

## NEUVIÈME LEÇON

### DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

#### DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

---

MESSIEURS,

Vous avez vu dans nos salles deux malades atteints, l'un et l'autre, de kyste hydatique du foie. L'un a été débarrassé de son kyste hydatique par une simple ponction aspiratrice, avec l'aiguille n° 2; on ne peut rien imaginer de plus simple; quelques minutes ont suffi pour amener la guérison. Chez l'autre, j'ai fait pratiquer une grande opération: l'ouverture du ventre et du kyste. Les deux malades ont guéri; mais les moyens employés ont été, vous le voyez, absolument différents. Pourquoi chez l'un une simple ponction a-t-elle suffi, pourquoi chez l'autre a-t-on dû ouvrir le ventre? C'est ce que je me propose de vous dire dans cette leçon, en discutant le traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie.

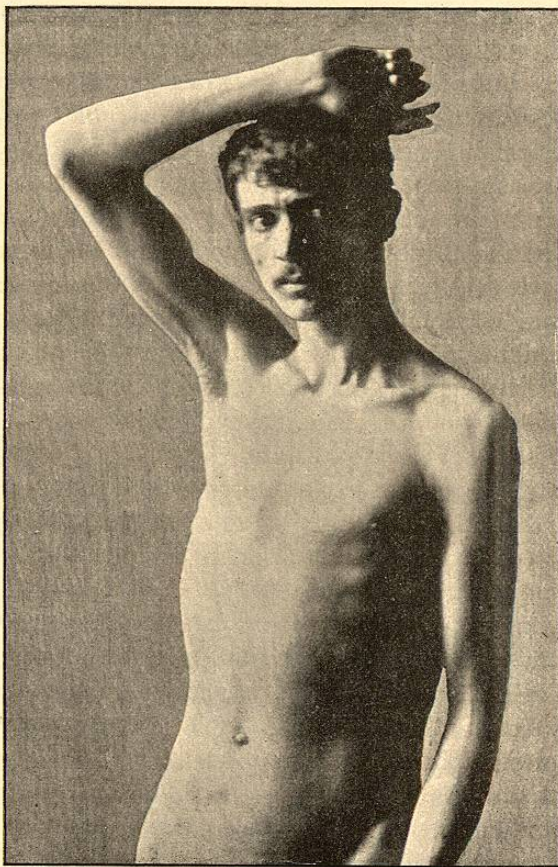
Je vais d'abord commencer par vous parler de nos malades. Le 27 mars, entré dans mon service, salle Saint-Christophe, n° 4, un homme de vingt-cinq ans, plâtrier de son état, récemment libéré du service militaire qu'il avait fait en Algérie. Ce malade, amaigri et fébricitant, était atteint d'une volumineuse tumeur douloureuse qui déformait l'hypocondre et

la base de la poitrine du côté droit. Le début apparent du mal remontait à quatre mois. A cette époque, cet homme faisait à pied le trajet qui sépare El Golea d'Alger, quarante-cinq jours de marche environ, lorsque vers la fin du voyage il ressentit une douleur sourde au niveau des dernières côtes droites. Cette douleur ne l'empêcha pas toutefois de continuer sa route; puis, libéré de son service, il s'embarqua, rentra en France et reprit sa profession de plâtrier. Après une accalmie de quelques semaines, les douleurs reparurent à l'hypocondre droit, plus vives que la première fois, et exaspérées par les mouvements et par les efforts respiratoires. Ces douleurs se propageaient en arrière de la poitrine et envahissaient l'épaule droite. En outre, cet homme s'aperçut de la déformation et de la voussure de la région douloureuse; il lui semblait « qu'une gibbosité » se formait en cet endroit. A dater de ce moment, ces deux grands symptômes, la douleur et la déformation thoraco-abdominale, prirent de telles proportions, que le malade dut cesser tout travail. C'est alors qu'il est entré dans mon service à l'Hôtel-Dieu, où vous avez pu l'examiner.

Cet homme nous raconte que depuis quelques semaines il a perdu l'appétit, ses forces l'abandonnent, « il se sent vraiment atteint. » Il a dans son lit une attitude spéciale; il est accroupi, les cuisses et les jambes sont fléchies, les genoux sont ramenés vers le menton, et, dans ses bras, il enserme la partie inférieure des jambes. C'est la seule position qui lui soit supportable et qui atténue ses souffrances. Veut-il s'étendre dans son lit, fait-il des mouvements brusques, ou des respirations profondes, les douleurs reparissent avec intensité. Les douleurs occupent la base droite du thorax, remontent vers l'épaule et sont souvent accompagnées de sensation de déchirement, d'angoisse et d'étouffement. Le sommeil est pénible et difficile, car les douleurs augmentent d'intensité aussitôt que le malade quitte sa position accroupie. Quand il marche, il se tient courbé en avant, cherchant toujours instinctivement à relâcher la sangle abdominale qui comprime la tumeur.

Cette tumeur est volumineuse, elle refoule en avant et en

dehors les quatre dernières côtes; le mamelon droit est un peu plus élevé que le mamelon gauche; les espaces intercostaux sont élargis et tout l'hypocondre droit forme une forte voussure, ainsi que vous le voyez sur la photographie ci-jointe.



La mensuration du thorax pratiquée au niveau de la 8<sup>e</sup> côte, qui est la plus saillante, donne 47 centimètres de demi-circonférence à droite, tandis que la demi-circonférence thoracique du côté gauche ne donne que 42. La peau de la région est parcourue de petites veinules bleuâtres, circu-

lation collatérale qui témoigne de la gêne circulatoire des régions profondes.

La tumeur siège en grande partie sous les dernières côtes, qu'elle soulève, mais elle les déborde largement en faisant une forte saillie dans l'abdomen. On la circonscrit facilement par la palpation; elle est ferme, lisse, sans la moindre bosselure; elle occupe une partie de la région sus-ombilicale. Dans son développement, la tumeur a refoulé le cœur à gauche.

Sans m'arrêter longuement à un diagnostic différentiel, on peut dire que le diagnostic de kyste hydatique du foie s'imposait; le siège de la tumeur abdomino-thoracique, les caractères de la tumeur, sa continuité avec le foie, son mode de développement, ne pouvaient laisser aucun doute sur l'existence d'un kyste hydatique du foie. Tous les autres organes étaient sains, l'auscultation des poumons et du cœur était normale. J'évaluai à trois litres environ la quantité de liquide contenu dans ce kyste hydatique, et je pensai aussitôt à l'intervention chirurgicale.

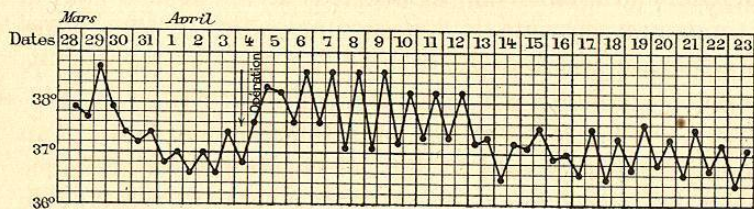
Mais cette intervention, quelle devait en être la nature? Pouvait-on se contenter d'une simple ponction aspiratrice et vider ce kyste hydatique comme on vide une pleurésie? ou bien fallait-il recourir à la laparotomie suivie d'ablation du kyste? tel était le point à discuter. Je me décidai pour la laparotomie; en voici les raisons: le malade avait la fièvre depuis deux jours et son kyste était fort douloureux; je pensai, en conséquence, que ces symptômes, fièvre et douleur, pouvaient être l'indice d'une infection du kyste, d'un commencement de suppuration, et l'opération fut pratiquée sans tarder, le 4 avril, par M. Marion, chef de clinique de M. le professeur Duplay.

Voici, en quelques mots, les résultats de l'opération: une incision verticale est faite sur la partie latérale de l'abdomen, au point le plus saillant du kyste. Cette incision part des fausses côtes et dépasse en bas le niveau de l'ombilic. Une fois la paroi abdominale ouverte, on tombe sur le kyste dont la paroi épaisse, blanchâtre, fortement vascularisée, présente des adhérences avec les parties voisines. Le kyste est alors

ponctionné et on retire trois litres environ d'un liquide qui n'est pas clair et transparent comme de l'eau de roche, mais qui est légèrement louche, ce qui témoigne d'un début de suppuration. Après la ponction, la poche s'affaisse; on l'ouvre alors largement et on retire l'épaisse enveloppe hyaline, blanchâtre, qui forme la poche kystique, et dont la face interne, granuleuse, riche en échinocoques, représente la membrane fertile du kyste. Il s'agissait bien d'un kyste hydatique uniloculaire, il n'y avait pas de vésicules filles; le liquide contenait des crochets d'échinocoque et des leucocytes. La poche kystique ayant été enlevée, la paroi fibreuse du kyste est marsupialisée et la cavité est tamponnée avec de la gaze stérilisée.

Les suites de l'opération ont été des plus simples, bien que la température soit restée élevée pendant quelques jours, à 38 degrés, car il ne faut pas oublier que le kyste était en voie d'infection. Peu à peu, les parois de la cavité kystique se sont rétractées; le 8 mai, la plaie est cicatrisée, la région déformée a repris sa conformation naturelle, et je vous présente aujourd'hui l'opéré en pleine santé et débarrassé de son énorme kyste du foie.

Je mets sous vos yeux sa courbe de température avec la poussée fébrile lors de l'entrée du malade à l'hôpital.



En opposition à cette observation de kyste hydatique du foie guéri par incision et ablation du kyste, voici un autre cas où j'ai obtenu la guérison par une simple ponction aspiratrice pratiquée avec l'aiguille n° 2 de l'aspirateur. En mai 1898, il y a un an, un jeune garçon de onze ans m'est conduit par son père, pour une tumeur qui s'est développée dans le ventre depuis plusieurs mois. Je le reçois dans mon

service à l'Hôtel-Dieu. En examinant le petit malade, on est aussitôt frappé d'une saillie considérable, régulièrement arrondie, qui occupe la région sous-costale droite. Cette tumeur élargit et déforme la base du thorax; ses contours ne sont pas tout à fait nets, elle se continue avec la surface du foie sur laquelle elle est comme implantée. La tumeur, absolument mate, donne au doigt une sensation de résistance élastique sans fluctuation ni frémissement; elle existe depuis plusieurs mois. Son développement a été latent, car l'enfant n'a éprouvé ni douleur, ni vomissements, ni fièvre; l'appétit est resté normal, à l'exception d'une certaine répugnance pour les aliments gras. Peut-être savez-vous que j'ai donné, il y a longtemps<sup>1</sup>, la répugnance aux aliments gras et la régurgitation des matières grasses de l'alimentation, comme indice des kystes hydatiques du foie. Etant donné le siège et les caractères de la tumeur, son mode de développement coïncidant avec l'intégrité de la santé, nous portons le diagnostic de kyste hydatique du foie.

En l'absence de douleur et de fièvre, il me paraît évident que le kyste n'est pas infecté, et ce cas-là me paraît justifiable, non pas d'une intervention chirurgicale avec laparotomie, mais d'une simple ponction aspiratrice. La ponction est donc pratiquée avec l'aiguille n° 2 de l'aspirateur profondément enfoncée à la partie la plus saillante de la tumeur et on vide le kyste complètement. On retire 750 grammes de liquide hydatique clair et transparent comme l'eau de roche; on a bien soin de n'exercer sur le ventre aucune pression et on recommande à l'enfant l'immobilité absolue sur le dos pendant une demi-journée. Aucun incident n'est à signaler, pas le moindre malaise, pas d'urticaire, pas de fièvre.

A la suite de la ponction, la tumeur s'est complètement affaissée, notre petit malade se lève dès le troisième jour et il quitte l'hôpital quinze jours plus tard, complètement guéri. Nous avons eu des nouvelles tout récemment; voilà un an que la ponction a été faite, la guérison persiste et le kyste ne

1. *Traité de l'aspiration des liquides morbides*, Paris, 1873.

s'est pas reproduit. Il a donc suffi d'une simple ponction aspiratrice pour guérir, en dix minutes, ce kyste hydatique du foie.

Les deux observations que je viens de vous citer prouvent qu'on peut arriver à la guérison du kyste hydatique du foie par deux procédés chirurgicaux différents : l'un consiste à pratiquer une grande opération, la laparotomie et l'incision du kyste ; l'autre n'est qu'une simple piqûre d'aiguille, dont toute trace disparaît après la ponction. Ces deux procédés opératoires peuvent-ils être indifféremment employés ; l'un des deux est-il défectueux ou inférieur à l'autre ; la ponction aspiratrice du kyste doit-elle être généralement abandonnée pour faire place à la laparotomie ? C'est ce que je vais examiner.

Je n'ai pas à vous vanter ici les bienfaits de la grande opération chirurgicale avec ablation du kyste. Ces bienfaits sont connus et c'est par douzaines qu'on pourrait réunir des observations de kystes hydatiques du foie traités et guéris par la grande opération. Toutefois, s'il était prouvé qu'on peut obtenir, dans quelques circonstances, la guérison du kyste au moyen d'une simple ponction aspiratrice, il ne serait pas indifférent de donner la préférence, au cas échéant, à ce dernier procédé, qui est la simplification la plus complète des manœuvres opératoires. Ayant quelque expérience de la ponction aspiratrice, puisque voilà une trentaine d'années que je l'ai mise en usage, qu'il me soit permis de donner le résumé de plusieurs observations personnelles.

Au mois de mai 1870, alors que j'étais interne d'Axenfeld, une jeune femme de vingt-quatre ans entra à l'hôpital Beaujon, dans le service de Gubler, salle Sainte-Marthe, n° 1. Cette malade avait une tuméfaction de l'hypocondre droit et une saillie assez manifeste dans l'angle formé par le muscle droit de l'abdomen et les côtes. La tumeur n'était ni bosselée, ni indurée ; au palper, on la trouvait uniforme et rénitente ; le foie était augmenté de volume et la région tuméfiée était sillonnée par quelques veines peu apparentes. Les symptômes généraux étaient, pour ainsi dire, nuls ; pas de fièvre, pas de troubles dyspeptiques, pas d'ictère. Cette femme faisait remonter à huit mois environ le début de sa maladie ; elle ne

se plaignait que du développement de sa tumeur et de la gêne croissante qu'elle éprouvait. Le diagnostic fut discuté ; on s'arrêta à l'idée d'un kyste hydatique du foie, et Gubler me pria de pratiquer l'aspiration. J'introduisis l'aiguille aspiratrice au niveau du point le plus saillant de la tumeur, et à 5 centimètres de profondeur je rencontrai le liquide. Celui-ci, grâce au vide préalable, jaillit dans l'aspirateur ; il était limpide comme de l'eau distillée ; j'en aspirai, séance tenante, 500 grammes et je m'arrêtai quand le kyste parut épuisé. On trouva dans le liquide quelques crochets d'échinocoques. A la suite de cette piqûre, si insignifiante qu'elle n'était plus visible le lendemain, la malade n'éprouva pas le plus léger malaise ; la tumeur qui s'était affaissée ne reparut pas, la respiration devint normale et quinze jours après cette femme demanda sa sortie.

En 1872, mon ami le médecin-major Libermann me demanda de venir à l'hôpital militaire du Gros-Caillou voir un malade atteint de tumeur de la région hépatique. C'était un garçon de vingt-deux ans qui, depuis plusieurs mois, s'était aperçu de la déformation de l'hypocondre droit ; il éprouvait quelques douleurs dans la même région. Le foie, d'apparence volumineuse, formait une voussure à droite de la région épigastrique ; les dernières côtes étaient soulevées et l'hypocondre était saillant et déformé. On avait porté le diagnostic de kyste hydatique du foie et on me demandait de pratiquer l'aspiration. Je fis la ponction avec l'aiguille aspiratrice n° 2 sur la partie saillante de la tumeur et je retirai un litre de liquide clair et transparent, un vrai liquide d'hydatide. La tumeur s'affaissa aussitôt pour ne plus reparaitre, et, quelque temps après, le malade guéri pouvait quitter l'hôpital.

En 1882, une malade entra dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine pour une tumeur du foie. M. Boulay, mon interne, voulant vérifier son diagnostic de kyste hydatique avant de me présenter la malade, pratiqua une piqûre avec la seringue de Pravaz et retira 1 gramme de liquide hydatique. Cette femme fut aussitôt prise d'une violente urticaire. Je pratiquai la ponction du kyste au moyen de l'ai-

guille aspiratrice n° 2, je retirai 1.500 grammes de liquide, la tumeur s'affaissa et la malade guérit sans incidents.

En 1884, mon ami, le professeur Visca (de Montevideo), m'adressa un homme de quarante ans, atteint de kyste hydatique du foie; tel était le diagnostic de M. Visca. A l'examen du malade, je constatai, en effet, un foie très volumineux descendant jusqu'à l'ombilic, formant une saillie à droite de la région épigastrique et une voussure avec déformation de l'hypocondre droit. Je fis également le diagnostic de kyste hydatique du foie et je proposai comme mode de traitement la ponction aspiratrice. Le malade, désireux d'avoir d'autres avis, fit un voyage en différents pays étrangers pour recueillir des consultations sur le diagnostic et sur le traitement de sa maladie. Quand il revint me voir, je trouvai son état général beaucoup moins bon; l'appétit avait diminué, la tumeur était devenue douloureuse et plusieurs accès de fièvre étaient apparus.

En face de ces nouveaux symptômes, je craignis une infection du kyste hydatique et j'annonçai au malade qu'au lieu de la simple ponction aspiratrice, il serait maintenant nécessaire de pratiquer une grande opération chirurgicale. Il s'y refusa net, disant qu'il ne s'y résignerait que si la ponction ne donnait pas de résultat, et il me demanda avec instance de pratiquer cette ponction, sans retard. Je me rendis donc chez lui, rue du Helder, avec le D<sup>r</sup> Giraudeau, et je pratiquai la ponction avec l'aiguille aspiratrice n° 2 sur la partie saillante de la tumeur, au voisinage du creux épigastrique. Mes prévisions au sujet de l'infection du kyste s'étaient réalisées, et je retirai 1.400 grammes de liquide louche, contenant des crochets d'échinocoques et riche en leucocytes. Bien que j'eusse retiré tout le liquide contenu dans le kyste, une saillie persistant dans le voisinage semblait m'indiquer qu'un autre kyste existait là. Je ne doutais pas, d'ailleurs, que le kyste infecté que je venais de vider ne reproduisît à bref délai du liquide purulent, et j'avais la conviction qu'une intervention chirurgicale allait s'imposer. Mais, contre toute prévision, le malade fut très amélioré par la ponction que j'avais faite. Quinze jours plus tard, je pratiquai une nou-

velle ponction au niveau de la voussure voisine, et j'acquis la conviction que j'étais bien dans un autre kyste, car je retirai cette fois 1.200 grammes de liquide aussi limpide que de l'eau de roche. A dater de ce moment, la tumeur hépatique disparut complètement, et le liquide ne se reproduisit ni dans le kyste infecté ni dans l'autre. Le malade put partir deux mois plus tard pour Montevideo; il revint l'année suivante, et, depuis son retour en France, j'ai eu l'occasion de le revoir assez fréquemment, voilà quinze ans que j'ai ponctionné son kyste et la guérison ne s'est jamais démentie.

En 1894 et 1895, entrèrent, dans mon service de l'hôpital Necker, deux malades atteints de kyste hydatique du foie; chez l'un d'eux, le kyste était compliqué d'ictère. J'ai traité ces deux malades par la ponction aspiratrice et l'un et l'autre ont guéri sans le moindre incident.

En 1895, M. Routier fit monter dans mes salles, à l'hôpital Necker, une jeune femme atteinte d'une tumeur hépatique. Après avoir discuté le diagnostic, nous fûmes d'avis, lui et moi, qu'il s'agissait d'un kyste hydatique du foie. L'idée de M. Routier était de pratiquer la laparotomie, mais, sur ma demande, il se contenta d'une simple ponction aspiratrice et la malade guérit.

Voilà donc un nombre assez important d'observations qui prouvent qu'on peut guérir et rester guéri d'un kyste hydatique du foie à la suite d'une simple ponction aspiratrice. Non seulement les malades guérissent, mais je répète qu'ils restent guéris, car plusieurs de ceux dont je viens de raconter l'histoire ont été revus des mois et des années après leur guérison. On peut se demander comment s'effectue la guérison et ce que deviennent, après la ponction, la poche de l'hydatide et les vésicules filles souvent contenues dans le kyste principal. Il est probable que la ponction et l'évacuation du liquide amènent la mort de l'hydatide; alors la poche et les hydatides filles se nécrobiosent, subissent la dégénérescence graisseuse ou calcaire et aboutissent à un résidu, comparable à ces dépôts qu'on rencontre parfois aux autopsies des gens qui, ayant succombé à une autre maladie,

avaient spontanément guéri d'un kyste hydatique du foie.

La simple ponction aspiratrice donne, on le voit, des résultats qui ne sont pas à dédaigner, il s'en faut; on se demande alors pourquoi elle n'est pas plus souvent mise en usage. On a, il faut le dire, quelques préventions contre la ponction du kyste hydatique; donnons les raisons de ces préventions, nous verrons plus tard si elles sont justifiées.

La ponction du kyste hydatique, a-t-on dit, peut entraîner des accidents graves et même mortels. C'est vrai; je vais vous en communiquer quatre observations :

L'observation de M. Moissenet<sup>1</sup> concerne un homme de quarante-deux ans, atteint de kyste hydatique du foie. On pratique une ponction avec le trois-quarts capillaire, et on arrête l'écoulement du liquide à 350 grammes. « Cinq minutes sont à peine écoulées, dit M. Moissenet, que le malade est pris d'une syncope; je lui enlève son oreiller et lui fais prendre quelques gouttes de vin; il revient aussitôt à lui et me dit bien qu'il n'éprouve aucune douleur, mais que cette opération l'a vivement impressionné. A midi, deux heures après, se déclare un frisson intense avec claquement de dents, profonde altération des traits, pâleur de la face, nez effilé, yeux caves et hoquet, nausées, puis vomissements verts, porracés, abondants; cependant, aucune douleur à la pression du ventre. Potion avec extrait d'opium, 0,10; eau de seltz, glace, etc.; lavement laudanisé. Les symptômes vont en s'aggravant; le pouls est à 120-125, petit, filiforme; les extrémités se refroidissent, l'altération des traits est plus marquée. Le malade commence à accuser de la douleur dans le ventre, et il succombe dans la nuit, à trois heures du matin, dix-huit heures après la ponction. A l'autopsie, on ne trouve plus trace de la ponction. Kyste hydatique du foie, ayant le volume d'une tête d'adulte, et renfermant du liquide clair et des vésicules filles. »

Une observation de Martineau<sup>2</sup> concerne un homme de trente et un ans chez lequel on pratique la ponction aspira-

1. Moissenet. *Archives générales de médecine*, 1839, t. I, p. 143.

2. M. Martineau. *Bull. de la Soc. médic. des hôpitaux*, 1875, p. 104.

trice d'un kyste hydatique du foie. « Un liquide incolore, limpide d'abord, puis sanguinolent, sort par la canule; mais, dès que quelques grammes de ce liquide sont obtenus, l'écoulement cesse et ne peut reprendre, malgré le changement de place de la canule. » Celle-ci étant retirée, M. Martineau constate qu'elle est obstruée par un débris membraneux. Du reste, le liquide, examiné au microscope, contient des crochets d'échinocoques. A peine M. Martineau avait-il fait cette constatation, deux à trois minutes au plus, le malade est pris d'un malaise subit, de dyspnée intense, d'envies de vomir. Il vomit aussitôt du vin qu'il avait pris avant la ponction. La respiration, dans l'espace de quelques secondes, se suspend; le pouls faiblit, devient même imperceptible; les mouvements du cœur ne se perçoivent plus; le malade tombe en syncope. En même temps, il rejette une quantité considérable de mucosités blanches, filantes, remplissant les bronches, la trachée, analogues à celles qui surviennent après la thoracentèse mal faite. La face est pâle, recouverte d'une sueur froide. On applique aussitôt des sinapismes sur toute la surface du corps, le marteau de Mayor; on pratique la respiration artificielle au moyen de l'électrisation; on fait une saignée, le sang ne sort pas de la veine. Malgré ces moyens, au bout de vingt minutes environ, le malade meurt sans avoir pu prononcer une parole. A l'autopsie, des mucosités obstruent les bronches. Adhérences pleurales anciennes, péricardite et endocardite mitrale anciennes. Deux kystes hydatiques du foie, dont l'un présente la trace de la piqûre. Rien dans le péritoine.

Dans l'observation de Bryant<sup>1</sup>, il est question d'un homme de quarante ans, atteint de kyste hydatique du foie. Un trocart, pas plus gros qu'un stylet d'argent, fut enfoncé à trois pouces et demi environ à droite de la ligne médiane, immédiatement au-dessous du bord costal dans la tumeur, et, après qu'il eut traversé environ un pouce du foie, le kyste fut percé: on retira neuf onces (280 grammes) d'un fluide clair, non albumineux, assez pour diminuer la tension. Un

1. Bryant. *Trans. of the clinical Soc. of London*, 1877-1878, vol. XI, p. 230.