

(Hjaltn), *essence d'eucalyptus* (Buchterkirch), etc., qui toutes sont aujourd'hui tombées en désuétude. L'*iodure de potassium* (Hawkins, Jaccoud, Semmola), qui a été quelque temps en faveur, est aussi à peu près délaissé. Signalons encore l'*extrait étheré de fougère mâle*, dont les propriétés parasitocides sont bien connues à l'égard des entozoaires intestinaux, et qui a été vanté dans ces derniers temps pour les hydatides hépatiques (Reletti). Mais ce médicament est toxique, principalement dans les cas où le foie est altéré dans ses fonctions (Grawitz), et dès lors il ne semble pas qu'il puisse être administré par la voie interne à une dose assez élevée pour être efficace.

C'est donc aux *traitements locaux* qu'il convient de recourir. Sans parler des applications externes, révulsives ou autres dont l'inutilité est évidente, il y a bien des procédés de traitement local qui ne méritent plus guère qu'une mention historique. On n'ouvre plus les hydatides par les *caustiques*, on ne pratique plus l'*acupuncture* de Trousseau. L'*électrolyse*, préconisée par Thorarénson, H. Fagge et Durham, n'est plus guère employée non plus : elle a, d'ailleurs, tous les inconvénients d'une ponction non évacuatrice et ne semble pas avoir d'autre action sur la vitalité des parasites¹. On a renoncé également aux *sondes* et *trocarts* à demeure qui exposent trop aisément aux complications septiques.

C'est entre deux ordres de procédés que se partage aujourd'hui la thérapeutique des kystes hydatiques du foie : ces procédés sont : 1° la ponction, 2° l'incision, chacun d'eux comportant d'ailleurs plusieurs variantes.

A. — PONCTIONS ET INJECTIONS

La ponction curative est, en quelque sorte, la suite de la ponction exploratrice, et il y a tout avantage, lorsque le ré-

1. Pourtant BOINET (*Gaz. hebdomad.*, 12 août 1897, p. 758) a publié tout récemment un cas de kyste hydatique de foie, guéri par les ponctions et l'électrolyse.

sultat de la ponction exploratrice permet de se décider pour la ponction curative, à ne pas différer celle-ci et à ne pas pratiquer ensuite une deuxième piqûre de la poche kystique qui exposerait de nouveau le malade aux inconvénients et aux accidents imputables à une intervention de ce genre. On fera donc bien, toutes les fois que l'on pratiquera la ponction exploratrice, de se tenir prêt à la compléter par l'évacuation, et d'avoir en conséquence à portée un appareil aspirateur.

1° *Ponction simple*. — L'évacuation pure et simple peut être suivie de la disparition du kyste et de la guérison définitive. C'est particulièrement le cas lorsqu'il s'agit d'une hydatide déjà morte, et il y a présomption en faveur de la mort de l'hydatide lorsque le liquide kystique est trouble, albumineux, qu'il est mélangé de bile, de sang, de débris du parasite.

Dans d'autres cas, l'hydatide vivante a été tuée par la ponction, sans doute sous l'influence des modifications de pression que détermine l'issue du liquide et de l'irruption de la bile qui survient parfois dans ces conditions. Toutefois il est certain que, dans bien des cas, la ponction simple est insuffisante, qu'elle est suivie, à échéance plus ou moins longue, de la reproduction de la tumeur, soit qu'il s'agisse de la poche primitivement ponctionnée, soit d'une poche secondaire. Il convient donc, avant d'affirmer la guérison, de suivre les malades pendant des années et de faire encore quelques réserves prudentes sur la solidité de cette guérison.

On peut d'ailleurs répéter la ponction plusieurs fois; on a même été fort loin dans cette voie, et Dieulafoy a cité un cas traité avec succès par 300 ponctions successives. Mais on préfère généralement aujourd'hui faire appel à la chirurgie après deux ou trois ponctions suivies de récurrence.

2° *Ponction et injection*. — La ponction ne permet pas seulement l'évacuation du liquide kystique, elle permet aussi l'introduction dans la poche de substances modificatrices et parasitocides. On a employé, il y a longtemps déjà, des liquides *alcooliques*, des solutions *iodées*, de la *bile de bœuf*, en raison du rôle hydaticide attribué à la bile. Plus récemment on a eu

recours aux principaux antiseptiques modernes: *sulfate de cuivre, acide phénique, créosote, chloral, naphthol, acide salicylique, etc.*, mais c'est surtout le *sublimé*, sous forme de liqueur de van Swieten, qui a été injecté dans les kystes hydatiques.

La manière dont est pratiquée l'injection parasiticide varie selon plusieurs procédés qui diffèrent entre eux, surtout par la proportion de liquide évacué et de liquide injecté.

Le procédé de Sennett-Bacelli¹ consiste à ne retirer du kyste qu'une quantité minime de son contenu, quelques centimètres cubes, et à injecter ensuite une quantité à peu près égale d'antiseptique qu'on abandonne dans la cavité. L'inconvénient, en pareil cas, est de laisser au kyste une tension à peu près égale à celle qu'il avait précédemment et d'exposer le malade au suintement intra-péritonéal de liquide hydatique, toxique par lui-même et toxique en outre par l'antiseptique introduit, du moins si cet antiseptique est employé en solution concentrée. D'autre part, si l'antiseptique est en solution peu concentrée, il se dilue dans une grande quantité de liquide hydatique, et son efficacité se trouve alors singulièrement réduite.

Afin d'éviter les inconvénients d'une évacuation presque nulle et d'une dilution trop grande de la substance parasiticide, Debove² a conseillé d'évacuer tout le liquide du kyste, puis d'y injecter du sublimé en quantité moindre que ce liquide, puis de laisser agir pendant une dizaine de minutes environ l'antiseptique dans la poche, et de le retirer ensuite par aspiration, afin d'éviter les accidents toxiques que pourrait provoquer l'absorption d'une aussi grande quantité de sublimé. On peut aussi, comme l'ont proposé et pratiqué plusieurs auteurs, terminer l'opération en lavant la poche avec de l'eau stérilisée pour enlever les dernières traces de sublimé. Ce procédé offre l'avantage d'agir localement d'une

1. A. SENNETT. — *The Lancet*, 18 juin 1887. — BACCELLI. — *La Riforma medica*, 11 juin et 30 août 1887.

2. DEBOVE. — *Soc. médicale des hôpitaux*, 12 octobre 1888.

façon énergique sur les hydatides, grâce à la grande quantité d'antiseptique introduit, tout en évitant, par l'extraction de cet antiseptique, les effets généraux d'intoxication.

Une difficulté s'est présentée quelquefois aux opérateurs qui ont appliqué ce procédé pour évacuer l'antiseptique injecté, et l'on a signalé des accidents toxiques, mortels même, dus à sa rétention.

Aussi, particulièrement dans les cas de kyste peu volumineux, plusieurs auteurs préfèrent-ils le procédé de Hanot¹, qui est en quelque sorte intermédiaire aux deux précédents et qui consiste à vider totalement la poche, afin d'éviter l'inconvénient d'une ponction insuffisamment évacuatrice², puis à y faire une injection à liquide perdu, injection de quantité faible et de qualité forte, soit 15 à 40 grammes de liqueur de van Swieten, dose inférieure à la dose toxique. Les expériences de Chauffard et Widal ayant montré qu'une proportion de 36 grammes de liqueur de van Swieten pour 2 litres de liquide hydatique suffisait à empêcher le développement des germes pyogènes, on admet que l'action parasiticide s'exerce d'une façon semblable sur les hydatides, et l'on pense que le sublimé peut agir aussi peu à peu, par diffusion, sur les vésicules-filles, s'il y en a, tandis que, par le procédé de Debove, celles-ci résisteraient plus facilement à l'action passagère de l'antiseptique³.

1. *Thèse de MORIN*, Paris, 1889.

2. Lorsqu'on pratique l'évacuation totale du liquide, il est bon de ne pas la pousser jusqu'à la siccité, mais de s'arrêter plutôt avant que les dernières gouttes s'écoulent : on est plus sûr alors de bien injecter la substance antiseptique dans la poche dont les parois ne sont pas encore tout à fait accolées sur la pointe de l'aiguille.

3. A propos des injections parasiticides, je mentionnerai une tentative thérapeutique que j'ai faite en novembre 1894, à l'hôpital Cochin, avec l'extrait éthéré de fougère mâle. Il s'agissait d'un kyste hydatique de volume moyen; après avoir retiré 500 grammes de liquide absolument limpide, contenant du chlorure de sodium et pas d'albumine, j'injectai 0^{sr},40 d'extrait en dissolution dans l'huile d'olives stérilisée. Onze jours après, je fis une seconde ponction qui donna issue à 250 grammes d'un liquide légèrement trouble, de teinte jaune verdâtre, semblable à celle du liquide injecté précédemment, et contenant beaucoup d'albumine ainsi que des débris d'échinocoques (têtes et crochets), caractères indiquant la mort de l'hydatide. J'injectai de nouveau, séance tenante, 2 grammes

Toutefois, il est certain que lorsque les vésicules secondaires sont nombreuses, ce qui se reconnaît à la faible quantité de liquide évacué relativement au volume de la tumeur, et dans quelques cas même à l'absence à peu près complète de liquide (ponction blanche), la méthode des ponctions ne saurait être applicable. C'est au chirurgien qu'il convient de confier le malade.

B. — MÉTHODES CHIRURGICALES

L'intervention chirurgicale dispose de divers procédés. L'exposé de la technique opératoire et des indications détaillées auxquelles répond chacun d'eux n'est pas du ressort de cet article. Mais je dois mentionner au moins d'une façon sommaire quelles sont les ressources de la chirurgie dans le traitement des kystes hydatiques du foie et dans quelles circonstances le médecin a le devoir d'y faire appel.

L'*incision* de la poche est le fond de ce traitement chirurgical. Cette incision se fait soit en deux temps, soit plutôt, à cause de l'avantage d'une rapidité plus grande, en un seul temps. La région par laquelle le chirurgien aborde le kyste varie nécessairement suivant le siège du mal : c'est tantôt par la voie abdominale (Lindemann-Landau), tantôt par la voie lombaire, tantôt par la voie transpleurale, avec ou sans résection du squelette costal, que la poche est ouverte. En général l'incision de la poche est faite après évacuation par ponction, puis les lèvres de la plaie kystique sont suturées à celles de la plaie cutanée, et la cavité est lavée, drainée et tamponnée. On peut aussi dans certains cas faire l'*incision partielle* de la poche. Le raclage des parois présente des dangers d'hémorragie. L'*extirpation totale* du kyste, qui serait l'opération curative par excellence, n'est malheureusement applicable que dans des cas assez rares.

d'extrait dans 20 grammes d'huile. Aucun malaise ne suivit cette injection, et la tumeur avait diminué de volume lorsque, huit jours après, la malade quitta l'hôpital.

Exceptionnellement aussi, on pourra faire la *résection du segment hépatique* aux dépens duquel le kyste s'est développé. Dans la variété particulière des kystes du foie qui descend dans l'abdomen (kyste antéro-inférieur pédiculé), on est obligé de laisser un pédicule à l'angle supérieur de la plaie.

En somme, dans des circonstances nombreuses, le traitement chirurgical ne saurait être considéré comme capable de procurer une guérison rapide; il exige souvent des mois, pendant lesquels l'opéré est astreint non seulement à des pansements, mais à une existence de malade¹ : c'est assurément là une des causes qui expliquent la faveur du traitement par les ponctions.

Il faut aussi reconnaître que malgré les perfectionnements de la technique chirurgicale, ces interventions opératoires ont des inconvénients et même des dangers. Certains kystes, situés profondément et séparés de la surface du foie par une épaisseur plus ou moins grande de parenchyme, sont d'un abord malaisé, et il a fallu quelquefois, au cours d'une opération, renoncer à aller plus avant et s'en tenir à la ponction. A la suite de l'incision du kyste on a noté avec une certaine fréquence l'établissement d'une fistule biliaire des plus difficiles à tarir.

Enfin la mort peut être la conséquence de l'incision d'un kyste très volumineux, ayant refoulé les organes de la cavité thoracique, dont la brusque décompression provoque une asphyxie rapide².

Sans doute il ne faudrait pas exagérer l'importance ni la fréquence de ces cas malheureux, mais on ne saurait à l'heure actuelle opposer aux dangers des ponctions l'innocuité de l'intervention opératoire. La vérité est que ces deux grandes méthodes de traitement, ponction et incision, ont chacune leurs dangers. Ce n'est donc qu'après les avoir envisagés et en avoir pesé la portée que le médecin devra se décider pour l'une ou l'autre.

1. Pour hâter la rétraction de la poche et la cicatrisation, M. P. DELBET (*Acad. de médecine*, 1896) a récemment préconisé le « capitonnage ».

2. LE GENDRE. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 24 juillet 1896.

C. — RÉSUMÉ DES INDICATIONS

Les règles qui doivent présider à ce choix peuvent être ainsi résumées.

A. — Aux *ponctions* et aux *injections* ressortissent la plupart des kystes hydatiques du foie non ouverts, dont le contenu est aseptique et qui sont dépourvus de vésicules-filles ou n'en renferment qu'un petit nombre.

Si l'hydatide est morte, la ponction pourra suffire. Si elle est vivante, l'injection parasiticide doit être faite de préférence avec le *sublimé*, soit par le procédé de Debove, soit par celui de Hanot.

B. — A *l'intervention chirurgicale* appartiennent :

1° Les kystes *suppurés*, malgré quelques succès obtenus à l'aide de ponctions suivies de lavages antiseptiques¹. — Une exception devrait peut-être être faite pour les kystes dont le pus serait reconnu stérile.

2° Les kystes *rompus* soit dans une cavité septique comme le tube digestif, soit dans les bronches, soit dans une cavité séreuse, péritoine ou plèvre, et alors même que le kyste ne serait pas suppuré.

3° Les kystes *pediculés* descendant dans l'abdomen.

4° Les kystes renfermant des *vésicules secondaires nombreuses*, dont la présence pourrait être reconnue à la suite d'une ponction blanche ou d'une ponction évacuatrice laissant après elle un certain volume à la tumeur.

5° Les kystes simples en apparence, mais *récidivant* après deux ou trois tentatives de ponction suivie d'injection de *sublimé*.

6° La variété particulière, connue sous le nom de *kystes alvéolaires*, qui n'a guère été observée qu'en Allemagne, et dont les rapports avec l'échinocoque proprement dit sont encore en discussion.

1. MESNARD. — *Gaz. hebdom. des sciences médic. de Bordeaux*, 1888.

III

Prophylaxie.

La prophylaxie des kystes hydatiques repose entièrement sur la connaissance des migrations accomplies par le parasite en dehors de l'organisme humain. L'œuf du *Tænia echinococcus* pénètre habituellement dans les voies digestives par l'intermédiaire de l'eau; il importe donc de s'abstenir d'eau non filtrée, non seulement comme boisson, mais aussi pour la préparation des aliments consommés crus, pour le lavage des fruits et légumes, des salades en particulier.

Les œufs qui sont l'origine des kystes hydatiques proviennent du *Tænia echinococcus* qui se développe dans l'intestin du chien et sont répandus sur le sol et dans les eaux par les déjections de cet animal. On devra donc d'une part prévenir la souillure des eaux destinées à l'alimentation par lesdites déjections, d'autre part empêcher l'infestation du chien par le parasite en évitant de donner comme nourriture à cet animal les débris d'abattoirs susceptibles de renfermer des échiconques. Ces débris doivent être détruits et non abandonnés sur la voie publique ou jetés à la voirie.

Ces précautions prophylactiques devront être surtout rigoureuses dans les pays où l'affection hydatique règne avec une grande fréquence, notamment en Islande et en Australie.