

III. — Nous ne comprenons plus dans ce groupe le procédé d'ouverture par les caustiques, ou méthode de Récamier. On sait que ce chirurgien établissait des adhérences entre la paroi abdominale et le kyste, à l'aide d'applications successives de pâte de Vienne.

Lorsque l'escarre avait atteint le voisinage du kyste, Récamier faisait une ponction avec un gros trocart, au centre de l'escarre, ou bien une incision évacuatrice. Cette méthode n'était pas à l'abri de danger, car les adhérences pouvaient céder et une péritonite généralisée succéder à l'épanchement dans le péritoine du liquide kystique qui avait été au contact de l'air. La méthode de Récamier n'est plus employée, mais nous reconnaissons sans difficulté qu'elle a rendu de grands services, à l'époque où la laparotomie n'existait pas, et nous nous souvenons de l'avoir vu employer avec succès chez quelques malades.

Aujourd'hui on a recours exclusivement à l'ouverture au bistouri. L'incision est, suivant les cas, un procédé de choix ou bien de nécessité lorsque l'ouverture spontanée du kyste est imminente ou qu'il existe des phénomènes de compression.

L'incision se fait en deux temps (méthode de Volkmann), ou bien en un temps (méthode de Landau-Lindemann).

Cette dernière est celle qui compte le plus grand nombre de partisans : elle consiste à faire une incision allant jusqu'au péritoine exclusivement, puis, après hémostase et lavage antiseptique de la plaie, à inciser le péritoine pariétal préalablement pincé. On ponctionne alors la tumeur et l'on applique au point où a pénétré le trocart (que l'on retire) une pince à kyste ovarique, avec laquelle on attire la tumeur au dehors. Il faut avoir soin de n'exercer les tractions qu'avec une très grande prudence. Une fois attiré au dehors, la cavité abdominale étant bien protégée, le kyste est ouvert largement, puis vidé.

L'énucléation totale de la poche étant le plus souvent impossible, on marsupialise la poche après en avoir excisé ce que l'on peut.

On fait le drainage avec deux gros drains, on remplit la cavité de gaze et l'on fait le pansement.

Celui-ci peut être laissé en place pendant quelques jours, à moins qu'il ne survienne de la fièvre, auquel cas on procède à un lavage de la poche.

La cicatrisation peut se faire rapidement : le plus souvent persiste une fistule qui retarde pendant un temps plus ou moins long la guérison définitive.

Une complication fâcheuse est l'écoulement permanent de la bile qui a été observé dans certains cas et qui, s'il ne prend fin, peut aboutir au marasme et à la mort.

Ces considérations s'appliquent au traitement des kystes antérieurs, les plus fréquents. Le manuel opératoire doit être modifié lorsque le kyste siège en d'autres points.

Les kystes antéro-inférieurs seront traités par la laparotomie antérieure-verticale, faite sur la ligne médiane, ou latéralement ; les antéro-supérieurs, par l'incision antérieure verticale ; on peut être obligé, dans ce dernier cas, de réséquer le bord inférieur du thorax.

Les kystes postéro-supérieurs sont justiciables de l'opération faite par la voie transpleurale, sans ouverture de la plèvre. Enfin, aux kystes postéro-inférieurs il faut opposer l'incision lombaire.

Quelques chirurgiens (Delbet, etc.) capitonnent la poche, après son évacuation, la ferment, la réduisent et suturent par-dessus la paroi abdominale.

Nous venons de voir quelles sont les diverses méthodes de traitement des kystes hydatiques du foie ; il s'agit maintenant de préciser leurs indications respectives.

a) Supposons d'abord qu'il s'agit d'un *kyste non suppuré* :

Le premier moyen à employer, c'est le plus simple, c'est-à-dire la ponction capillaire aspiratrice, non suivie de lavage avec une solution antiseptique.

La ponction aspiratrice, non suivie de lavage, peut suffire à déterminer la guérison quand l'hydatide est morte ; mais il n'y a pas de criterium certain pour reconnaître la mort de l'hydatide ; tout au plus l'état fortement albumineux du liquide constitue-t-il une présomption à cet égard.

Une hydatide vivante peut être tuée par la ponction ; seulement, avant d'affirmer la guérison définitive, il faut attendre plusieurs mois.

« Les chances de succès sont d'autant plus grandes que le kyste est plus jeune, moins volumineux, que sa paroi fibreuse est plus souple et plus mince et permet mieux l'affaissement de la poche. Dans les gros kystes intra-thoraciques à parois rigides, la ponction brusque peut être dangereuse en donnant lieu à des accidents de congestion pulmonaire aiguë, avec fièvre, expectoration sanguinolente, cyanose et mort. » (M. Chauffard.)

Si la première ponction simple n'est pas suivie de guérison, il est inutile de persévérer, bien que l'on soit parvenu à guérir le malade après de nombreuses ponctions, jusqu'à 500 (Dieulafoy). Mieux vaut avoir recours tout de suite à la ponction suivie de l'injection d'un liquide antiseptique.

Si le kyste se vide facilement, ce qui indique l'existence d'une seule ou de peu nombreuses vésicules, on en évacue le contenu aussi complètement que possible, et l'on procède ensuite au lavage de la poche avec une solution de sublimé à 1 pour 1000 ou avec l'eau naphtolée. On ne doit pas se dissimuler que l'eau naphtolée est très inférieure comme antiseptique au sublimé, bien qu'elle ait donné de bons résultats à Juhel-Renoy, Merklen, Chauffard, etc. Il est donc préférable de s'en tenir au sublimé ; mais pour éviter les accidents d'intoxication, il convient de ne pas injecter plus de 100 grammes de solution à 1 pour 1000 ; encore, faut-il, après les avoir retirés (au bout de 10 minutes environ), faire un lavage soigneux avec de l'eau stérilisée et bouillie.

Si le kyste ne se vide qu'incomplètement, ce qui arrive lorsqu'il contient de nombreuses vésicules filles, c'est au procédé de Baccelli qu'il faut avoir recours : on injecte et l'on abandonne dans la cavité kystique une petite quantité (20 centimètres cubes) de liqueur de Van Swieten. Il faut employer la liqueur acidifiée suivant la formule de Laplace, de façon à la rendre plus diffusible en empêchant la combinaison insoluble du sublimé et des matières albuminoïdes.

b) *Le kyste est suppuré*. Dans ce cas il faut, sans retard, procéder à l'ouverture du kyste.

La méthode de choix est l'incision abdominale en un temps. Nous avons vu comme elle se modifiait suivant la situation du kyste (antéro-inférieur ou supérieur, postéro-inférieur ou supérieur).