

TRENTE-DEUXIÈME LEÇON

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE CHEZ L'ENFANT

- I. — Fréquence relative chez l'enfant à partir du second âge. Troubles digestifs ; ictère ; déformation du thorax. Diagnostic avec le sarcome du foie ; proscrire la ponction exploratrice pour l'établir. Erreur de diagnostic avec un abcès froid costal.
- II. — Le traitement par la ponction doit être repoussé ; greffe possible des hydatides dans le péritoine. La marsupialisation de la poche est une bonne méthode.
- III. — Traitement par la réduction sans drainage de la poche capitonnée. C'est la méthode de choix quand elle est possible. Une observation heureuse avec accidents fébriles prolongés et inexplicables.

A la fin du mois de janvier est venue se montrer à nous une fillette qu'à deux reprises vous m'avez vu opérer dans le service pour un volumineux kyste hydatique du foie. Elle a dû à la méthode de Pierre Delbet, c'est-à-dire à la résection sans drainage de la poche capitonnée, une guérison complète. Mais avant de résumer son histoire thérapeutique, intéressante à plusieurs égards, laissez-moi vous dire quelques mots des kystes hydatiques du foie chez l'enfant. Non pas que l'âge imprime de bien grandes particularités à l'évolution du parasite, mais parce que, dans un service de chirurgie infantile, c'est une tumeur abdominale assez fréquente, utile par conséquent à connaître.

I

Cette fréquence relative ne ressort pas de ce qu'on peut lire dans les livres anciens. Trousseau, par exemple, nous déclare que « la

somme totale des faits d'hydatides chez les enfants, connus et publiés dans l'histoire de la médecine, « se réduit à 18, dont 9 sont des tumeurs du foie » ; et sur cette lésion, Barrier, Rilliet et Barthez restent muets dans leurs traités classiques. Or, à l'hôpital Trousseau, depuis octobre 1892, j'en ai opéré au moins 11, dont 7 observations¹ ont été publiées dans la thèse de mon élève Guilaine², et je retrouve dans mes notes l'histoire de deux malades que vous avez pu étudier cette année.

Ce qui semble exact, c'est que la rareté est très grande pendant la première enfance. Cela s'explique assez bien, si l'on songe qu'à cet âge les sujets ne boivent guère que du lait, et que le rôle des eaux potables, des légumes non cuits paraît considérable pour introduire dans l'organisme humain l'embryon hexacanthe. Plus tard, on conçoit que cette cause de rareté n'existe plus, mais je signalerai que, parmi les 8 petits malades dont j'ai actuellement l'observation sous les yeux, il y a une fille de quatre ans et demi, un garçon de sept ans et 6 sujets au-dessus de dix ans.

Je n'ai rien à vous dire de général sur les troubles digestifs, qu'à plusieurs reprises, cependant, j'ai observés plus intenses qu'ils n'ont coutume de l'être chez l'adulte. En particulier, la fillette de quatre ans et demi, qui est restée salle Valleix du 1^{er} février au 16 juillet 1900, souffrait depuis quatre mois d'anorexie, de vomissements, de constipation opiniâtre, d'amaigrissement considérable, et depuis un mois elle ne prenait que du lait pour toute nourriture. Deux fois j'ai noté de l'ictère, dont Pontou relate 3 observations sur 22 cas, en sorte que ce symptôme serait moins exceptionnel que chez l'adulte.

Quant à l'examen local, vous remarquerez seulement que, plus à l'aise grâce à la souplesse des côtes, la tumeur paraît se développer plus vite, devenir plus rapidement apparente, déformer plus gravement le thorax : en particulier, le premier enfant que j'ai opéré, en 1893, portait une poche énorme qui refoulait en dehors les fausses côtes droites, d'où une asymétrie extraordinaire du tho-

1. Deux de ces kystes ont trait à un seul enfant, opéré en 1894 et en 1898.

2. J. GUILAINE. — « Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie chez l'enfant. » *Thèse de doct.* Paris, 1899-1900, n° 32.

rax. Quand, dans cette poche rénitente, mais non pas à vrai dire fluctuante, vous sentirez, par la percussion, le frémissement hydatique, le diagnostic sera tout de suite établi; mais c'est là un symptôme des plus inconstants, et on ne peut même pas décider avec certitude à quelle variété anatomique de kyste il appartient; pour sa production, les uns ont voulu faire entrer en jeu la présence, les autres l'absence de vésicules filles. Or, mon élève Audion a publié deux cas où j'ai noté ce symptôme¹: il s'agissait dans l'un d'une poche à contenu exclusivement liquide, dans l'autre d'un kyste à nombreuses vésicules filles.

Le diagnostic est facile lorsque, dans la partie supérieure de l'abdomen, existe une tumeur arrondie, rénitente, limitée, dont la matité est continue avec celle du foie. Encore plus que chez l'adulte, puisque chez l'enfant l'hydropisie de la vésicule est exceptionnelle au point d'être négligeable, on peut dire que toute tumeur globuleuse de l'hypocondre est un kyste hydatique du foie.

Mais quelquefois la tumeur, moins superficielle, moins nettement limitée, reste incluse dans un gros foie, où cependant on croit sentir par la palpation profonde une poche plus ou moins volumineuse, obscurément fluctuante: dans ces conditions, on peut se tromper et prendre pour un kyste hydatique un sarcome hépatique. Cela m'est arrivé une fois, dans un cas où, il est vrai, la masse, partout lisse, arrondie, rénitente, présentait en un point une bosselure suspecte. Depuis, dans deux faits de ce genre, j'ai porté le diagnostic exact parce qu'un gros foie uniforme, un peu inégal en un point ou deux, recouvert par une paroi où les veines sous-cutanées étaient volumineuses, m'avait paru fort suspect. D'autant plus qu'on constate, en pareille occurrence, un amaigrissement insolite; mais ce dernier phénomène n'a rien d'absolu, et la fillette dont je vous rappelais tout à l'heure l'histoire en est la preuve.

C'est là, me direz-vous, une occasion de recourir à la ponction exploratrice pour assurer le diagnostic. Or, dans ces circonstances, vous devez la proscrire absolument. J'ai été instruit à cet égard,

1. AUDION. — « Deux observations de kyste hydatique du foie chez l'enfant. » *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, décembre 1898, p. 609.

dès le début de ma pratique, par un fait qui concerne l'adulte, mais qui se reproduirait certainement chez l'enfant. Tout jeune docteur, j'ai été appelé auprès d'un homme qui, atteint de troubles digestifs graves et d'une grosse tumeur du lobe gauche du foie, était presque sûrement porteur d'un petit cancer, non palpable, de l'estomac, et d'un gros foyer métastatique dans le foie. Mais la tumeur était ronde, nettement circonscrite, un peu fluctuante, en sorte que, croyant ne pas me compromettre, je proposai d'élucider le cas par la ponction exploratrice. Selon mes prévisions, je ne vis sortir que du sang par l'aiguille aspiratrice, mais, à ma grande surprise, le malade mourut en une dizaine d'heures, avec tous les signes d'une hémorragie intra-péritonéale.

Aussi, chez les trois enfants où un sarcome était probable, mais où on était en droit de tenter la chance d'une erreur de diagnostic avec un kyste, ai-je pratiqué délibérément la laparotomie exploratrice. Et quand j'ai vu des veines énormes sillonnant la surface du foie, quand j'ai constaté une fois avec quelle peine, par le thermocautère et le tamponnement à la gaze aseptique, j'ai arrêté le sang que donnait une éraillure superficielle faite accidentellement avec la pointe du bistouri, je me suis félicité de n'avoir pas enfoncé dans un semblable organe l'aveugle aiguille de l'aspirateur. Je vous dirai, dans un instant, qu'il faut, à mon sens, rejeter toutes les méthodes thérapeutiques basées sur la ponction; donc, ni pour le diagnostic, ni pour le traitement, ne ponctionnez jamais un kyste hydatique du foie.

Pour terminer cette courte revue des erreurs de diagnostic possibles, je vais résumer l'histoire d'un enfant chez lequel j'ai cru à un abcès froid de la paroi thoracique. Sans doute, en fouillant de près l'anamnèse, on aurait pu trouver des signes capables d'attirer l'attention: depuis deux mois le jeune malade, un garçon de onze ans, avait perdu l'appétit, avait du dégoût pour les aliments gras, avait présenté un ictere passager, s'essouffait facilement, avait une toux sèche, quinteuse, sans expectoration. Mais cette toux, la perte de la gaieté ne devaient-elles pas aussi faire redouter la tuberculose, chez ce garçon dont deux frères sur neuf étaient morts de méningite? Et n'était-ce pas un abcès froid costal, que cette

tumeur indolente, fluctuante, mate, irréductible, grosse comme une orange, vue par hasard par la mère, quatre jours auparavant, du 9^e au 10^e espace intercostal, sur la verticale de l'angle de l'omoplate.

Ce fut ma conclusion, et, sans même songer à un kyste du foie, je priai mon interne R. Petit d'opérer l'enfant. Sous la peau et la couche musculaire normale, le bistouri ouvrit, en effet, une collection purulente, mais il n'y avait pas, contrairement à l'habitude, de membrane tuberculeuse très nette, et surtout nous fûmes très surpris de voir quelques peaux blanchâtres, puis deux petites vésicules transparentes; les côtes n'étaient pas dénudées, mais le neuvième espace était perforé, et, par là, le doigt entra dans un kyste hydatique du foie. Un lambeau de membrane se présenta dans la plaie, fut saisi avec une pince, et d'un bloc toute la membrane hydatide fut retirée. Après drainage, le jeune malade guérit sans aucun incident; opéré le 12 novembre 1895, il quitta le service le 2 janvier 1896; en juillet 1898, M. Guilaine l'a revu en bonne santé.

La suppuration spontanée du kyste est, chez l'enfant, une complication rare; je l'ai encore observée chez une fillette, sur laquelle je n'ai pas conservé de notes circonstanciées, et qui a très bien guéri après incision et drainage du kyste.

Lorsque le kyste est ainsi suppuré, l'incision suivie d'un large drainage est la seule méthode applicable, et elle donne de bons résultats: mes deux petits malades ont très bien guéri, et même la guérison fut rapide pour le garçon dont je viens de vous parler. Mais lorsque le kyste n'est pas suppuré, on a davantage discuté sur le procédé à mettre en œuvre.

II.

Il y a une vingtaine d'années, la ponction était encore la méthode de choix. Seule employée avant l'ère antiseptique, elle resta dominante tant que la technique chirurgicale ne fut pas pour ainsi dire impeccable; complétée ou non par une injection

parasiticide, elle compte encore quelques partisans: pas beaucoup parmi les chirurgiens de métier, mais quelques-uns parmi les médecins, parfois séduits par cette opération si bénigne, si facile, si rapide et capable d'être efficace. Car, sans contredit, elle donne de temps à autre des guérisons remarquables, et quand elle échoue on n'a pas perdu grand'chose, surtout de nos jours où, grâce à l'antisepsie, on n'a presque plus à craindre l'infection secondaire de la poche.

Mais, malgré cette simplicité et cette innocuité, je ne vous conseillerai pas de tenter jamais la chance de succès que comporte cette méthode, parce qu'elle n'est pas exempte de tout inconvénient pour l'avenir, même à supposer que vous soyez absolument sûrs de votre asepsie. En effet, à travers l'orifice créé par l'aiguille dans l'enveloppe peu élastique du kyste, il semble bien que quelques gouttes de liquide puissent s'écouler; la preuve en est fournie par les accidents d'urticaire possibles après cette petite opération; mais si l'urticaire, indice d'un peu d'intoxication, est négligeable, il faut se souvenir que dans ce liquide sont contenus des éléments vivants, capables de se greffer dans le péritoine. Je sais bien que cette opinion est en contradiction avec la doctrine, longtemps admise comme absolue, de la nécessité des migrations d'animal en animal pour le développement des *scolex* successifs; dans le cas particulier, le passage par le chien serait indispensable. Mais il y a des faits assez nombreux prouvant que, si cette théorie est vraie dans son ensemble, on aurait tort de s'en prévaloir pour dormir sur les deux oreilles lorsque du liquide hydatique s'est écoulé dans le péritoine, et l'observation clinique a démontré qu'à l'origine des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale on a coutume de trouver un kyste hydatique du foie accidentellement rompu.

Au cours d'une discussion récente sur ce sujet, à la Société de chirurgie, j'ai eu l'occasion de citer un cas de ce genre. En 1891, entra à l'hôpital Trousseau, dans un service de médecine, un enfant de dix ans, atteint d'une angine phlegmoneuse. On le trouva subictérique et l'examen du foie révéla un kyste hydatique, en sorte que le petit malade fut adressé, dans le service de

chirurgie, à M. Jalaguier. L'opération était décidée, lorsqu'en jouant dans la cour ce garçonnet tomba et son kyste se rompit, d'où réaction péritonéale, urticaire et épanchement que M. Jalaguier ponctionna : on obtint ainsi 4 lit. 1/2 d'un liquide verdâtre, de mauvaise odeur. Après guérison, rien n'apparut du côté du foie, et l'enfant fut rendu à ses parents. En octobre 1892, on me l'amena pour une appendicite suppurée que j'opérai. A cette ouverture d'abcès succéda une éventration, que je fermai en octobre 1893, et, à cette date, je ne trouvai rien d'anormal dans le péritoine vers la région iliaque.

Il existait, toutefois, quelques troubles suspects, une grosseur dans l'hypocondre gauche, une douleur pongitive exagérée par la phonation et les grandes inspirations, de la gêne de la digestion avec diminution de l'appétit et météorisme après les repas. Ces symptômes s'accrochèrent et l'enfant, à ce moment âgé de treize ans, me fut amené de nouveau le 16 janvier 1894. Je constatai alors dans l'hypocondre gauche une tumeur rénitente, grosse comme une orange, mate, donnant le frémissement hydatique. A l'épigastre, sonorité normale, sauf au voisinage de l'appendice xiphoïde; à droite, le foie débordait les fausses côtes de trois travers de doigt et remontait haut dans le thorax.

Le 15 février, je pratiquai donc la laparotomie médiane sus-ombilicale, et je vis que la collection hydatique gauche était rétro-péritonéale et non hépatique, et que vers le foie pendait une masse polykystique que j'eus beaucoup de mal à décortiquer; cela fait, j'arrivai, derrière elle, sur une tumeur rétro-péritonéale dont l'ablation me mena sur les vaisseaux du hile rénal. A côté, vers la fosse iliaque droite, j'eus encore à énucléer un amas polykystique rétro-péritonéal, plus petit. Enfin, dans l'abdomen, surtout vers l'estomac, il y avait des kystes petits et nombreux; en particulier, j'en extirpai, de l'épiploon, plusieurs, gros comme des noisettes.

L'opération, comme vous pouvez en juger, fut horriblement laborieuse; elle dura une heure un quart et ne fut pas supportée par l'enfant, qui le soir même mourait dans le collapsus.

Cette greffe d'hydatides dans le péritoine ou dans une cicatrice

de laparotomie a paru à M. Potherat, l'an dernier, une hérésie zoologique. Mais les faits cliniques analogues à celui que je viens de rapporter se sont multipliés depuis quelques années; et d'ailleurs von Alexinsky¹ et Riemann² ont obtenu expérimentalement des résultats positifs chez le lapin; la greffe des scolex, des vésicules, échoue souvent, mais elle peut réussir.

Je vous signale seulement ce point spécial, car je ne veux pas reprendre dans son ensemble le procès de la ponction : la question est actuellement jugée entre chirurgiens. Pas plus que je ne veux vous parler de la méthode parasiticide, dans laquelle, après évacuation, on lave la poche à la liqueur de Van Swieten, ou bien on injecte simplement, sans évacuation, un peu de cette solution dans la poche avec une seringue de Pravaz, de façon à tuer le parasite. Chez l'enfant, par exemple, M^{lle} Wilbouschevitch a publié un cas d'intoxication mercurielle aiguë et mortelle après une opération pratiquée de la sorte par M. de Saint-Germain.

Mais de cette possibilité de la greffe intra et rétro-péritonéale va résulter un précepte pratique, dont vous allez avoir à tenir compte pour les deux méthodes dont il me reste à vous parler : le drainage de la poche ou sa réduction sans drainage, après capitonnage.

A ces deux opérations, en effet, il y a des temps communs : la laparotomie et l'ouverture large du kyste. Et vous aurez soin, pendant cette ouverture, de ne pas laisser le liquide s'écouler dans le péritoine. C'est-à-dire que, dans la limite du possible, vous évacuerez d'abord par la ponction aspiratrice la poche largement mise à nu et peu à peu attirée au dehors à mesure qu'elle se videra et deviendra flasque; puis vous inciserez franchement, mais en faisant couler le liquide hors du ventre, et après avoir soigneu-

1. VON ALEXINSKI. — « Experimentelle Untersuchungen über die Verimpfung des multiplen Echinococcus in der Bauchhöhle. » *Arch. f. klin. Chir.*, 1898, t. LVI, fasc. 4, p. 796.

2. RIEMANN. — « Ueber die Keimzerstreuung des Echinococcus im Peritoneum; klinische und experimentelle Untersuchungen ». *Beiträge z. klin. Chir.*, 1899, t. XXIV, fasc. 1, p. 187. — Depuis la discussion de la Société de chirurgie, F. DEVÉ a soutenu sur ce point une thèse des plus intéressantes (*Th. de doct.*, Paris, 1900-1901, n° 628).

sement garni de compresses, aussitôt changées, l'espace compris entre la poche et l'incision péritonéale.

La poche étant ainsi vidée et attirée le plus possible au dehors, on en résèque tout ce qu'on a pu attirer; cela fait, deux méthodes sont en présence : ou bien, avec une série de points en chaîne, on suture la poche au péritoine, puis la tranche de section à la peau, et l'on draine; ou bien on réalise la réduction sans drainage.

La marsupialisation avec drainage ne demande pas d'explication : c'est une méthode classique pour toutes les poches, abdominales ou autres, qu'on ne peut pas extirper ou qu'on n'ose pas abandonner à elles-mêmes. Pour le traitement des kystes hydatiques du foie, elle a constitué, il y a une vingtaine d'années, un très grand progrès sur les méthodes anciennes, et elle fut pendant longtemps seule employée.

Elle donne, en effet, d'excellents résultats définitifs. Je sais bien que, le jour où mon élève Guilaine a passé sa thèse, deux de ses juges ont bien voulu lui faire remarquer que ma statistique était déplorable : 2 morts sur 6 cas, il n'y avait pas de quoi être fier. Mais si ces critiques bienveillants avaient pris la peine de parcourir les observations correspondant aux deux décès, ils y auraient d'abord trouvé celle de kystes multiples, intra et rétro péritonéaux, que je viens de résumer tout à l'heure, et peut-être auraient-ils conclu qu'elle n'a rien à voir avec la marsupialisation, ni même avec le traitement des kystes hydatiques du foie. Quant à l'autre, ils auraient vu qu'elle concerne aussi un cas très spécial, et heureusement fort rare : il s'agit d'un enfant de sept ans qui présentait dans l'épigastre, se prolongeant vers l'hypocondre droit, une tumeur bosselée, superficielle, laquelle se continuait dans la profondeur avec une grosse masse que l'on sentait gagner vers l'hypocondre gauche. Je diagnostiquai un kyste hydatique du foie à poches multiples, et je fis la laparotomie médiane le 22 septembre 1894. Je vis alors apparaître le lobe hépatique gauche, rempli par 4 ou 5 tumeurs arrondies, grosses comme des pommes d'api, blanches et opaques, ressemblant beaucoup à des masses de cancer secondaire du foie. J'attirai hors de l'abdomen tout ce lobe, je l'isolai avec des compresses, je vérifiai, d'un coup de bistouri,

qu'il s'agissait bien de kystes hydatiques, et j'extirpai les poches, en réséquant le foie à leur base. La plaie hépatique fut en partie suturée, en partie tamponnée, et j'en restai là, laissant une vaste poche dans le lobe droit; mais l'opération m'avait paru déjà assez longue. Le sujet succomba, et à l'autopsie on trouva dans le petit bassin de la sérosité louche, montrant qu'il y avait eu infection opératoire; il y avait, en outre, 5 kystes hépatiques et 2 kystes hydatiques du cœur, l'un à la pointe, l'autre, gros comme une orange, à la base du ventricule gauche.

Ces deux cas sont les seuls où j'aie perdu des opérés pour kystes hydatiques, du foie ou d'ailleurs. Tous les autres kystes hydatiques que j'ai observés jusqu'à cette année, chez l'adulte ou chez l'enfant, ont été traités par la marsupialisation et ont guéri. Je puis donc dire, avec tous mes collègues, d'ailleurs, que la marsupialisation est une bonne méthode, efficace et non dangereuse. Mais elle a des inconvénients, et surtout elle exige un temps très long, des pansements répétés. Je n'ai pas noté les fistules interminables, et en particulier les écoulements biliaires secondaires, signalés par quelques chirurgiens; bien que toujours — et c'est un point sur lequel M. Walther, si je me souviens bien, a attiré notre attention — il y ait eu, à un moment donné, des accidents fébriles notables (la paroi kystique paraissait cependant suinter plutôt que suppurer), en fait, je n'ai pas eu d'accidents inquiétants, ni même sérieux. Je reconnais toutefois que la cure est longue, que les cas ne sont pas rares, où elle exige quatre, cinq et six mois. Si donc on pouvait trouver une méthode procurant la guérison en trois semaines, comme pour un kyste de l'ovaire, ce serait fort appréciable. Or, c'est ce que depuis quelques années M. Pierre Delbet a cherché à réaliser.

Quels prédécesseurs a eus M. Delbet? Quels chirurgiens, à l'étranger, ont cherché à réduire sans drainage la poche oblitérée? Quelles ressemblances et quelles différences relève-t-on entre leurs procédés et celui de M. Delbet? On a discuté un peu sur toutes ces questions d'historique et de priorité, et je ne veux pas entrer dans ces débats : le fait est que, parmi nous, c'est M. Delbet qui a enseigné la méthode de réduction après capitonnage de la poche,