

lution, quelquefois pendant bien des mois, tant que le kyste hydatique du foie n'a pas atteint un certain développement, il ne révèle sa présence par aucun symptôme bruyant, et même, quand il est devenu volumineux, certains sujets vous disent qu'ils ne s'étaient aperçus de rien, sinon que leur ventre grossissait. Et cependant, avant que le kyste arrive à provoquer des troubles sérieux, il y a parfois des symptômes qui passent souvent inaperçus, et que je regarde comme très importants, parce qu'ils permettent d'arriver au diagnostic à une époque où la tumeur hydatique est encore peu apparente. Ces symptômes sont : la douleur de l'épaule droite, l'apparition d'une urticaire, le dégoût des matières grasses et le développement d'une pleurésie droite.

La douleur de l'épaule droite, et de la région de l'omoplate, si fréquente dans quelques affections du foie, m'a paru presque constante dans le cas de kyste hydatique, surtout quand le kyste se rapproche de la face supérieure du foie.

L'apparition d'une urticaire est un symptôme fort curieux; je ne parle pas de l'urticaire qui survient souvent après la ponction aspiratrice du kyste, et qui m'occupera dans un instant, mais je fais allusion à ces éruptions ortiées qui apparaissent pendant l'évolution du kyste hydatique, et dont j'ai pu recueillir cinq observations<sup>1</sup>.

J'ai plusieurs fois constaté un autre symptôme qui paraît accompagner le kyste hydatique à une période encore peu avancée de son évolution, c'est le dégoût des matières grasses. Chez un malade, ce dégoût durait depuis deux ans, et à un tel point, que plusieurs fois il avait ordonné chez lui de surveiller un peu mieux la graisse et le beurre employés dans la cuisine. J'ai cité ailleurs<sup>2</sup> d'autres observations analogues : ainsi une femme, atteinte de kyste hydatique, éprouvait dès le début de sa maladie le dégoût des aliments gras; après ses repas, elle était prise de régurgi-

1. Dieulafoy. Les kystes hydatiques et leur traitement. *Gaz. hebdom.*, 1877, n° 50

2. Dieulafoy. *Traité de l'aspiration*, p. 67.

tation, et sans nausées, sans efforts, sa bouche se remplissait des parties grasses de l'alimentation qu'elle rejetait avec sa salive. Chez une autre malade, cette régurgitation des matières grasses était si marquée au début de sa maladie, qu'elle les rendait aussitôt après ses repas; ses crachats prenaient sur le papier l'apparence d'une tache d'huile, et elle comparait sa salive à ce qu'on nomme vulgairement les yeux du bouillon. Ce symptôme exista seul, pendant plusieurs semaines, à l'exclusion de tout autre trouble digestif, puis il disparut avec les progrès de la maladie.

Les pleurésies secondaires, sèches ou avec épanchement, qui accompagnent parfois les tumeurs des organes abdominaux (*rein, rate, foie*), sont également applicables aux kystes hydatiques du foie; elles sont signalées par plusieurs auteurs, et pour ma part j'en ai recueilli six observations. Lorsque le kyste est volumineux, et surtout lorsqu'il occupe la face convexe du foie, on comprend que le travail phlegmasique se propage de proche en proche de la séreuse péritonéale à la plèvre; mais il est des cas où le kyste est profondément situé, encore peu développé, et la pleurésie semble apparaître comme un signe avant-coureur. Je voyais tout récemment avec mon confrère M. Boulay un malade atteint de kyste du foie, chez lequel les autres symptômes avaient été précédés de trois ébauches de pleurésie du côté droit. Il ne serait pas impossible que le travail inflammatoire fût transporté jusqu'à la plèvre par la voie des lymphatiques (Schweiger-Seidel, Recklinghausen), les cavités séreuses de la plèvre et du péritoine communiquant entre elles par les vaisseaux lymphatiques et par des espaces ou puits si bien décrits par M. Ranvier. Du reste, si le travail inflammatoire est susceptible, dans quelques circonstances, de se propager du péritoine à la plèvre, la réciproque est vraie : témoin les observations de pleurésie diaphragmatiques suivies de péritonite<sup>1</sup>.

Le développement d'une pleurésie semble quelquefois hâter

1. Caillette. *Propagation des affect. de la plèvre au péritoine*. Thèse de Paris, 1874.

le développement du kyste (Verneuil) : un malade a un kyste hydatique encore peu développé, sur ces entrefaites il prend une pleurésie, et sous l'influence de la pleurésie le kyste (*pars minoris resistentiæ*) subit un accroissement.

Les épistaxis, les sensations de tiraillement, de pesanteur au creux épigastrique et à l'hypochondre, sont des symptômes qui appartiennent également à cette première période de l'évolution du kyste hydatique.

Quand le kyste a pris un grand développement, il suit deux directions principales : tantôt il proémine à la face convexe du foie, il refoule le diaphragme, mais il abaisse peu le foie<sup>1</sup>, il fait saillie dans la cavité thoracique et simule un épanchement de la plèvre droite, tantôt il proémine du côté de l'abdomen, et dans ce dernier cas il forme *voussure* ou revêt les caractères d'une tumeur. Ce n'est pas un accroissement uniforme du foie comme dans l'hypertrophie de l'organe, c'est une tumeur plus ou moins bien limitée, qui souvent fait saillie à la région épigastrique, qui dans d'autres cas soulève les fausses côtes, dilate les derniers espaces intercostaux et déforme le thorax du côté droit. Parfois la tumeur hydatique apparaît à l'hypochondre droit, prend une forme allongée ou bilobée, empiète sur la ligne blanche, à la façon d'une tumeur pédiculisée, et arrive jusqu'à l'hypochondre gauche. Toutes ces modalités sont possibles, il suffit de jeter un coup d'œil sur les planches de l'ouvrage de Frerichs pour comprendre, à ne considérer que la situation de la tumeur, que des kystes du foie aient été pris pour des tumeurs du péritoine, de la rate et de l'ovaire. La palpation et la percussion permettent de circonscrire la tumeur, qui est lisse, uniforme, rénitente, et qui donne parfois une sensation de fluctuation. A moins de complication (péribépatite), le kyste hydatique se développe sans douleur.

Le *frémissement hydatique* (Boinet), qui serait dû à l'élas-

1. Cécile Dylion. *Kyste hydat. de la portion antéro-supér. du foie*. Th. de Paris, 1890.

ticité des parois du kyste ou à la collision des hydatides au moment où l'on pratique la percussion, est un signe fort rare. *L'ascite* et *l'ictère* font habituellement défaut, à moins de complications, telles que la compression de la veine porte, la compression des vaisseaux biliaires, le développement d'un ictère catarrhal.

Les veines de l'abdomen sont légèrement dilatées, la circulation collatérale ne s'établit que dans les cas exceptionnels de compression de la veine porte.

**Marche. Durée. Terminaison.** — Livré à lui-même, le kyste hydatique du foie peut s'accroître pendant une période de deux à six ans, et plus longtemps encore, sans entraîner d'accidents sérieux; mais un moment arrive, et ce moment est plus ou moins éloigné, où l'état général du sujet devient mauvais, l'appétit se perd, les digestions sont pénibles, l'amaigrissement est considérable, il y a des hémorragies, des épistaxis, des métrorrhagies, on dirait une sorte de *cachexie hydatique*. Cette cachexie hydatique peut même être précoce ainsi que je l'ai constaté plusieurs fois; on dirait que les malades s'intoxiquent par leur hydatide.

La dyspnée fait d'incessants progrès, si le kyste refoule le diaphragme et gêne le fonctionnement du poumon. Certains malades éprouvent des douleurs à l'abdomen, aux lombes, au thorax, ne peuvent trouver de position dans leur lit et ont une insomnie fatigante. Dans bien des cas, arrivé à une certaine période de son évolution, et souvent même *avant* que les symptômes généraux aient acquis une notable intensité, le kyste *suppure* et aboutit à la *perforation*.

Mais quelles sont les causes et le mécanisme de la *suppuration* des kystes hydatiques? Cette question a été élucidée par MM. Chauffard et Vidal<sup>1</sup> dans un fort intéressant travail dont voici les conclusions :

Le liquide de l'hydatide est aseptique, mais il est un

1. Chauffard et Vidal. Recherches expérimentales sur les processus infectieux et dialytiques dans les kystes hydatiques du foie. *Soc. méd. des hôp.*, 17 avril 1891.

milieu de culture favorable pour les microbes pyogènes. L'imperméabilité absolue de la membrane hydatique vis-à-vis des microbes met le kyste à l'abri des infections, la membrane arrête les microbes comme un filtre parfait. Mais la membrane hydatique laisse dialyser dans la vésicule les substances solubles ambiantes, sublimé, iodure de potassium, pyocyanine, sérine de l'urine brightique. Les agents de la suppuration ne peuvent donc pénétrer dans l'intérieur du kyste que par effraction, la poche kystique étant altérée, la brèche étant ouverte par des lésions péri-kystiques. C'est justement par cette poche péri-kystique, si riche en vaisseaux, que se fait l'envahissement pyogène. La péri-kystite suppurative détermine la nécrobiose de la membrane hydatique sous-jacente, et l'ennemi pénètre dans la place. Le kyste est infecté. Les agents pyogènes peuvent arriver à la poche péri-kystique par les voies biliaires (angiocholite ascendante) ou par les vaisseaux sanguins et lymphatiques<sup>1</sup>. Ces agents pyogènes sont probablement ceux de toute suppuration, mais il est remarquable que, dans quelques cas, le pus a été trouvé *amicrobien*; il avait perdu sa virulence; ce qui est du reste assez dans les allures du pus hépatique.

Voilà donc le kyste en voie de suppuration, et la suppuration peut avoir été préparée par un traumatisme, par une maladie intercurrente (amygdalite, fièvre typhoïde), que va devenir ce kyste phlegmoneux? Il va se frayer une voie au dehors dans l'une des directions que nous allons maintenant étudier.

A. — *Ouverture du kyste dans les voies aériennes.* — Ce sont surtout les kystes de la face convexe du foie qui ont une tendance à s'ouvrir dans les voies aériennes. Les parois du kyste s'enflamment, les hydatides meurent, le liquide devient purulent, et des adhérences s'établissent entre le kyste et le diaphragme, entre le diaphragme et la plèvre.

1. Raffi. *Pathogène clinique de la suppuration des kystes hydatiques du foie.* Th. de Paris, 1891.

Ce travail phlegmasique est généralement révélé par de nouveaux symptômes, tels que frissons, fièvre, douleurs à la région du foie, et parfois, à l'auscultation, on entend des *frottements* de pleurésie sèche. La rupture du kyste peut se faire dans des conditions différentes<sup>1</sup>; si les feuillettes de la plèvre sont adhérents, et c'est le cas le plus fréquent, le kyste purulent s'ouvre dans les bronches, d'où il est rejeté sous forme de *vomique*. La vomique est précédée et accompagnée de douleurs vives, de quintes de toux, d'efforts de vomissements, et d'accès de suffocation parfois terribles. Le malade rend à flots un liquide séro-purulent, fétide, parfois mélangé de sang, et dans lequel on retrouve des lambeaux de membranes d'hydatides. La présence de la bile dans la vomique est d'un fâcheux pronostic. Les jours suivants, le liquide continue à se faire jour par la fistule broncho-hépatique, et à la longue la guérison peut survenir, bien qu'il soit plus fréquent de voir ces malades emportés par une complication (gangrène pulmonaire, hémoptysies) ou succomber aux suites de suppurations interminables. L'auscultation pratiquée à la région thoracique donne habituellement les signes du *pneumothorax partiel*. Dans le cas où des adhérences n'avaient pas réuni les deux feuillettes de la plèvre, le kyste se déverse dans la cavité pleurale et détermine des accidents extrêmement graves.

Dans quelques cas le kyste hydatique ne se vide pas dans les bronches à travers une perforation largement ouverte, la perforation est au contraire tortueuse, sinieuse, fistuleuse; la vomique est alors fractionnée, elle se fait à petites doses, sous forme d'expectoration fétide, purulente, sanguinolente; l'étroitesse du pertuis ne laisse passer ni hydatides ni mem-

1. D'après les statistiques de Frerichs et de Davaine, on voit que, sur un total de 81 kystes ouverts spontanément dans divers organes, 41 se sont fait jour dans la cavité abdominale, 39 dans la cavité thoracique et à travers les parois de l'abdomen. Sur les 41 kystes ouverts dans l'abdomen, 25 se sont épanchés dans l'intestin et dans l'estomac et 10 dans le péricône. Sur les 39 kystes ouverts dans la cavité thoracique, 25 communiquaient avec les bronches et le poumon et 9 s'étaient déversés dans la plèvre. (Rendu, *loco citato*, p. 222.)

branes d'hydatides : le diagnostic est d'autant plus difficile et le pronostic est d'autant plus grave<sup>1</sup>.

B. — *Ouverture du kyste dans les voies digestives.* — Ici, comme précédemment, l'ouverture du kyste est précédée d'un travail phlegmasique qui détermine, d'une part, la purulence du kyste, et d'autre part les adhérences entre le kyste et les organes voisins<sup>2</sup>. Ce travail phlegmasique passe parfois inaperçu, plus souvent il est accompagné de fièvre, de douleurs et parfois de symptômes de péritonite. L'ouverture du kyste dans l'intestin se fait généralement au niveau du colon, et la douleur est extrêmement vive au moment de la perforation. Si l'orifice de communication est assez large, le liquide et les membranes s'écoulent dans l'intestin et se font jour par l'anus sous forme d'une véritable débâcle, la tumeur hépatique s'affaisse, l'écoulement continue quelque temps, et la guérison est souvent obtenue (27 fois sur 32 cas; Letourneur). Si l'orifice de communication est insuffisant, il en résulte une sorte de diarrhée chronique et une suppuration indéfinie qui épuise le malade. L'ouverture des kystes dans l'estomac est extrêmement rare, elle est généralement suivie de mort. L'ouverture dans le duodénum est une circonstance défavorable; le kyste est rendu en partie par l'estomac, en partie par l'intestin.

C. — *Ouverture du kyste dans le péritoine.* — L'ouverture des kystes dans le péritoine n'est pas toujours spontanée, elle est parfois le résultat d'un traumatisme; elle provoque une péritonite aiguë mortelle si le kyste est infecté, mais, si le liquide du kyste est aseptique, la péritonite peut manquer et la guérison a été notée 11 fois sur 15 cas (Finsen<sup>3</sup>). Le mélange de bile au liquide hydatique épanché n'a point de gravité pourvu que la bile ne soit pas infectée<sup>4</sup>. On observe

1. Rendu. *La Semaine médicale*, 1892, p. 496.

2. Letourneur. *Th. de Paris*, 1875.

3. Les échinocoques en Irlande. *Arch. de méd.*, 1869. — Féréal. *Acad. de méd.*, séance du 25 mai 1886.

4. Mauny. *Ruptures intra-péritonéales des kystes hydatiques du foie*. *Th. de Paris*, 1891.

souvent, après la rupture du kyste, une éruption d'urticaire, symptôme curieux sur lequel je reviendrai plus loin. Dans quelques cas, les vésicules épanchées dans le péritoine ont continué à vivre et à proliférer (échinococcose secondaire<sup>1</sup>).

D. — *Rapport du kyste et des voies biliaires.* — L'ulcération d'un des conduits biliaires qui avoisinent le kyste hépatique, et le passage de la bile à l'intérieur du kyste, sont parfois une circonstance favorable, car la présence de la bile peut avoir pour conséquence la mort des hydatides et la guérison du kyste. Le kyste peut s'ouvrir dans la vésicule, dans le canal cholédoque, dans le canal hépatique, dans le canal cystique, dans les canaux intra-hépatiques<sup>2</sup>. L'ouverture du kyste dans le canal cholédoque constitue un accident grave. Si l'hydatide est peu volumineuse, elle peut passer tout entière à travers le cholédoque au prix de coliques hépatiques, et la guérison est possible; mais, si les membranes déterminent l'occlusion complète du conduit biliaire, il en résulte un ictère chronique par rétention, une dilatation de toutes les voies biliaires situées en deçà de l'oblitération, et une angiocholite souvent aiguë et purulente avec toutes ses conséquences.

E. — Je citerai à titre d'exception l'ouverture du kyste dans le péricarde, dans la veine cave<sup>3</sup>, l'ulcération de la paroi abdominale et l'ouverture du kyste au voisinage de l'ombilic ou dans un espace intercostal.

F. — *Guérison spontanée.* — Un certain nombre de kystes hydatiques, un tiers environ, guérissent sur place, spontanément, et sans atteindre un grand développement : témoin ceux qu'on retrouve par hasard aux autopsies. La guérison est amenée par la mort des échinocoques. Quand l'hydatide meurt, quelle que soit la cause de sa mort, le liquide perd sa transparence, il devient albumineux et se résorbe. Les parties solides contenues dans la poche, crochets d'échinocoques, sels de chaux, cellules épithéliales,

1. Dévé. *Échinococcose secondaire*. *Th. de Paris*, 1901.

2. Berthaud. *Th. de Paris*, 1885.

cristaux d'hématoidine, 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'hématoidine 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.

*Suites de l'opération. — Urticaire.* — Les suites de la ponction aspiratrice sont si bénignes que le malade passe sans transition de la maladie à l'état de santé. Néanmoins, il peut se présenter certains symptômes, aux allures bruyantes, sur lesquels il est essentiel d'être édifié : on voit des malades qui, quelques minutes ou quelques heures après l'opération, éprouvent un grand malaise, sont pris de dyspnée, de nausées, parfois même de hoquet, de vomissement, de fièvre, et l'on se demande avec anxiété si ces symptômes n'annoncent pas les débuts d'une péritonite aiguë; mais bientôt des démangeaisons surviennent en différents points du corps et une poussée d'urticaire apparaît.

Quand je publiai mes premières observations sur la production de l'urticaire consécutive à la ponction des kystes du foie, le fait était passé inaperçu chez nous, mais les observations se multiplièrent bientôt<sup>1</sup>; j'en ai réuni une cinquantaine de cas, tant est grande la fréquence de l'urticaire après la ponction des kystes hydatiques du foie. Il est juste de dire qu'en Danemark ce fait n'était pas passé inaperçu, et Finsen, en rapportant plusieurs exemples d'urticaires consécutives à la rupture des hydatides dans le péritoine<sup>2</sup>, fait observer que la ponction du kyste peut conduire au même résultat.

Cette urticaire se montre dans des conditions un peu différentes : tantôt elle n'est accompagnée d'aucun autre symptôme, et le malade en est quitte pour quelques démangeaisons qui durent un jour ou deux; tantôt l'urticaire est précédée et accompagnée des symptômes généraux que je décrivais il y a un instant; dans quelques cas l'urticaire envahit les muqueuses, la bouche, le pharynx; les symptômes généraux, la fièvre, les nausées, les vomissements,

1. Dieulafoy. *Gaz. des hôp.*, 1870; *Traité de l'aspiration des liquides morbides*, 1875. — Hayem et Ferrand. *Soc. méd. des hôp.*, 1874. — Bussard, *Gaz. des hôp.*, 1875. — Feytaud. *Th. de Paris*, 1875. — Raynaud, Verneuil, Legroux. *Soc. anat.*, 1875. — Archambault. *Union méd.*, 1876. — Lereboullet. *Gaz. hebdom.*, 1876. — Bradbury. *British med. Journ.*, 1874. — Neisser. *Die Echinococcenkrankheit*. Berlin, 1877.

2. Finsen. *Arch. gén. de méd.*, 1866.

prennent une vive intensité et durent deux ou trois jours. Parfois l'urticaire affecte certaines localisations; j'en ai vu un cas qui était limité au côté droit du corps.

Les symptômes que je viens d'énumérer ressemblent beaucoup aux symptômes qui accompagnent l'empoisonnement par les moules. Dans les deux cas, il s'agit d'une intoxication<sup>1</sup>. Le liquide de l'hydatide est toxique; on a trouvé dans ce liquide des substances qui appartiennent à la classe des ptomaines<sup>2</sup>, analogues à la mytilotoxine des moules vénéneuses. D'après Viron, le liquide hydatique contient une substance albuminoïde se rapprochant des toxalbumines<sup>3</sup>. Le liquide hydatique aseptique, filtré, injecté sous la peau avec une seringue de Pravaz, a pu déterminer de l'urticaire. La toxicité du liquide hydatique est donc nettement établie, elle explique les éruptions ortiées qui peuvent survenir pendant l'évolution du kyste et que j'ai signalées au nombre des signes révélateurs; elle explique peut-être la cachexie hydatique précoce de certains malades chez lesquels les symptômes généraux sont plus accusés que les troubles locaux.

Dans quelques cas la ponction du kyste hydatique du foie a déterminé des accidents graves et mortels. En voici des exemples :

(Moissenet<sup>4</sup>). Chez un homme, atteint de kyste hydatique du foie, on pratique une ponction avec le trois-quarts capillaire, et on arrête l'écoulement du liquide à 350 grammes. Cinq minutes après, dit Moissenet, le malade est pris d'une syncope. Deux heures après, se déclare un frisson intense, avec profonde altération des traits, pâleur de la face, nez effilé, yeux caves et hoquet, nausées, vomissements porracés, abondants; cependant, aucune douleur à la pression du ventre. Les symptômes vont en s'aggravant;

1. Debove. *Soc. des hôp.*, 9 mars 1888. — Achard. De l'intoxication hydatique. *Arch. de méd.*, 1888.

2. Mourson et Schlagdenhauffen, *Acad. des sc.*, 50 octobre 1882.

3. Viron. *Arch. de méd. expér.*, janvier 1892.

4. Moissenet. *Archives générales de médecine*, 1859, t. I, p. 145.

le pouls est à 125, les extrémités se refroidissent, l'altération des traits est plus marquée et le malade succombe dans la nuit. A l'autopsie, kyste hydatique du foie, ayant le volume d'une tête d'adulte, et renfermant du liquide clair et des vésicules filles.

(Martineau<sup>1</sup>). On pratique à un malade la ponction aspiratrice d'un kyste hydatique du foie. Un liquide incolore sort par la canule; mais, après quelques grammes, l'écoulement cesse et ne peut reprendre, malgré le changement de place de la canule. Celle-ci étant retirée, Martineau constate qu'elle est obstruée par un débris membraneux d'hydatide. Quelques minutes après, le malade est pris d'un malaise subit, de dyspnée intense, de vomissements. La respiration se suspend; le pouls devient imperceptible; le malade tombe en syncope. Malgré tous les moyens employés, le malade meurt en vingt-quatre heures. A l'autopsie, des mucosités obstruent les bronches. Adhérences pleurales anciennes, péricardite et endocardite mitrale anciennes. Deux kystes hydatiques du foie, dont l'un présente la trace de la piqûre. Rien dans le péritoine.

(Bryant<sup>2</sup>). Chez un homme, atteint de kyste hydatique du foie, un trocart, pas plus gros qu'un stylet d'argent, est enfoncé à trois pouces et demi environ à droite de la ligne médiane. On retire neuf onces (280 grammes) d'un fluide clair, non albumineux, assez pour diminuer la tension. Quelques secondes après, le malade devient livide, perd connaissance, et, après avoir vomi deux ou trois fois, il a une attaque épileptiforme. Au même instant, le pouls s'arrête. La respiration artificielle, la batterie galvanique et le nitrite d'amyle furent essayés, mais le malade mourut en cinq minutes. Autopsie par Kilton Fagge. Le péritoine contenait une demi-pinte (280 centimètres cubes) de liquide teinté de sang. Un kyste hydatique, du volume d'un crâne d'adulte, occupait toute la partie postérieure du lobe droit du foie. Pas d'autres altérations viscérales.

1. M. Martineau. *Bull. de la Soc. médic. des hôpitaux*, 1875, p. 104.

2. Bryant. *Trans. of the clinical Soc. of London*, 1877-78, vol. XI, p. 250.

(Chauffard<sup>1</sup>). Pour confirmer le diagnostic d'un kyste hydatique, on pratique une ponction aspiratrice: on venait de retirer quelques grammes de liquide, lorsque le malade fut pris brusquement de démangeaisons, de perte de connaissance et d'une attaque épileptiforme avec écume à la bouche, émission des urines et des matières fécales. Quelques instants après, une nouvelle attaque épileptiforme se déclare, avec grattage, agitation, angoisse, expectoration d'une écume mousseuse et blanchâtre. Au bout de quelques minutes, le malade retombe épuisé sur son lit, la peau présente une teinte cyanique, le pouls s'efface de plus en plus, le collapsus est imminent, le visage est inondé de sueur, enfin surviennent l'asphyxie terminale et la mort. A l'autopsie, on ne trouva ni péritonite, ni liquide péritonéal. Il s'agit là évidemment d'une intoxication hydatique suraiguë, bien difficile toutefois à expliquer.

Tels sont les accidents terribles et mortels qui ont été observés à la suite de la ponction des kystes hydatiques du foie. Essayons de les interpréter. Il y a un fait certain, c'est que le passage de quelques gouttes de liquide hydatique dans la cavité péritonéale peut provoquer des accidents d'intoxication, les uns bénins, les autres graves et mortels. Le plus bénin de ces accidents c'est l'urticaire dont j'ai parlé plus haut. Les accidents graves et mortels viennent d'être décrits, je n'y reviens pas. Tous ces accidents sont dus au passage du liquide toxique dans le péritoine. Ce qui est redoutable, ce n'est pas de traiter un kyste hydatique par la ponction, mais ce qui est redoutable, ce sont les petites ponctions, qui ne retirent qu'une quantité minime de liquide, car alors le liquide kystique, sous pression, se fraye un chemin à travers la petite ouverture laissée par l'aiguille, il est absorbé par le péritoine et les accidents d'intoxication peuvent éclater. Règle générale: il faut éviter les petites ponctions, les ponctions incomplètes et les ponctions exploratrices; on ne doit jamais, sous pré-

1. Chauffard. *La Semaine médicale*, 8 juillet 1896.