

jambes étendues, le côté gauche rapproché du bord du lit autant que possible; une serviette doit être passée à l'avance sous les lombes, et un aide placé du côté droit comprime modérément, de ses deux mains largement étalées, les parois du ventre. Le chirurgien, placé à gauche, reconnaît le lieu d'élection et y plonge le trocart par un coup sec et rapide, marquant avec le doigt sur la canule le point où la pénétration de l'instrument doit s'arrêter. Il retire à l'instant la tige, maintenant avec la main droite la canule en place, et dirigeant le liquide dans un vase qu'un aide tient préparé. Tandis que le liquide s'écoule, le premier aide continue la pression sur le ventre; le chirurgien dirige la canule en lui faisant suivre le retrait des parois abdominales; si quelque obstacle, tel qu'un flocon albumineux, ou peut-être la présence de l'épiploon, interrompt le flot du liquide, on l'écarte à l'aide d'un stylet passé dans la canule.

Lorsqu'on a tiré la quantité de liquide jugée convenable, on retire la canule, sans lui imprimer aucun mouvement de rotation, tandis qu'avec les doigts indicateur et médium de la main gauche on retient la peau qui suivrait l'instrument. La plaie n'a pas besoin d'être pansée; mais il faut appliquer une serviette ou un bandage de corps assez serré, afin de continuer la pression exercée auparavant sur les viscères de l'abdomen par le liquide et par les mains de l'aide, et de prévenir la syncope qui pourrait résulter du relâchement subit de cette compression.

On a proposé de ne pas tout faire évacuer en une fois, et de répéter la ponction à plus courts intervalles. Fleury (du Val-de-Grâce) avait même imaginé, pour rendre l'évacuation plus lente, d'introduire dans le ventre une sonde de gomme élastique à travers la canule, et de retirer celle-ci. L'écoulement, livré à lui-même, se faisait lentement, laissant les parois abdominales opérer leur retrait sans aucune pression. La sonde est un corps étranger dont le contact prolongé avec le péritoine pourrait n'être pas toujours innocent; le procédé de Fleury a donc, avec raison, été abandonné.

Rarement la paracentèse est suivie d'hémorrhagie; si ce cas arrivait, le mieux serait d'établir une compression sur le trajet de la plaie à l'aide d'une grosse serre-fine ou d'un point de suture entortillée. Si une portion d'épiploon sortait au dehors lorsqu'on retire la canule, il faut essayer de le réduire; mais si on ne pouvait facilement y arriver, il faut attendre au lendemain qu'il ait contracté des adhérences, et alors l'exciser à fleur de peau.

2° *Injections.* — On a essayé pour la cure radicale de l'ascite des injections avec le vin, l'eau de goudron, la vapeur de vin, le gaz oxydulé d'azote, et enfin la teinture d'iode. Les injections iodées comptent un assez bon nombre de guérisons; il faut confesser toutefois qu'on ne peut guère en espérer de succès que dans l'ascite idiopathique ou sans complication viscérale; et outre que ces cas sont rares, le diagnostic n'en est pas facile à établir.

ARTICLE IV

DES KYSTES HYDATIQUES DE L'ABDOMEN

Les hydatides se présentent généralement sous la forme d'une vésicule sphérique ou ovoïde, d'un volume qui varie entre celui d'une tête d'épingle et celui d'une tête de fœtus à terme, renfermant un liquide limpide, salé, qui ne se coagule ni par la chaleur ni par les acides. Elles sont toujours renfermées dans un kyste auquel elles n'adhèrent pas. Ce kyste, d'abord très mince, acquiert à la longue une grande épaisseur, jusqu'à offrir la consistance d'une membrane fibreuse ou d'un fibro-cartilage; on en a même vu partiellement ou totalement ossifiés. Tantôt il ne contient qu'une seule hydatide, qui alors le remplit ordinairement en entier; tantôt il y en a un plus grand nombre, et quelquefois, on les a comptées par centaines et par milliers.

Les kystes hydatiques se présentent en plus grand nombre dans l'abdomen que dans tout le reste de l'économie; on en trouve dans la rate, dans le mésentère, dans tous les points du péritoine, toujours cependant recouverts par cette membrane, notamment dans le petit bassin. Mais c'est dans le foie qu'est leur siège de prédilection; d'après les recherches de Davaine, les kystes du foie fourniraient plus des cinq sixièmes des kystes de l'abdomen revêtus par le péritoine. Ils y sont souvent multiples; sur 38 cas, Barrier n'en a compté que 21 où le kyste fût solitaire; et il n'est pas rare de voir un kyste communiquer avec un autre.

Un point fort important de leur histoire est celui-ci : au rebours des kystes séreux qui sécrètent leur liquide et sont les propres agents de leur dilatation, ceux-ci ne sécrètent rien, se dilatent en vertu de l'accroissement des hydatides qu'ils contiennent, et, selon la remarque de Cruveilhier, semblent lutter contre cette dilatation étrangère, et réagissent à l'occasion. Ainsi, quand l'hydatide a ses parois rompues, son liquide perdu, quand elle est morte, le kyste revient sur lui-même; on y retrouve des débris plus ou moins

altérés de l'hydatide, avec un liquide plus ou moins abondant, mais surtout de nature différente qui paraît cette fois provenir du kyste et n'avoir aucune tendance à augmenter. Ceci jette déjà une certaine lumière sur le traitement chirurgical.

Les moyens employés contre ces kystes peuvent se réduire à quatre : 1° la ponction; 2° les injections; 3° l'ouverture du kyste; 4° l'extirpation.

1° *Ponction*. Elle se fait avec le trocart capillaire ou avec un gros trocart.

A. *Ponction capillaire*. — Récamier avait d'abord plongé dans les kystes de ce genre, à titre de ponction exploratrice, un trocart très fin ou une aiguille à cataracte, qu'il retirait immédiatement pour éviter le suintement du liquide hydatique dans le péritoine. Puis, une simple ponction au trocart, par laquelle il laissa écouler le liquide, lui ayant procuré une guérison, ce moyen, outre son utilité pour le diagnostic, est devenu une ressource pour la thérapeutique, et compte aujourd'hui un certain nombre de succès; dès lors l'aiguille a été abandonnée.

Leudet avait imaginé que le contact de la bile suffirait pour tuer les hydatides; et, dans les kystes du foie, il conseillait de déchirer en un point la paroi interne du kyste afin d'y faire couler la bile. L'aiguille aurait pu servir à ce dessein; mais la pointe du trocart y serait également propre; et au total, l'idée de Leudet étant tout hypothétique, lui-même a fini par y renoncer.

B. *Ponction avec le gros trocart*. — Cette méthode proposée par Boinet a été surtout préconisée par Verneuil. On se sert d'un très gros trocart, de manière à ce qu'on puisse facilement non seulement évacuer le liquide, mais des débris d'hydatides. Ce liquide évacué on remplace la canule par un drain de caoutchouc, garni de baudruche pour empêcher l'accès de l'air.

2° *Injections*. — Aran, le premier, après une ponction capillaire, a poussé dans un kyste du foie une injection de 50 grammes de teinture d'iode mêlée d'autant d'eau, avec addition de 2 à 4 grammes d'iodure de potassium, en laissant le tout dans le kyste. Il a réussi deux fois, et a eu des imitateurs non moins heureux. A. Richard a essayé à son tour une injection de 8 grammes d'alcool, soit pur ou mélangé d'eau, et laissé pareillement à de-

meure; il a aussi obtenu deux guérisons. Je dois dire qu'on a tenté enfin les injections de bile, selon l'idée abandonnée par Leudet; mais cette fois on n'a rien obtenu.

3° *Ouverture du kyste*. — Elle a été pratiquée un assez grand nombre de fois, directement, avec le bistouri, la lancette, le trocart en laissant la canule dans la plaie; presque toujours avec des accidents graves et la mort comme dernière conséquence. Enfin Récamier a établi en règle de n'ouvrir la tumeur qu'après avoir procuré des adhérences du péritoine au point où doit se faire l'ouverture; et c'est une règle généralement adoptée. Il y a pour cela deux procédés principaux.

Procédé de Récamier. — Il commençait par appliquer sur la peau une couche suffisante de potasse caustique pour avoir une première eschare assez étendue. Au bout de quelques jours il la fendait avec le bistouri; au fond de cette incision, il appliquait une nouvelle dose de caustique; et ainsi de suite jusqu'à ce que les cautérisations successives eussent étendu leur action jusque sur le péritoine et déterminé les adhérences désirées. Alors il ouvrait le kyste avec le bistouri ou le trocart. Le liquide évacué, comme les parois du kyste, incapables de se rapprocher jusqu'au contact, laissent un libre accès à l'air; pour prévenir cet inconvénient, il emplissait la poche avec une injection d'eau pure ou chargée de principes médicamenteux.

Procédé de Bégin. — Bégin, afin d'aller plus vite en besogne, incisait les parties molles jusqu'au péritoine, pansait la plaie à plat, et le troisième jour, comptant sur des adhérences solides, ouvrait le kyste avec le bistouri.

Graves (de Dublin) employait pour les abcès du foie un procédé qui offre les avantages de celui de Bégin sans ses inconvénients; il divisait les parties molles jusque près du péritoine, et pansait à plat, tant pour établir des adhérences que pour déterminer l'ouverture de l'abcès vis-à-vis de la plaie. Ce procédé s'appliquerait parfaitement à l'ouverture des kystes hydatiques.

Procédé de Volkmann. — Aujourd'hui que l'on ne craint plus l'ouverture de la cavité abdominale, on tend à abandonner le procédé de Récamier et ceux qui à son exemple cherchent à produire des adhérences préalables. On fait l'incision de la paroi abdominale sur le point saillant du kyste, incision dans certains cas parallèle aux fausses côtes; on arrive ainsi sur le kyste. S'il y a des adhérences on ouvre simplement le kyste; si les adhérences

n'existent pas, on s'arrête, on panse avec soin puis après formation d'adhérences on ouvre le kyste. On peut encore, sans plus attendre, ponctionner le kyste avec le trocart aspirateur, le vider de la plus grande partie possible de son contenu ; puis, on suture ses parois aux deux lèvres de la plaie abdominale et l'on ouvre le kyste dans l'intervalle des deux plans de suture.

4^e Extirpation. F. Terrier en 1885, ayant pris un kyste du foie pour un kyste de l'ovaire et trouvant le kyste pédiculé, en fit l'extirpation presque totale et sutura le reste du kyste à la paroi abdominale. Son exemple a été suivi de propos délibéré par Richelot, Segond, Championnière et par moi-même. Actuellement l'extraction du kyste est un procédé employé depuis quelques années toutes les fois qu'il est possible. Il consiste à faire une incision à la paroi abdominale, soit sur la ligne blanche, soit en dehors de cette ligne ; à mettre le kyste à découvert, à l'isoler puis à réséquer sa paroi après l'avoir évacué de son contenu. L'excision faite on peut soit fermer le ventre, soit suturer les bords restants du kyste aux lèvres de la paroi abdominale.

Appréciation. L'extirpation du kyste est le procédé aujourd'hui en faveur, mais elle est passible de quelques objections graves. D'abord elle n'est pas toujours possible. Dans un cas où je voulais la pratiquer, j'ai dû m'arrêter devant l'étendue et la solidité des adhérences et je n'ai pu faire qu'une extirpation partielle. En second lieu, cette extirpation quelque étendue qu'elle soit n'est jamais complète, puisqu'une partie de la paroi kystique est intimement unie au parenchyme hépatique. Il reste donc comme dans tous les autres procédés un débris de la membrane kystique, formant une poche plus ou moins réduite.

Quel est le mécanisme de la guérison après la ponction, les injections, l'ouverture du kyste ? On est généralement porté à penser que le kyste s'oblitére, et cette oblitération s'obtient en effet quand toutes les hydatides sont sorties et que le kyste siège dans le tissu cellulaire sous-péritonéal : ainsi Bobillier a vu un kyste de la région ombilicale, de 70 centimètres de diamètre, ne laisser qu'un peu de dureté dans le ventre, laquelle même disparut avec le temps. Mais dans le foie, la densité du tissu ambiant s'oppose à ce que les parois du kyste s'accroissent ou même se rétractent au delà d'une certaine limite. Velpeau retira par la ponction capillaire, d'un kyste hydatique du lobe gauche du foie, 1500 grammes de liquide. Le kyste ne se reproduisit point ; c'était une guérison, selon toute apparence. Deux mois et demi

après, l'autopsie faisait voir en effet ce kyste flétri, ratatiné, sans aucun débris d'hydatides, mais contenant encore 120 grammes d'un liquide un peu visqueux.

Lorsque le kyste a suppuré et est resté longtemps ouvert, il semble au moins que sa cavité doive disparaître. Cela même demeure fort douteux. Longtemps l'ouverture extérieure reste fistuleuse ; elle se ferme rarement avant deux mois ou deux mois et demi ; on l'a vue persister cinq mois. Elle se ferme enfin, mais qu'y a-t-il derrière ? Très probablement un kyste rempli de liquide, mais un kyste sans hydatides, et n'ayant que peu ou point de tendance à s'accroître. C'est une question qui réclame de nouvelles recherches.

Du reste, les succès obtenus ont été rachetés au prix de revers beaucoup plus nombreux ; et toute opération pratiquée sur les kistes hydatiques du bas-ventre peut être regardée comme grave. La ponction capillaire même, bien que généralement bénigne, a eu quelquefois les conséquences les plus redoutables. Tantôt il semble que par cette minime ouverture le liquide hydatique filtre dans le péritoine qu'il enflamme ; avec l'aiguille à cataracte même, Nélaton a vu se développer une péritonite partielle. Goyrand, après avoir retiré tout au plus 15 grammes d'un énorme kyste de la rate, fut effrayé par l'invasion subite d'une péritonite générale qu'il eut grand-peine à conjurer. Moissenet, plus malheureux encore, a perdu en vingt-huit heures, d'une péritonite foudroyante, un homme auquel il venait d'extraire d'un kyste du foie 125 grammes de liquide. Quand le péritoine échappe, c'est quelquefois le kyste qui s'enflamme ; Pidoux a vu cette inflammation emporter l'opéré en dix jours ; et dans un autre cas de Gendrin, la mort survint en quelques heures.

La ponction capillaire servant à des injections est manifestement sujette aux mêmes périls, et bien plus fréquemment à l'inflammation du kyste. Quand la suppuration y est établie, l'indication urgente est d'ouvrir le kyste, après avoir déterminé toutefois des adhérences péritonéales. On a alors à traiter une cavité souvent énorme, suppurant par toute sa surface, pouvant donner lieu à une infection putride ou à une infection purulente, ou bien enfin à l'épuisement du malade par l'excès de la suppuration. A ces causes de mort, je dois en ajouter une beaucoup plus rare : quelquefois la bile s'écoule au dehors avec le pus ; et bien que cet accident n'ait pas toujours des suites fâcheuses, un des opérés de Malgaigne est mort, épuisé autant par l'écoulement de la bile que par celui du pus, et j'ai perdu de la même façon le malade auquel j'avais fait l'extirpation partielle d'un kyste hydatide.