

cristaux d'hématoïdine, d'origine biliaire<sup>1</sup>, tout cela forme une petite masse caséuse, dégénérée. La poche du kyste se sclérose, se rétracte, s'infiltré de sels calcaires, et le kyste ainsi transformé devient inoffensif.

**Diagnostic.** — Une voussure lisse, indolente, rénitente, qui se développe lentement au foie, sans fièvre, sans ictère, sans ascite, ne peut être qu'un kyste hydatique; il n'y a pas d'erreur possible. Mais il s'en faut que le diagnostic soit toujours aussi simple. Certains kystes hydatiques pédiculés vont faire saillie dans l'hypochondre gauche et simulent un kyste de la *rate*; d'autres descendent dans la fosse iliaque, envahissent une partie de l'abdomen et simulent un kyste de l'*ovaire*, d'autres font saillie vers le diaphragme, le refoulent, proéminent vers la cavité thoracique et simulent au premier abord un épanchement de la *plèvre*. Il faut reconnaître toutes ces causes possibles d'erreur, afin de les éviter.

Le *gros foie* de leucocythémie et de l'impaludisme est caractérisé par une tuméfaction générale et uniforme de l'organe qui ne ressemble pas à la saillie plus ou moins limitée du kyste; de plus, les conditions étiologiques et les symptômes concomitants suffiraient pour lever tous les doutes. La *cirrhose hypertrophique*, avec son foie uniformément hypertrophié et son ictère chronique, ne peut pas être prise par un kyste hydatique, mais l'erreur contraire a été commise, car certains kystes du foie, accompagnés d'ictère, ont la plus grande analogie avec la cirrhose hypertrophique; il y a néanmoins cette différence que dans la cirrhose hypertrophique la *rate* est également hypertrophiée et l'ictère est contemporain du début de la maladie. Le *cancer secondaire du foie* se distingue par son évolution rapide, et par les bosselures indurées que présente la tumeur. Le cancer primitif, massif, évolue sans bosselures, mais il offre au toucher une dureté ligneuse, et le mauvais état général du malade n'est pas compa-

1. Habran. *De la bile et de l'hématoïdine dans les kystes du foie*. Paris, 1860.

nable à l'aspect excellent de l'individu qui a un kyste hydatique. Les kystes du *rein* font parfois une telle saillie vers l'hypochondre, qu'ils peuvent simuler le kyste du foie. Dans quelques cas très rares, le kyste hydatique ouvert dans le péritoine a été pris pour une ascite<sup>1</sup>.

Le diagnostic entre un épanchement pleural et un kyste de la face convexe du foie est souvent fort difficile, et plusieurs fois on a ponctionné un kyste hépatique alors qu'on croyait pénétrer dans la cavité pleurale. La percussion, l'auscultation, la forme et la limite de la matité ne donnent que des renseignements insuffisants. Il faut s'enquérir de la marche et de l'évolution de la maladie, il faut surtout étudier avec attention la *déformation du thorax*. En effet, les kystes du foie ne simulent pas d'habitude les grands épanchements de la plèvre, ceux de 3000 grammes, dont la matité remonte jusqu'en haut du thorax; ils simulent plutôt les épanchements moyens de 1500 à 1800 grammes, ceux qui provoquent une matité dont la limite atteint à peine l'épine de l'omoplate. Eh bien, ces épanchements moyens ne déterminent ni l'ampliation, ni la déformation thoracique, ni la voussure, ni l'élargissement des espaces intercostaux que l'on constate généralement dans les kystes hydatiques. La présence de nombreux éosinophiles dans le sang est en faveur du kyste hydatique (Limasset).

Le *pronostic* des kystes hydatiques du foie est fort sérieux, car il faut compter avec les mauvaises chances de la rupture du kyste, de son infection, de son ouverture dans le thorax, dans le péritoine, dans les voies biliaires. Nous allons voir néanmoins que le traitement peut conjurer ces graves dangers et rendre le pronostic favorable.

**Traitement.** — Il n'y a pas de traitement *médical*. En présence d'un kyste hydatique du foie, l'intervention chirurgicale est le seul traitement applicable. L'ancien traitement chirurgical comprenait de nombreux procédés : l'électropuncture, la *ponction* simple sans injection et avec

1. Murchison, p. 124.



*injections* d'iode, d'alcool, etc., l'*incision* du kyste après adhérences préalables. Tous ces procédés, je les avais vu mettre en usage dans le cours de mes études médicales et pendant mon internat; j'avais constaté quelques succès opératoires, mais en revanche combien d'insuccès, combien d'accidents mortels! On ne connaissait pas encore les fameuses méthodes aseptiques. Je cherchai donc à cette époque un mode opératoire qui éloignerait dans la mesure du possible les terribles accidents de l'infection purulente; ce fut une des origines de mes travaux sur l'aspiration. Je me rappelle encore le premier kyste hydatique que j'opérai avec l'aspirateur. J'étais l'interne d'Axenfeld, et la malade était dans le service de Gubler, à l'hôpital Beaujeon. Je ne pratiquai qu'une seule aspiration avec l'aiguille n° 2 et la malade guérit.

Depuis mes premières publications<sup>1</sup>, qui datent de 1870, le traitement des kystes du foie par *aspiration* a été fort employé, et bien que ce procédé ne réponde pas, il s'en faut, à tous les cas, l'expérience m'a prouvé que dans quelques kystes uniloculaires, non suppurés, la *ponction aspiratrice* constitue un traitement *inoffensif*, et qui est parfois suivi de guérison. Voici comment je le mets en usage.

*Manuel opératoire.* — Le choix de l'aspirateur est indifférent; ce qui importe, c'est le choix de l'aiguille. Ici comme pour la thoracentèse, je me sers de l'aiguille n° 2, qui ne mesure qu'un millimètre et un tiers de diamètre, et je repousse le trocart, qui n'offre que des inconvénients et aucun avantage. L'aiguille n° 2 étant stérilisée et toutes les précautions aseptiques étant prises, le vide préalable est fait dans l'aspirateur, et, le malade étant couché sur le dos, l'opérateur introduit l'aiguille sur le point le plus saillant de la tumeur. On ouvre alors le robinet correspondant de l'aspirateur, le liquide du kyste jaillit dans l'appareil, et à mesure que le kyste se vide, on a soin de pousser l'aiguille un peu plus profondément, parce que le niveau du liquide

1. Dieulafoy. *Gaz. des hôp.*, 1870, et *Traité de l'aspiration*, 1873, p. 51.

s'abaisse dans la tumeur. Si, au cours de l'opération, l'écoulement de liquide s'arrête brusquement, si l'on suppose qu'une membrane d'hydatide oblitère l'aiguille, ce qui est rare, on laisse l'aiguille en place et on fait à côté une nouvelle ponction. Mais il faut bien se garder de peser sur la tumeur ou de la malaxer sous prétexte de favoriser l'issue du liquide; il faut se garder également de percuter la tumeur ou de faire asseoir le malade sous prétexte de constater la diminution ou la disparition du liquide; toutes ces manœuvres sont mauvaises, elles peuvent favoriser l'issue de quelques gouttes de liquide et devenir la cause d'accidents. Ce sont là des détails, je le veux bien, mais ils ont leur importance.

Le kyste une fois vidé, on retire l'aiguille en ayant soin de la laisser, pendant ce mouvement de retrait, en communication avec l'aspirateur, et, grâce à ce moyen, l'aiguille ne peut laisser la moindre goutte de liquide sur le péritoine. Après l'opération, on applique un bandage de corps qu'on avait eu soin de placer à l'avance et qu'on serre modérément. Le malade doit rester couché sur le dos, sans bouger, pendant quelques heures; il peut se lever le lendemain de l'opération.

Ainsi pratiquée, et entourée des soins minutieux que je viens d'indiquer, l'opération du kyste du foie n'est plus qu'une simple *piqûre d'aiguille* dont l'*innocuité est absolue*. Elle n'exige ni habileté particulière, ni connaissances chirurgicales, elle est à la portée de tous, elle passe du domaine de la chirurgie dans celui de la médecine.

Dans un certain nombre de cas, en *une seule aspiration* on obtient la guérison du kyste hydatique uniloculaire non suppuré. On se demande ce que devient la poche du kyste; il est probable qu'elle subit en partie la dégénérescence graisseuse, elle se réduit et s'infiltré de sels calcaires, comme dans les cas de guérison spontanée. Cette heureuse terminaison est d'autant plus fréquente, qu'on attaque le kyste encore jeune, car plus tard, en vieillissant, la poche kystique se vascularise, s'épaissit, et les chances diminuent.