

l'épanchement et l'accumulation de bile aseptique dans la séreuse — *cholépéritone hydatique* de Devé. — A la suite du syndrome douloureux de la rupture, apparaît brusquement une ascite, généralisée parfois, mais beaucoup plus souvent circonscrite à la moitié droite de l'abdomen, ascite sans caractère spécial. Le liquide qui la constitue est trouble, brun jaunâtre ou verdâtre; l'analyse chimique y démontre la présence d'une grande quantité de bile, et l'examen microscopique celle de débris cuticulaires, de scolex altérés et de crochets épars.

La *rupture dans la plèvre libre*, au travers du diaphragme aminci, se traduit, elle aussi, par une douleur déchirante, aussitôt suivie de dyspnée, de lipothymie et d'urticaire. Si la mort ne survient pas rapidement, l'épanchement pleural peut rester limpide ou se teinter de bile. Lorsque celle-ci est aseptique, elle le reste et on assiste à la formation d'un « choléthorax hydatique » (Devé); mais quand la bile est septique, l'épanchement devient purulent et nécessite la thoracotomie.

La *rupture* enfin se fait parfois dans la *veine cave* ou dans quelqu'une des grosses veines sus-hépatiques. La mort se produit rapidement d'ordinaire par embolie, — il en est de même dans les cas très rares de rupture dans l'oreillette ou le ventricule droit. — La survie est pourtant possible et permet le développement ultérieur d'une *métastase hydatique* dans le poumon (Devé).

f) La *suppuration* des kystes hydatiques en est une des complications les plus fréquentes et les plus graves.

Elle peut se faire spontanément, sans cause connue, ou succéder à un traumatisme ou une ponction même aseptique, malgré que les classiques croient la suppuration toujours liée, en pareil cas, à une faute opératoire.

Elle résulte, cela va sans dire, d'une invasion microbienne dans la poche hydatique; or, cette invasion n'est possible qu'à deux conditions: l'envahissement par les agents microbiens de la capsule conjonctive péri-kystique, la fissuration des parois de la vésicule (Chauffard). Les voies d'accès des micro-organismes jusqu'à la capsule conjonctive sont théoriquement multiples (lymphatiques, vaisseaux veineux ou artériels, voies biliaires); en réalité l'infection se fait presque toujours par l'intermédiaire des voies biliaires, atteintes d'angiocholite ascendante. Et le mécanisme de la suppuration du kyste peut se résumer ainsi: la paroi des conduits biliaires qui courent au contact de la poche hydatique, amincie et réduite à sa seule muqueuse, persiste intacte tant qu'elle est soutenue par la vésicule distendue; mais sitôt que celle-ci vient à subir une légère diminution de volume (rupture partielle, ponction), le canal biliaire cède et la bile vient baigner le kyste; comme, d'autre part, la poche en s'affaissant se plisse et souvent se fissure, la bile pénètre à son intérieur, et, lorsqu'elle est septique, provoque la suppuration du kyste.

La bactériologie des kystes suppurés est fort incomplètement connue. De nombreux microbes ont été trouvés à leur intérieur, streptocoque, staphylocoque, pneumocoque, mais il en est un dont la fréquence prédominante cadre bien avec la notion de l'origine biliaire des infections kystiques, c'est le colibacille. On a signalé aussi des cas où le pus était stérile, mais la recherche des anaérobies n'y avait point été faite.

La suppuration amène au niveau du kyste de notables *modifications*: le liquide, d'abord trouble, devient bientôt purulent; il y nage des lambeaux de

membranes opaques, jaunâtres, friables, accompagnés ou non de vésicules affaissées qu'on a comparées à des grains de raisin sucés, mais on y peut voir aussi des vésicules filles limpides et inaltérées. Bien plus, le sable échinococcique des kystes suppurés garde, dans certains cas, sa propriété de donner naissance à des kystes secondaires.

Autour du kyste suppuré, s'il est superficiel, la séreuse s'épaissit et des adhérences se font avec les organes voisins; elles protègent la cavité péritonéale en même temps qu'elles préparent les ouvertures viscérales de l'abcès hydatique.

Les *phénomènes cliniques* qui révèlent la suppuration du kyste sont d'ordre local et d'ordre général. Localement, la douleur révélatrice devient rapidement aiguë et s'accompagne de signes de réaction péritonéale, nausées, vomissements, sensibilité abdominale, ou d'inflammation pleurale, névralgie intercostale ou phrénique, frottements. La palpation de la région hépatique révèle une sensibilité très vive au niveau de la tumeur qui, souvent, a augmenté de volume, et que la percussion montre parfois sonore, par production de gaz à son intérieur. D'autre part, l'état général est gravement atteint. La fièvre est très intense, à type rémittent ou intermittent, l'appétit se perd, la diarrhée fétide apparaît, l'amaigrissement fait de rapides progrès, le teint devient pâle et terreux, la cachexie se prépare.

A côté de cette forme aiguë, il en est d'autres atténuées où la fièvre ne dépasse pas 38° à 38°,5, où la douleur locale est peu marquée. Parfois même la suppuration, tout à fait apyrétique et causant seulement des douleurs insignifiantes, reste absolument ignorée.

Mais qu'elle soit aiguë, atténuée ou latente, la suppuration des kystes hydatiques comporte le pronostic de tous les gros abcès du foie; et le mal n'a pour ainsi dire que deux issues possibles, la mort par septicémie ou l'ouverture de l'abcès.

Le kyste suppuré est, en effet, susceptible d'*ouvertures diverses*.

L'ouverture dans le *péritoine* est infiniment rare, parce que la cavité séreuse se trouve protégée par l'adhérence ou l'épaississement réactionnel du feuillet viscéral; lorsqu'elle se produit, elle a pour conséquence fatale la péritonite généralisée.

Par contre, la tumeur s'ouvre fréquemment du côté de la *cavité thoracique*. Très rare dans la *plèvre*, que défend la symphyse pneumo-diaphragmatique, l'évacuation se fait d'ordinaire dans les *bronches*, en passant au travers du poumon droit au niveau duquel se forme une caverne anfractueuse remplie de débris hydatiques.

La déhiscence se produit parfois brusquement, elle détermine une vomique massive; le malade, pris d'une douleur brusque, d'une angoisse subite, rejette au milieu de quintes de toux et de phénomènes asphyxiques un flot de liquide purulent d'odeur spéciale (marmelade de prunes, Eichorst) contenant de nombreuses membranes blanc jaunâtre et des hydatides affaissées. La mort immédiate est parfois la conséquence d'un pareil accident.

Plus souvent peut-être, la vomique se fait d'une façon fractionnée, à intervalles variables, et se prolonge durant de longs mois. C'est encore une éventualité sérieuse, car elle peut se compliquer d'accidents infectieux graves —

broncho-pneumonie, gangrène pulmonaire, pleurésie purulente, — mais elle se termine souvent aussi par la guérison définitive.

L'ouverture dans le *péricarde* est exceptionnelle et constamment suivie de péricardite purulente.

Les kystes suppurés s'évacuent fréquemment dans le *tube digestif*, la plupart du temps au niveau du colon ascendant ou surtout transverse, plus rarement dans l'estomac, exceptionnellement dans l'intestin grêle.

Précédée par des symptômes de péritonite localisée, l'ouverture se produit à l'occasion d'un effort ou d'un traumatisme. Elle s'accompagne d'une douleur atroce, d'une sensation de déchirure viscérale nettement perçue par le malade; elle provoque l'affaissement brusque de la tumeur abdominale coïncidant avec une véritable débâcle intestinale de liquide purulent mêlé de débris membranueux et de vésicules affaissées; elle est suivie d'une détente générale de tous les symptômes.

L'ouverture colique amène assez fréquemment la guérison; l'ouverture stomacale comporte un pronostic beaucoup plus grave, car elle détermine le plus souvent des accidents de septicémie dont la mort est la terminaison habituelle.

On a signalé la rupture du kyste suppuré dans le *bassin*, mais elle est rarissime.

Enfin, l'ouverture à la *peau* (hypocondre droit, épigastre, et le plus souvent ombilic) est une éventualité fort rare aujourd'hui, et d'ailleurs relativement favorable, à condition qu'on évite les accidents de rétention.

**Pronostic.** — Le pronostic de l'échinococcose hépatique découle de toutes les notions qui précèdent, et l'on doit le considérer comme grave. La guérison spontanée n'est point impossible, mais l'escompter reste vraiment hasardeux, et, en présence d'un kyste hydatique, il faut non seulement « se tenir sur la réserve et ne jamais s'avancer à prédire le lendemain » (Rendu), mais encore « tout mettre en œuvre pour instituer le traitement nécessaire sans le moindre retard » (Segond).

**Diagnostic.** — Le diagnostic des kystes hydatiques du foie n'est possible qu'à la période de tumeur; les signes dits avant-coureurs de l'affection ont trop d'inconstance et d'imprécision pour mériter quelque crédit.

Lorsque la tumeur est apparue, les erreurs auxquelles elle peut donner lieu dépendent de son siège et de la direction vers laquelle elle évolue.

En cas de *kystes antéro-supérieurs*, le foie semble augmenté de volume dans sa totalité, et l'affection peut, à la rigueur, être confondue avec toutes celles qui s'accompagnent d'un « gros foie »; par exemple, la *congestion chronique*, la *cirrhose hypertrophique*, la *syphilis hépatique*, le *cancer du foie*. Mais, à un examen minutieux, le kyste hydatique apparaît presque toujours comme une tumeur circonscrite, régulière, rénitente, à évolution lente et sans retentissement grave sur l'état général. Il va sans dire que la constatation du frémissement hydatique est pathognomonique.

Les *kystes postéro-supérieurs* sont plus malaisés à reconnaître; la confusion est facile avec un *épanchement pleural séro-fibrineux* ou suppuré. Quelques signes de valeur peuvent être fournis par un examen minutieux; c'est à la percussion la forme de la matité; « tandis que, dans la pleurésie, la ligne de matité a son maximum au niveau de l'aisselle, dans le cas d'échinocoques, elle

est plus circonscrite et s'abaisse soit en avant, soit en arrière » (Rendu); de même, à l'auscultation, en cas de kyste hydatique, « nulle part on n'entend de souffle ni d'égophonie, et, au point de jonction de la sonorité et de matité, la voix ne présente ni chevrottement ni altération de timbre » (Rendu). Mais bien plus topiques sont les renseignements que donne l'examen radioscopique. Il permet de constater, en effet, remontant plus ou moins haut dans la moitié droite du thorax, une ombre « en dôme », régulière, à contours absolument nets et « comme tracés au compas » (Béclère), qui tranche sur la clarté du parenchyme pulmonaire sus-jacent. L'*échinococcose pleurale*, fort rare, ou *pulmonaire*, plus fréquente, ressemble étrangement par ses signes à celle du foie.

On peut confondre les *kystes antéro-inférieurs* avec toutes les tumeurs liquides de l'abdomen; mais certaines y exposent plus particulièrement: l'*hydropisie de la vésicule biliaire* qui a le plus souvent dans ses antécédents des crises de colique hépatique; les *kystes de l'ovaire* qui, lorsqu'ils sont énormes et remplissent tout l'abdomen, ne se peuvent différencier qu'à condition qu'on soit renseigné sur l'endroit où a débuté la tumeur et dont le diagnostic devient tout à fait impossible en cas de tumeur pédiculée et mobile; les *kystes du pancréas*, médians, mobiles transversalement, au niveau desquels la percussion révèle, entre leur matité propre et celle du foie, une zone de sonorité; les *kystes du mésentère* fort mobiles et sonores sur leur face antérieure.

Enfin, les *kystes postéro-inférieurs* se distinguent théoriquement des *tumeurs kystiques du rein*, en ce que celles-ci, outre leurs signes urinaires qui peuvent manquer, sont accolées intimement à la paroi lombaire et ballottent aisément, ne sont point mobiles avec les mouvements respiratoires et ont en avant d'elles une zone de sonorité colique verticale.

À côté de tous ces caractères cliniques différentiels, il est, pour le diagnostic des kystes hydatiques, un procédé aujourd'hui classique et souvent usité, dont la légitimité et l'innocuité valent d'être soigneusement discutées; ce procédé c'est la *ponction exploratrice*.

Faite d'ordinaire avec une aiguille capillaire et une seringue de Pravaz, elle permet de recueillir, suivant les circonstances, soit un liquide eau de roche, riche en chlorure de sodium, dans lequel l'examen microscopique révèle parfois la présence de scolex intacts; soit un liquide louche ou purulent au milieu duquel le microscope peut rencontrer des débris cuticulaires feuilletés ou des crochets pathognomoniques. Ainsi, par une manœuvre fort simple, le diagnostic est posé d'une façon indiscutable.

Malheureusement la ponction peut rester *négative*, malgré la présence d'un ou plusieurs kystes — kyste trop profond, oblitération de l'aiguille par quelque débris membraneux, contenu complexe; — c'est donc un *procédé infidèle*.

C'est de plus un *procédé dangereux* susceptible de provoquer des accidents graves, voire même mortels. Le premier d'entre eux est l'*intoxication hydatique*. Si elle se traduit d'ordinaire par une simple éruption ortiée généralisée subite et éphémère, elle peut parfois provoquer des troubles graves: dyspnée subite, fièvre, vomissements, météorisme, refroidissement des extrémités (Achard) et même entraîner la mort (Chauffard). Elle a pour cause l'écoulement de tout ou partie du liquide vésiculaire dans le péritoine, par l'orifice de la

ponction. Lorsque le kyste est suppuré, — et j'ai déjà dit que l'infection kystique reste parfois apyrétique, latente et partant impossible à prévoir, — la ponction peut provoquer, par le même mécanisme, la *péritonite généralisée*.

D'un autre côté, l'affaissement de la poche qui suit son évacuation partielle ou totale détermine souvent la *pénétration de la bile* à son intérieur, et, pour peu que celle-ci soit infectée, la *suppuration du kyste*.

Ce n'est pas tout, l'aiguille, *instrument aveugle*, peut blesser en passant une anse intestinale par hasard insinuée entre la paroi et la face antérieure du foie, léser un vaisseau épiploïque ou atteindre dans l'épaisseur de la glande quelque tronc veineux important.

Enfin l'*ensemencement de germes spécifiques*, et, par conséquent, le développement ultérieur de *kystes secondaires*, est une complication théoriquement possible de la ponction exploratrice.

Si bien qu'en résumé celle-ci nous semble devoir être proscrite et remplacée par la *laparotomie exploratrice*, beaucoup moins grosse de risques, quoi qu'il en semble, et qui permet d'un coup l'exploration large et le traitement efficace de la lésion.

Une fois qu'il a reconnu l'existence d'un kyste hydatique, le chirurgien doit tenter d'élucider quelques points complémentaires et, en premier lieu, rechercher si le kyste est bien *unique*, ce qui n'est point constant. Dans le cas contraire, il y a souvent un contraste très grand entre le volume du kyste directement constaté et le volume d'ensemble de la déformation du parenchyme hépatique. » (Chauffard.) D'un autre côté, la recherche du « retentissement hydatique sonore », en faisant découvrir la présence de plusieurs foyers d'auscultation distincts, et la persistance de l'éosinophilie après l'ouverture chirurgicale d'un premier kyste sont des arguments très valables en faveur de la multiplicité des poches hydatiques.

L'existence possible de kystes secondaires, conséquence d'une rupture ancienne, ne doit point être oubliée, et pour la dépister un examen de la cavité abdominale et spécialement du cul-de-sac de Douglas s'impose chez tout malade atteint d'échinococcose du foie.

Enfin, la suppuration du kyste est fort probable s'il existe des phénomènes douloureux locaux associés à un mauvais état général. L'ancienneté du kyste, d'autre part, doit faire craindre que le contenu en soit complexe, et l'ictère qui traduit l'engagement d'hydatides dans les voies biliaires permet presque de l'affirmer.

**Traitement.** — Le traitement des kystes hydatiques du foie ne comporte plus aujourd'hui que des *méthodes directes*, s'attaquant au kyste lui-même; et la complète inefficacité de la thérapeutique interne est depuis longtemps reconnue. Ces méthodes sont au nombre de deux : la *ponction thérapeutique*, l'*ouverture chirurgicale*.

I. La *ponction thérapeutique* se propose d'amener la mort du parasite et partant l'involution du kyste, soit en le vidant simplement de son contenu : *ponction évacuatrice simple*; soit en faisant suivre l'évacuation de l'injection d'un liquide parasiticide : *ponction suivie d'injection parasiticide*.

a) On pratique d'ordinaire la *ponction évacuatrice simple* à l'aide d'un trocart fin adapté à l'aspirateur de Potain ou de Dieulafoy et enfoncé hardiment

dans le point le plus saillant du kyste. Le liquide doit être évacué lentement, sans qu'on exerce aucune pression sur la tumeur et jusqu'à complète évacuation de la poche. L'aiguille une fois retirée, l'orifice cutané est protégé par une compresse aseptique que maintient un bandage de corps modérément serré et le malade condamné à l'immobilité et à la diète absolue (Bacelli) durant vingt-quatre heures.

b) La *ponction avec injection parasiticide* comporte trois techniques principales; — celle de Debove : après aspiration du liquide à siccité, injection de 100 grammes de liqueur de Van Swieten qu'on laisse dix minutes dans la poche et qu'on retire au bout de ce temps; — celle de Hanot : après évacuation, injection de 50 ou 40 grammes de liqueur de Van Swieten qu'on abandonne dans la poche; — enfin celle de Bacelli-Sennet : une petite quantité de liquide retirée par la ponction est remplacée par une injection de 20 à 50 cc. (Bacelli), de 2 à 5 cc. (Sennet) de liqueur de Van Swieten.

La méthode des ponctions thérapeutiques a donné d'incontestables succès. S'il faut en croire ses nombreux partisans, elle constitue un procédé simple, inoffensif, et qui donne des guérisons à peu de frais. Il est vrai qu'elle échoue parfois; mais on peut le plus souvent, on doit même commencer par elle, quitte à ne pas s'entêter et à recourir, après un ou deux insuccès, à l'intervention chirurgicale.

A notre sens, la ponction thérapeutique est passible de reproches très graves qui la doivent faire absolument repousser. En premier lieu, elle peut entraîner tous les *accidents* imputables à la ponction exploratrice, et, pour ce seul motif, mérite d'être proscrite à l'égal de celle-ci. En second lieu, elle est fréquemment suivie de *récidive* — au bout de deux ou trois ans en moyenne (Labbé) — et le kyste prend presque toujours alors le type complexe (Devé). A tous ces risques, la ponction suivie d'injection parasiticide joint celui d'une *intoxication* par le liquide introduit dans la poche. Enfin, alors même qu'est atteint le but que se propose la ponction, je veux dire la mort du parasite et l'involution du kyste, la guérison du malade reste précaire, car la persistance d'un cadavre parasitaire dans un viscère tel que le foie comporte des risques incontestables de *suppuration spontanée* tardive.

II. L'*ouverture chirurgicale* est le traitement de choix des kystes hydatiques; seul il donne au malade une guérison certaine, et seul, au prix d'une technique aujourd'hui bien réglée, il le met à l'abri de toutes complications.

L'opération comporte plusieurs temps : la découverte du kyste, l'incision de la poche et son évacuation; le traitement de la cavité hépatique restante.

a) Les *voies d'accès* du kyste varient avec son siège. Les *tumeurs à évolution antérieure*, chondro-abdominales et abdominales pures, relèvent de la *laparotomie*; mais, alors que la simple incision pariétale médiane ou latérale met aisément à jour les kystes inférieurs, les supérieurs se cachent le plus souvent sous les fausses côtes et leur découverte nécessite la résection du rebord costal, dans la mesure où cette résection est possible sans exposer à l'ouverture de la plèvre. Les *tumeurs à évolution postérieure* réclament, suivant leur siège supérieur ou inférieur, la *laparotomie transpleurale* (Israel), après résection sous-périostée d'une ou deux côtes, ou l'*incision lombaire*, bonne seulement lorsque le kyste est en rapport intime avec la paroi abdominale postérieure.