ouverture dans le péritoine entraîne les mêmes accidents promptement funestes. Elle s'annonce brusquement par une douleur abdominale atroce, suivie de tous les signes de la péritonite par perforation. Parfois, cependant, la fissure de la poche kystique est assez étroite et le liquide qui s'écoule en assez petite quantité pour que des adhérences aient le temps de se former et de limiter l'épanchement. Il en résulte alors une péritonite enkystée, qui est d'ordinaire purulente.

Lorsque le diaphragme est perforé et que le liquide du kyste pénètre dans la plèvre, une douleur vive se déclare dans le côté droit de la poitrine, accompagnée d'un appareil fébrile intense, et l'on ne tarde pas à constater les signes d'une pleurésie purulente. Celle-ci peut, dans certains cas, s'enkyster rapidement, et avant que l'extension de l'inflammation à toute la séreuse ait entraîné la mort, le liquide s'évacue dans les bronches, en même temps que se produisent les signes physiques de l'hydropneumothorax. Une vomique abondante contenant du pus et des hydatides se produit au moment où éclate cette complication. Une expectoration de même nature, souvent fétide, continue à se faire pendant fort longtemps, jusqu'à ce que la poche kystique soit revenue sur elle-même. Souvent le malade, incapable de résister aux effets de cette suppuration prolongée, est pris de fièvre hectique, de sueurs, de perte rapide des forces et finit par succomber. Cependant Cadet de Gassicourt a montré que souvent, loin d'être défavorable, l'ouverture dans les bronches était assez heureuse. On ne peut en dire autant quand le liquide s'épanche dans le tissu pulmonaire lui-même. L'abcès qui en résulte donne lieu à des vomiques plus tardives, d'une fétidité repoussante, mais le plus souvent la mort arrive dès les premiers jours de cette complication.

L'ouverture du kyste dans l'estomac et l'intestin se traduit soit par des vomissements, soit par de la diarrhée, et l'on retrouve dans les matières des déjections des débris hydatiques. Les troubles digestifs qui en sont la conséquence entraînent souvent une terminaison funeste, surtout dans les cas de perforation stomacale, qui sont presque fatalement mortels.

Dans tous les modes de terminaisons que nous venons d'indiquer, au moment où se produit l'ouverture du kyste, on observe localement la diminution plus ou moins rapide de la poche qu'il constituait et on peut en suivre le retrait graduel à l'aide des signes physiques que nous avons indiqués plus haut.

Lorsque le kyste tend à s'ouvrir au dehors, on constate en un point variable de la paroi abdominale, quelquefois fort loin de la lésion primitive, une tumeur superficielle, nettement fluctuante, recouverte par la peau rouge et œdématisée; celle-ci s'amincit progressivement et finit par se perforer, en donnant issue au liquide et aux vésicules hydatiques. Les parois de la poche, dans les cas heureux, reviennent sur elles-mêmes et, après un temps variable, l'orifice fistuleux, qui la faisait communiquer avec l'extérieur, s'oblitére et la guérison a lieu. D'autres fois, une suppuration fétide, que rien ne peut tarir, se produit dans la poche kystique et amène la mort du malade par infection putride ou pyohémie.

En résumé, les kystes hydatiques présentent dans leur évolution deux périodes : l'une, que l'on pourrait appeler *période latente*, et qui est caractérisée par une augmentation légère de volume du foie et l'absence des troubles fonctionnels; l'autre, que nous désignerons sous le nom de *période de compression*, dans laquelle on observe à un moment donné, et sous des influences diverses, la suppuration et la rupture du kyste.

La marche en est toujours chronique et la durée fort longue, quoique très-variable. Celle-ci se limite entre deux et trente ans, mais le plus souvent elle est de trois ou quatre années.

Quoique la guérison spontanée soit possible, la mort est la terminaison habituelle du kyste hydatique du foie. Elle arrive, soit par le seul fait des perturbations fonctionnelles du foie et des organes voisins, soit sous l'influence des diverses terminaisons que nous avons signalées.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic des kystes hydatiques du foie présente des difficultés nombreuses, quelle que soit la phase de leur évolution à laquelle ils sont arrivés. Au début, il est absolument impossible, en raison de leur petit volume et de l'absence de réaction locale ou générale. Plus tard, à leur période d'état, les kystes présentent des signes plus caractéristiques; cependant diverses affections de la paroi thoraco-abdominale, des cavités abdominale ou thoracique peuvent encore les simuler et en rendre le diagnostic fort délicat.

C'est ainsi que ces tumeurs peuvent être confondues avec les kystes ou abcès froids de la paroi abdominale, qui s'en distingueront par leur position superficielle, leur délimitation facile et l'absence de tout retentissement organique.

Parmi les maladies du péritoine qui peuvent en imposer pour des kystes hépatiques, le cancer se reconnaîtra facilement par la considération de l'état général, par la consistance plus ferme de ses bosselures, par l'absence de fluctuation. L'ascite ne présentera de difficultés de diagnostic que lorsqu'elle viendra compliquer les kystes hydatiques. Dans ce cas, une ponction sera souvent nécessaire pour évacuer le liquide péritonéal et permettre l'exploration des organes profonds.

Diverses affections du rein, notamment le cancer et l'hydronéphrose, ont été prises assez souvent pour des tumeurs parasitaires du foie et réciproquement. Les caractères de l'urine, la présence d'une tuméfaction douloureuse dans la région lombaire, mettront sur la voie du diagnostic. Quant aux kystes hydatiques des autres viscères abdominaux, il est presque impossible de les distinguer de ceux du foie, à moins d'avoir pu suivre pas à pas leur évolution et d'avoir reconnu primitivement leur point de départ.

Le cancer de l'estomac, les tumeurs du foie, spécialement la dégénérescence syphilitique ou cancéreuse de cet organe, peuvent également faire croire à des kystes qui n'existent pas; mais l'erreur sera de courte durée, car un examen attentif des antécédents, la marche rapide de l'affection, l'ictère précoce, les douleurs vives constitueront autant d'indications précieuses pour arriver à la vérité. Quant à l'hydropisie de la vésicule biliaire, elle est caractérisée par une tumeur piriforme, occupant une région limitée, ce qui ne permet guère de la confondre avec un kyste hydatique. Du reste, son apparition est précédée d'habitude de tous les signes de la lithias biliaire.

Enfin les épanchements pleuraux, de nature séreuse, qu'il est souvent fort difficile de différencier des kystes hydatiques du foie, se reconnaîtront par une appréciation sévère des signes physiques et fonctionnels observés, et notamment par la forme de la matité que l'on constatera à la base du thorax.

A la période de suppuration, c'est surtout avec les abcès du foie qu'il faudra établir le diagnostic différentiel; or, nous avons vu que ceux-ci ne se développent que dans des circonstances spéciales, et qu'ils s'accompagnent, pendant leur évolution, de symptômes généraux qui manquent absolument dans les kystes du foie. Le diagnostic deviendrait cependant presque impossible si la suppuration s'établissait d'emblée dans un kyste méconnu jusqu'alors.

Enfin, les ruptures du kyste se reconnaîtront facilement aux différents symptômes que nous avons indiqués et qu'il est superflu de reproduire ici.

Le diagnostic, pour être complet, devra encore s'enquérir de l'existence d'adhérences entre le kyste et la paroi abdominale. D'après Boinet, on peut affirmer leur existence quand la peau est le siège d'un empâtement assez étendu, que la tumeur est très-saillante, superficielle, et ne se déplace pas pendant les différents mouvements du malade.

Nous n'avons pas parlé jusqu'ici des kystes séreux du foie qui sont fort rares; leurs symptômes particuliers sont mal connus et leur diagnostic à peu près impossible.

PRONOSTIC. — La gravité du pronostic des kystes hydatiques du foie ressort suffisamment de ce que nous venons de dire, pour que nous n'ayons pas besoin d'y insister. Il est d'ailleurs subordonné à l'état

général, au degré de résistance du malade et à l'apparition des diverses complications que nous avons signalées. Il importe en outre, d'insister sur ce fait que, parmi les diverses méthodes de traitement applicables à la cure des kystes hydatiques du foie, aucune n'est complètement exempte de dangers, ce qui contribue encore à aggraver le pronostic général de cette affection.

TRAITEMENT. — D'après cette dernière considération, on serait en droit de se demander si, en présence d'un kyste du foie, l'intervention chirurgicale est toujours indiquée ou si la temporisation, dans l'espoir d'une guérison spontanée, ne doit pas lui être préférée.

La rareté de cette terminaison, les accidents nombreux déterminés par l'évolution des kystes hydatiques du foie abandonnés à eux-mêmes, permettent d'établir la nécessité de l'intervention chirurgicale, sauf à choisir le moment de l'intervention. Ainsi, quand les kystes sont encore petits et qu'ils restent stationnaires, l'expectation est permise pendant quelque temps, soit pour essayer la médication par l'iodure de potassium, qui a réussi entre les mains du professeur Jaccoud et de plusieurs autres, soit pour courir la chance d'une résorption spontanée. Mais, en dehors de ces conditions, ce sera toujours pour le chirurgien un devoir impérieux de diriger contre ces tumeurs un traitement radical.

Reste le choix de la méthode à employer. De nombreux procédés s'offrent au chirurgien, et leur multiplicité même prouve surabondamment les difficultés considérables qu'on rencontre dans le traitement des kystes du foie.

Pendant la première moitié de ce siècle, qui a vu éclore le traitement chirurgical des kystes du foie, la préoccupation constante des opérateurs a été d'obtenir préalablement entre la surface du kyste et la paroi abdominale des adhérences qui permissent d'arriver directement sur la tumeur sans léser le péritoine.

Le *procédé de Récamier*, qui répondait parfaitement à cette exigence, a eu un grand succès à cette époque et il est, du reste, encore employé de nos jours par un certain nombre de médecins.

Il consiste dans l'application répétée de potasse caustique au point saillant de la tumeur, application qui, au bout de quinze jours, a déterminé la formation d'adhérences solides, et permet d'ouvrir la poche et d'y pratiquer des injections. Ce procédé, qui est excellent, ne présente qu'un inconvénient, celui d'être long et douloureux.

Les *procédés de Graves et de Begin* n'encourent pas ce reproche, mais ils sont loin de présenter la même sécurité que le précédent.

Graves incisait avec le bistouri toutes les couches de la paroi abdominale, y compris le péritoine; il s'arrêtait alors et couvrait la plaie de charpie. Des adhérences se formaient les jours suivants et permettaient d'inciser largement la paroi du kyste et d'en évacuer le contenu au dehors.

Begin se contentait d'inciser la paroi abdominale en respectant le péritoine, qu'il ne fendait que le lendemain, pour achever l'opération de la même façon que Graves.

Ces deux procédés sont expéditifs et peuvent, à la rigueur, être employés dans le cas d'accidents pressants; mais ils n'assurent pas la formation certaine d'adhérences.

Dans le même ordre d'idées, Jobert (de Lamballe) a cherché à obtenir ce résultat, en pratiquant des ponctions successives avec un petit trocart qu'il laissait chaque fois en place pendant vingt-quatre heures. Mais le glissement continu de la paroi abdominale sur la tumeur pendant la respiration l'empêcha d'arriver à ce but; aussi son procédé a-t-il été délaissé presque immédiatement. Il en est de même de celui de Trousseau, qui employait l'acupuncture répétée avec des aiguilles qu'il laissait à demeure. Ce procédé n'a pas tardé à être abandonné par son auteur lui-même.

En somme, tous ces procédés sont inférieurs à celui de Récamier qui a été, du reste, assez heureusement modifiée de nos jours par Dolbeau, Demarquay et Richet.

Dolbeau, au lieu de potasse caustique, se servait de pâte de Vienne; puis il ouvrait la poche kystique avec le bistouri, en incisant crucialement l'eschare. Au lieu d'empêcher l'arrivée de l'air dans le kyste, ainsi que le faisait Récamier, il maintenait béante l'ouverture qu'il avait pratiquée, ce qui lui permettait de faire des injections et de donner issue au feuillet interne du kyste.

Demarquay (1) incisait d'abord la paroi abdominale, puis mettait au fond de la plaie du chlorure de zinc; il laissait l'eschare se détacher d'elle-même, et lorsque la fluctuation du kyste devenait manifeste sous le doigt, il y plongeait un trocart qui assurait l'évacuation de la partie liquide. Au bout de quelques jours une canule en caoutchouc y était introduite et laissée à demeure; de temps en temps elle était retirée pour obtenir l'évacuation des membranes parasitaires.

Richet, après avoir produit une eschare à l'aide de la pâte de Vienne et du chlorure de zinc, la ponctionne avec un petit trocart, et ce n'est qu'après s'être assuré de l'épaisseur des parties molles à traverser et de la solidité des adhérences, qu'il enfonce un gros trocart dans le kyste et le vide à moitié. Deux jours après, il y substitue une canule en gomme par laquelle il pratique des injections désinfectantes.

Tous les procédés que nous venons de décrire ont pour but, ainsi qu'il a été dit plus haut, l'établissement d'adhérences solides et durables; et ce n'est que dans la conviction d'avoir obtenu ce résultat, que les divers chirurgiens qui les ont mis en pratique se sont hasardés à pénétrer plus avant et à ouvrir plus ou moins largement les kystes hydatiques du foie. Mais ces adhérences sont loin d'être toujours aussi

(1) *Gaz. des hôpitaux*, 1873, p. 618.

résistantes qu'on pourrait le croire; et, d'autre part, elles peuvent devenir nuisibles en gênant le retrait de la poche une fois vidée, et en prolongeant quelquefois fort longtemps le traitement.

Aussi a-t-on cherché par une autre méthode à obtenir d'une façon temporaire ou permanente l'évacuation de ces kystes, sans se préoccuper de l'existence ou de la non-existence d'adhérences. Les procédés de cette méthode consistent tous dans l'emploi de la ponction à l'aide d'instruments variés.

La ponction avec un trocart fin ou capillaire, employée pour la première fois par Récamier, mais simplement en vue de vérifier le diagnostic, a été mise en usage par Aran dans le but d'évacuer le contenu du kyste. Mais cette pratique n'a fourni de résultats heureux que dans les kystes uniloculaires et renfermant très-peu de vésicules. Dans les cas contraires, l'évacuation complète du contenu kystique est impossible, et la ponction expose à la péritonite par suite de l'issue du liquide restant à travers la piqûre; souvent même, dans les cas où la ponction simple paraissait devoir réussir, la reproduction incessante ou la transformation purulente du liquide a dû y faire renoncer.

L'application des appareils aspirateurs de Dieulafoy, Potain, etc., à la cure des kystes du foie, constitue un progrès dans la méthode thérapeutique que nous examinons, et Dieulafoy a publié de nombreux succès obtenus soit à la suite d'une simple ponction, soit à la suite de ponctions multiples et répétées jusqu'à trois cents fois dans un seul cas.

Cependant, malgré ces résultats heureux, et quoique généralement exempts de danger, les ponctions capillaires aspiratrices sont passibles du même reproche que les ponctions avec le trocart explorateur, sans aspiration. Aussi bien que ces dernières, elles restent impuissantes à évacuer le contenu des kystes qui renferment de nombreuses vésicules, elles ne mettent pas toujours à l'abri de la suppuration, enfin la longueur du traitement doit encore être prise en considération dans le jugement à porter sur cette méthode thérapeutique.

Déjà Boinet, dans un rapport à la Société de chirurgie fait en 1851, s'est élevé contre les ponctions capillaires appliquées à la cure des kystes hydatiques du foie et a préconisé un autre procédé qui a l'avantage considérable de permettre la destruction réelle de ces kystes qu'il est impossible d'obtenir à l'aide de la ponction capillaire avec ou sans aspiration. Voici en quoi il consiste: un gros trocart est enfoncé dans la partie saillante de la tumeur, et donne issue au liquide et aux poches hydatiques. Dès que l'écoulement a cessé, on introduit dans la canule une sonde en caoutchouc qui la remplit exactement et qui doit rester à demeure. Les adhérences péritonéales se forment très-rapidement, et la totalité du contenu kystique est évacuée au bout d'un temps variable.

Quant aux injections iodées après ponction capillaire, qui ont été employées par Boinet (1851) et Nélaton (1856), elles sont loin d'être