

V

Traitement des kystes hydatiques du foie.

MESSIEURS,

Trois cas de kystes hydatiques du foie viennent de passer sous nos yeux. J'en profite pour vous entretenir à nouveau du traitement de cette affection. Il y a quatre ans à peine, la thérapeutique en paraissait définitivement fixée et les moyens chirurgicaux, l'ouverture large de la poche avaient conquis toutes les adhésions. Mais voici que nous assistons à un retour offensif de la médecine : la ponction suivie d'injections parasitocides dans la poche reparait, appuyée sur de tels succès, qu'on ne saurait plus la regarder comme une quantité négligeable. Aussi je désire vous exposer les pièces du litige et dire quelle en est, à mon avis, la situation raisonnable.

Vous connaissez la technique de l'incision du kyste pour me l'avoir vu employer sur cette fillette de neuf ans dont le ventre était distendu par un énorme kyste hydatique pris, par plusieurs d'entre nous, pour une péritonite tuberculeuse, et par d'autres pour une tumeur maligne du mésentère. La méthode consiste dans l'ouverture franche et large, au niveau de la partie la plus saillante du kyste — ou sur la ligne blanche — de la

paroi abdominale jusques et y compris le péritoine pariétal. Le foie est découvert; mais ici le mode d'intervention varie et deux procédés sont en présence, celui de Volkmann ou, plus exactement, celui de Récamier qui s'arrête lorsqu'il est arrivé sur le viscère et attend, avant d'ouvrir le foyer des hydatides, que des adhérences se forment entre les lèvres de la plaie et la surface de la glande; on ne plonge le bistouri dans la poche qu'au bout de huit à dix jours, lorsque les deux feuilletts de la séreuse, intimement unis, peuvent s'opposer à l'effusion du liquide dans le péritoine. Ce procédé n'est guère pratiqué en France.

J'en résumerai cependant la technique, car il doit être préféré à l'incision en un temps, lorsque le kyste est intra-hépatique et que, par conséquent, on n'a pas l'espoir d'exciser une partie de la poche, émergée de l'épaisseur du foie : après désinfection du champ opératoire, après anesthésie à la cocaïne, on fait, au point le plus saillant de la tumeur, en général à trois ou quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes et parallèlement à elles, une incision de 8 à 12 centimètres; le bistouri traverse la peau, le tissu cellulaire, les muscles dont les vaisseaux ouverts sont étreints; quand l'hémostase est obtenue, on divise le péritoine pariétal de façon à mettre à nu le foie; il ne reste plus qu'à bourrer la plaie de chiffonné de gaze à l'iodoforme ou au salol; ce pansement tarit les écoulements sanguins et maintient écartées les lèvres de l'incision. Le tout est recouvert de quelques lames d'ouate et d'un bandage de corps qui exercera sur la région une compression élastique assez

FACULTAD DE MEDICINA
BIBLIOTECA

étroite. Ce premier pansement suffit; on le laisse en place huit à dix jours; à ce moment les adhérences sont assez résistantes pour qu'on puisse plonger dans le kyste le bistouri si la paroi est mince, le thermocautère s'il existe une certaine épaisseur du tissu hépatique. On évacue le contenu de la poche que l'on draine, et l'opération est terminée.

L'opération en un temps, appelée Lindemann-Landau, du nom de ses deux vulgarisateurs, est pratiquée à peu près sans partage en France, et, malgré le bien que je pense du procédé de Volkmann, je n'ai jamais eu recours qu'à elle dans les onze kystes hydatiques du foie que j'ai traités depuis 1888. On fait, sous l'anesthésie cocaïnique, une incision dont le siège est variable; tantôt elle est oblique, parallèle aux fausses côtes, et telle que son milieu correspond au point culminant du kyste: c'est celle que nous avons utilisée dans neuf de nos onze laparotomies. Tantôt on la pratique sur la ligne blanche, et c'est cette incision que nous avons adoptée dans nos deux derniers cas, où la poche était énorme et plongeait dans la cavité abdominale à la manière d'un kyste de l'ovaire; nous la préconiserions encore lorsque la tumeur est sur la ligne médiane ou même se porte à gauche. En somme, l'opérateur doit se rapprocher le plus possible de la poche, et l'incision doit le mener sur la portion du foie distendue par la tumeur.

On arrive ainsi sur le péritoine et on ne l'incise que lorsque la plaie est bien étanchée; la séreuse est alors ouverte, et le foie est à nu, ainsi que la tumeur, parfois fixée à la paroi par les néo-membranes qui ferment la cavité péritonéale; ce point est important, et il faudra

vérifier avec soin s'il n'existe pas de lacunes et si ces adhérences sont partout continues; en un mot, s'il n'est pas une fissure par où le liquide du kyste puisse pénétrer dans le péritoine. En effet, si ces membranes protectrices ne laissent aucun passage libre, l'opération en est beaucoup facilitée; il ne reste plus qu'à inciser le foie sur le kyste; le liquide, les vésicules s'échappent au dehors, et l'on draine la plaie. Mais, d'habitude, le foie est libre d'adhérence, et l'on doit prendre les plus grandes précautions pour éviter l'effusion du liquide dans le péritoine. Le mieux est de bien appliquer la surface convexe du foie contre la paroi abdominale; le kyste bombe; on y plonge une grosse aiguille aspiratrice et lorsque la poche est vidée, on la saisit avec une pince qui oblitère l'orifice de la ponction; on l'attire au dehors, et on la fixe à la paroi par des points de suture.

Cette suture se fait avec l'aiguille de Reverdin: on traverse à l'un des angles de l'incision, d'abord une lèvres, puis le kyste, puis l'autre lèvres; l'aiguille est alors libre, on la retire armée d'un fil que l'on noue solidement. Même manœuvre à l'angle opposé. Le kyste est, d'ordinaire, assez fixé à ce moment pour qu'aux ciseaux ou au bistouri, on puisse ouvrir la poche dont chacune des lèvres, saisie par des pinces et éversée, sera unie à la paroi abdominale par des fils assez rapprochés les uns des autres pour que rien ne puisse filtrer vers le péritoine entre cette poche et la séreuse pariétale. Je n'insiste pas, car vous vous rappelez cette manœuvre pour me l'avoir vu pratiquer. Dans notre dernier cas, la poche émergeait du foie et formait une paroi molle et flexible que traverse

aisément le trocart aspirateur et que saisissent les pinces oblitérantes; cette paroi s'attire hors du ventre et le contenu du kyste s'évacue sans crainte d'inoculer le péritoine; nous avons même pu réséquer une partie de la poche, et diminuer d'autant la cavité que doit combler la rétraction du tissu inodulaire.

Mais il est des cas où le kyste est intra-hépatique; une couche souvent épaisse de parenchyme recouvre la poche; les pinces dérapent sur cette surface lisse et friable qui rompt et saigne abondamment; aussi, pour peu que la ponction n'ait pas vidé le kyste et que des vésicules oblitérent l'aiguille, il sera presque impossible de suturer la poche avant son incision large et, pour éviter la pénétration du liquide dans le péritoine, il faudra redoubler de précaution et faire exercer par des aides une pression régulière sur les flancs. Nous avons eu quatre fois à lutter contre des difficultés de ce genre; nous les avons surmontées avec succès et nos opérés ont guéri, mais nos craintes ont été grandes et, à l'avenir, nous n'hésiterions pas à recourir à la méthode en deux temps. Aussi dirions-nous volontiers: si un diagnostic préalable nous permet de distinguer les kystes à poche superficielle des kystes intra-hépatiques, nous réserverons la méthode de Lindemann-Landau pour les premiers, et pour les seconds, la méthode de Volkmann qui donne une plus grande sécurité.

Les injections parasitocides que tous les médecins et que quelques chirurgiens de valeur préfèrent, sont plus récentes, et ne peuvent s'appuyer sur d'aussi nombreuses

statistiques que les méthodes par incisions larges. Elles ne sont effectuées chez nous que depuis quatre à cinq ans. Debove, en 1888, apporta à la Société médicale des hôpitaux deux observations de kystes hydatiques du foie guéris, l'un par une solution de sulfate de zinc à 5 p. 100, et l'autre par de la liqueur de van Swieten. Debove, d'ailleurs, se réclamait, pour appuyer cette pratique, de Mesnard, de Bordeaux qui, en 1885, avait traité ainsi un kyste suppuré du foie, d'Arthur Sennet qui, deux ans plus tard, avait eu recours au même procédé, du professeur Bacelli et de Dujardin-Beaumetz. La méthode était trop simple pour ne pas encourager les imitateurs, et Juhel-Renoy, l'année suivante, publiait un mémoire où il repoussait avec quelque sévérité le traitement chirurgical pour vanter l'injection de liqueur de van Swieten à laquelle il devait un succès récent et remarquable. Hanot, Chauffard, Merklen et Chantemesse ont ajouté de nouvelles observations.

Les procédés issus de cette méthode sont nombreux: chacun a proposé sa substance spéciale ou modifié le manuel de l'injection. Debove évacue d'abord le liquide du kyste par une ponction aspiratrice et fait pénétrer dans la poche 100 grammes de liqueur de van Swieten; la quantité sera moindre s'il s'agit d'un enfant. Il retire le liquide au bout de dix minutes. Il préfère la liqueur de van Swieten au sulfate de cuivre à 5 p. 100 qu'il a aussi essayé, mais qui lui semble moins actif. Netter dédouble la liqueur de van Swieten; puis il la retire immédiatement et la remplace par de l'eau boriquée ou de l'eau bouillie injectée en quantité aussi grande qu'on aura enlevé de liquide parasiticide; on évitera ainsi de laisser du

sublimé corrosif dans la poche. Chantemesse ajoute que, « un bon moyen d'éviter toute intoxication, c'est de faire le lavage de la poche avec de l'eau salée qui entraîne le bichlorure de mercure ».

Ces précautions suffisent lorsque la canule ne s'oblitére pas, que le kyste se vide bien et que le liquide parasiticide ressort facilement. Mais souvent le jet s'interrompt, et le chirurgien reste désarmé en présence d'une poche remplie d'un liquide toxique qu'il ne peut évacuer. Aussi a-t-on songé à n'injecter que des substances peu solubles, difficilement absorbables, et qui pourraient rester impuissantes au contact du tissu hépatique. Chauffard a proposé l'eau naphtolée dont Juhel-Renoy et Mercklen ont obtenu de bons résultats. Juhel-Renoy, dans son cas, avait lavé la poche avec trois litres d'eau contenant jusqu'à 25 grammes de naphtol en suspension; celui-ci se dépose en couche mince à la face interne du kyste; mais il n'y a pas d'intoxication à craindre, car le naphtol n'est pas soluble. Il est vrai que ces substances, si elles sont moins dangereuses que le sublimé corrosif, ont une action moins énergique.

Done, le liquide par excellence est le bichlorure de mercure, et malgré ses inconvénients, c'est à lui qu'on s'adressera; d'autant que la plupart de ses dangers s'évanouissent si l'on a recours au procédé de Bacelli modifié. Bacelli retirait une petite quantité de liquide hydatique qu'il remplaçait par une dose équivalente de sublimé, incapable de produire une intoxication. Hanot en a conservé l'injection par petites doses, mais il vide complètement le kyste à la manière de Debove et voici la technique de sa manœuvre : on pratique d'abord la

ponction aspiratrice, on évacue le liquide contenu dans la vésicule ouverte, puis on injecte dans cette poche la liqueur de van Swieten pure, ou dédoublée avec une quantité égale d'eau bouillie; seulement on en fait pénétrer, non une dose équivalente à celle du liquide hydatique expulsé, comme le conseillent nombre d'auteurs, ou 100 grammes comme le pratique Debove, mais 20 grammes tout au plus. Cette quantité, suffisante pour tuer les hydatides, est incapable de provoquer des accidents sérieux d'intoxication; aussi la laisse-t-on dans le kyste sans s'inquiéter de son absorption. La solution s'infiltré de poche en poche et va tuer les vésicules filles; mais pour empêcher la combinaison insoluble du sublimé et des matières albumineuses, il faut acidifier la liqueur de van Swieten selon la formule de Laplace.

Voilà donc les deux méthodes en présence, l'incision large, les injections parasitiques : pour laquelle allons-nous opter? On reproche à la méthode chirurgicale sa gravité plus grande. Mais à cela on peut répondre que, grâce aux précautions actuelles, la mortalité est à peu près réduite à zéro. Au début même de ce mode d'intervention, en 1885, sept opérations Lindemann-Landau furent faites en France avec sept succès, et si on a signalé depuis quelques terminaisons funestes, la faute en est plus au malade qu'à l'opération tentée trop tard, chez un individu trop cachectique. Et puis, ajoute-t-on, l'injection parasiticide est-elle vraiment aussi innocente que son appareil modeste le fait supposer? On a cité des cas de mort subite, sans doute par inhibition nerveuse, mais cet argument est sans grande valeur, car l'incision, elle aussi,