

Leudet, dès 1855, Dolbeau en 1856, l'ont soutenu; Voisin fit même dans un cas, et avec succès, des injections de bile de bœuf.

Mais, à côté de ce bénéfice éventuel, de nombreux dangers accompagnent la communication kysto-biliaire.

L'un de ces dangers est tout mécanique: le kyste se rompt dans les voies biliaires, et déverse par leur canal son liquide dans l'intestin; mais qu'une vésicule fille s'engage, à son tour, dans le tractus biliaire, elle s'y enclave, prend une forme olivaire, détermine d'abord une *colique hépatique* violente et plus ou moins prolongée, puis, si son cheminement s'arrête, tout le syndrome de *l'ictère chronique par obstruction* avec ses multiples conséquences.

D'autre part, cavité kystique et tractus biliaire peuvent s'infecter l'un l'autre; le kyste suppuré se compliquera ainsi d'angiocholite purulente, ou, inversement, les canaux biliaires serviront de voies d'envahissement ascendant pour les germes pyogènes d'origine intestinale.

On voit que, si la guérison spontanée peut être le résultat de l'ouverture du kyste dans les voies biliaires, bien plus nombreux sont les risques qui peuvent en résulter.

Nous ne citerons que pour mémoire les cas d'ouvertures de kystes hydatiques dans la veine cave inférieure, les voies urinaires, etc.

V

Après cette étude clinique, on comprend que nous ne puissions reprendre en détail les difficultés si nombreuses que peut présenter le **diagnostic** des kystes hydatiques du foie. Nous avons vu ceux-ci réaliser tantôt une affection purement hépatique, tantôt une tumeur abdominale, tantôt une lésion intra-thoracique. Chaque cas particulier demanderait une discussion trop complexe pour que l'on puisse y revenir ici.

Une des questions les plus délicates à résoudre est celle-ci: le kyste hépatique est-il *solitaire* ou *multiple*? Dans la grande majorité des cas, il n'existe qu'un kyste; mais il faut toujours compter avec la possibilité des kystes multiples.

J'ai observé deux faits de ce genre. Dans l'un, opéré plus tard par Polaillon, l'examen clinique m'avait fait reconnaître six kystes distincts, dont un pédiculé et sous-hépatique: l'opération vérifia le diagnostic et décéla, en outre, une vingtaine de kystes pédiculés, appendus en stalactites à la face inférieure du foie (1).

Dans un autre cas, opéré à Cochon par Schwartz (2), le diagnostic de kystes multiples avait été également porté, et cinq, gros comme des mandarines, furent en effet constatés et guéris par laparotomie.

Dans ces deux faits, les différents kystes semblaient à peu près contemporains, et dus probablement à une même infestation.

Le diagnostic de kystes multiples ne peut guère être porté que par *constatation directe*, au moyen de la palpation et de la radiographie; ou par *contraste trop grand* entre le volume du kyste directement constaté et le volume d'ensemble ou la déformation du parenchyme hépatique. Il implique nécessairement la laparotomie comme seule méthode possible du traitement, et encore

(1) Communication orale du D^r F. RAMOND.

(2) SCHWARTZ. *Soc. de chir.*, 5 avril 1901.

n'est-on jamais assuré, au cours de l'opération, de ne pas laisser passer inaperçu un petit kyste en évolution.

Le **pronostic** ressort également de tout ce que nous avons déjà vu; toujours sérieux, à cause des mille dangers qu'il comporte, il s'aggrave encore par la possibilité d'un nouvel accident que nous allons étudier à propos du traitement, *l'intoxication hydatique*.

Le **traitement** des hydatides du foie pourrait prêter à de bien longs développements, si l'on voulait passer en revue et discuter les innombrables méthodes qui ont été proposées.

Mais, de ces méthodes, qui toutes visent le même but, la mort de l'hydatide, beaucoup n'ont plus qu'un intérêt historique, et ne sauraient nous retenir. Il en est ainsi du traitement interne par l'iodure de potassium; du procédé d'ouverture par la méthode de Récamier; de l'acupuncture de Trousseau; de l'électrolyse, préconisée en 1870 par Fagge et Durham; de la ponction simple de Jobert de Lamballe.

Nous ne ferons de même que mentionner les ponctions avec gros trocarts et sondes à demeure, récemment encore adoptées par Verneuil, par Terrillon.

Une fois le diagnostic de kyste hydatique du foie posé, l'existence et le siège probable de la poche reconnus, on devra, sauf en cas d'intervention radicale urgente, adopter la ligne de conduite que voici:

1° Recourir à la méthode la plus simple, la moins dangereuse pourvu qu'elle soit *strictement aseptique*, la *ponction aspiratrice*. Non seulement le diagnostic se trouve ainsi confirmé, mais de plus la guérison peut être obtenue, comme Dieulafoy l'a montré, dès 1872, par de nombreux exemples. D'après lui, c'est même *dans les deux tiers des cas* qu'une seule ponction suffirait à la guérison.

La ponction doit être pratiquée avec une aiguille assez fine (n° 2 de l'aspirateur Dieulafoy), désinfectée dans l'eau bouillante, et flambée au moment de s'en servir; les mains de l'opérateur, la région opératoire, seront savonnées, puis soigneusement brossées avec la liqueur de Van Swieten; la ponction sera faite franchement, au point culminant de la tumeur; elle sera *évacuatrice*, et enlèvera tout le liquide contenu dans la poche kystique. Après la ponction, pansement occlusif et antiseptique, repos absolu du malade pendant au moins vingt-quatre heures.

La guérison pourra ainsi être obtenue dans deux circonstances différentes:
A. *L'hydatide était morte*; le liquide évacué n'a plus aucune raison de se

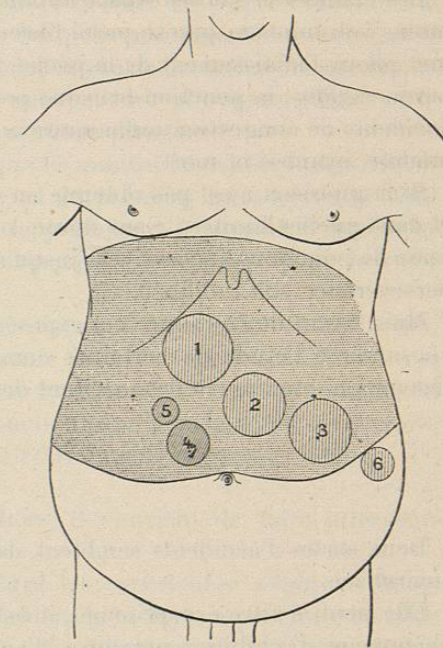


FIG. 20. — Kystes hydatiques multiples du foie. (Figure demi-schématique.)

Le kyste 2 donne un frémissement hépatique très net, le kyste 5 un frémissement plus obscur; les kystes 4 et 5 sont profonds; le kyste 6 est sous-hépatique et flottant.

reproduire. Malheureusement, cette mort de l'hydatide, nous n'avons pas de critérium certain pour la reconnaître, sans quoi il y aurait une véritable équation entre l'hydatide morte et aseptique et la ponction aspiratrice. Tout au plus l'état fortement albumineux du liquide donne-t-il des présomptions de vitalité hydatique faible ou éteinte.

B. L'hydatide vivante est tuée par la ponction; elle s'affaisse, perd sa vitalité, ne reproduit plus son liquide. Cette éventualité heureuse ne pourra être reconnue qu'en constatant que la guérison apparente post-opératoire est devenue définitive. Et, pour cela, un délai assez prolongé, de plusieurs mois au moins, est nécessaire. Ce n'est qu'après une longue observation du malade qu'on a le droit de le considérer comme guéri.

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⁽¹⁾, avec fièvre, expectoration sangnolente, cyanose et mort.

Si la guérison n'est pas obtenue en une seule ponction, devra-t-on récidiver, et dans quelles limites? Sans doute, on a pu ne réussir dans certains cas qu'à force de ponctions successives (jusqu'à 500); nous ne croyons pas qu'une telle persévérance soit indiquée.

Mais, avant de continuer cet exposé, il faut ouvrir ici une longue parenthèse, consacrée à l'étude de certaines complications très curieuses de la ponction, récemment étudiées; elles méritent de former un chapitre à part.

VI

Deux sortes d'accidents semblent, dans quelques cas, imputables à la ponction aspiratrice.

Elle peut, à titre exceptionnel, il est vrai, déterminer la *mort subite*, par un phénomène d'inhibition nerveuse, d'arrêt réflexe du cœur. L'élément psychique entre si bien ici en ligne de compte, comme pour la thoracentèse, que la mort a pu survenir avant même que l'aiguille eût pénétré dans la cavité du kyste.

Mais si ces faits malheureux sont plus justement imputables aux réactions nerveuses du malade qu'à la méthode elle-même, il n'en va pas ainsi pour toute une série d'accidents singuliers dont il nous faut étudier les formes cliniques et la pathogénie.

Une ponction aspiratrice régulière, aseptique, est pratiquée; le liquide retiré est aseptique. Quelques heures après, une éruption ortiée aiguë, généralisée et éphémère, se produit. Voilà le cas le plus simple.

Mais, en même temps que l'urticaire, des accidents très variés peuvent se présenter; Achard⁽²⁾ en a donné une bonne description. Tantôt ce sont les signes de collapsus qui dominent, avec de l'hypothermie, des nausées, des vomissements, une dyspnée que rien du côté des poumons n'explique. Parfois la fièvre s'allume, peut monter jusqu'à près de 40 degrés, et durer de trois à

⁽¹⁾ L. GALLIARD. Contrib. à l'étude des kystes hydat. de la convexité du foie. *Arch. gén. de méd.*, avril 1890.

⁽²⁾ ACHARD. *Arch. de méd.*, octobre 1888.

quatre jours, accompagnée du syndrome de l'embarras gastrique fébrile. Ou bien une sensibilité diffuse et superficielle du ventre, du météorisme, de la petitesse et de l'accélération du pouls, simulent la péritonite, bien que l'évolution ultérieure des accidents montre qu'il ne s'agit là que de *péritonisme*.

Ainsi, immédiatement après une ponction régulière, et avec ou sans urticaire, apparition brusque et transitoire d'accidents polymorphes bizarres, très inquiétants souvent comme apparence symptomatique, mais qui, dans la règle, se terminent bientôt par la guérison.

Mais dans des cas heureusement exceptionnels les accidents peuvent être terribles, mortels parfois en quelques instants, comme dans les faits de Moissenet, de Martineau, de Chauffard⁽¹⁾. Dans ce dernier cas, après ablation de 10 centimètres cubes de liquide, le malade fut pris subitement d'une angoisse profonde, de prurit cutané, d'accidents épileptiformes, de collapsus cardiaque suraigu. Au bout de dix minutes le pouls radial n'était plus perceptible, et la mort survenait environ vingt-cinq minutes après la ponction.

Dans tous ces cas si dramatiques, ainsi que l'a montré Dieulafoy⁽²⁾, on n'avait retiré qu'une minime quantité de liquide, et la pression intra-kystique était restée très élevée. Il faut donc, suivant le précepte de Dieulafoy, renoncer absolument à ces petites ponctions, et n'attaquer le kyste que pour le vider à fond, aussi complètement que possible.

En général, ce n'est que la première ponction qui détermine ces accidents, alors qu'une agression thérapeutique différente peut les faire réparaître. A cet égard, le cas suivant de Jaccoud⁽³⁾ est bien typique: sur le même malade, en février, ponction et urticaire; en juillet, ponction sans accident; en septembre, électropuncture et urticaire; en octobre, électropuncture sans accident.

Pour expliquer ces phénomènes singuliers, il convient de faire intervenir plusieurs facteurs.

a. La toxicité du liquide hydatique, malgré les expériences négatives faites par Vidal, par Kirmisson, chez le lapin, le chien, le cobaye, a pu être constatée dans certains cas. Après une ponction suivie de collapsus et d'urticaire, Roy a pu, par injection péritonéale du liquide hydatique, tuer deux cobayes; chez un autre cobaye, l'injection intra-veineuse du même liquide a déterminé de la polypnée et de la tachycardie; chez un chien, une dose de 66 centimètres cubes, injectée en plusieurs fois dans les veines, a fait tomber la pression sanguine, avec ralentissement du cœur et de la respiration.

Chez l'homme, Debove⁽⁴⁾ a pu donner la démonstration expérimentale très élégante de l'action directement provocatrice du liquide hydatique sur l'urticaire. Du liquide transparent, aseptique et filtré, est introduit sous la peau avec la seringue de Pravaz; rapidement, une éruption ortiée typique, généralisée ou locale, peut survenir. C'est là, il est vrai, une réaction inconstante, qui a souvent fait défaut dans des expériences analogues; plusieurs fois, j'ai essayé sans succès de la reproduire.

La nature chimique de ce poison hydatique est encore peu connue, mais il

⁽¹⁾ A. CHAUFFARD. *Sem. méd.*, 8 juillet 1896.

⁽²⁾ DIEULAFOY. *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu*, 1898-1899, p. 192.

⁽³⁾ JACCOUD. *Clin. méd. de la Pitié*, 1884-1885, p. 127.

⁽⁴⁾ DEBOVE. *Soc. méd. des hôp.*, 9 mars 1888.

s'agit bien probablement d'une ptomaine, analogue à la mytilotoxine des moules vénéneuses. Cette hypothèse peut s'appuyer sur les recherches de Mourson et de Schlagdenhauffen, qui, en 1882, ont démontré dans le liquide des kystes hydatiques du mouton l'existence de quantités variables de ptomaines; celles-ci seraient dues au dédoublement des matières albuminoïdes du liquide, et se réduiraient au minimum dans les liquides limpides et non albumineux.

D'après ces auteurs, la toxicité serait en rapport direct avec le développement des hydatides; pendant les périodes d'activité vitale et reproductrice du parasite, liquide louche, albumineux, et très toxique; dans l'hydatide morte ou stationnaire, liquide clair, sans albumine ni toxicité. Ces données, contraires à l'opinion devenue classique de Gubler, ne doivent être, pour les hydatides de l'homme, admises que sous bénéfice d'inventaire.

Les recherches chimiques récentes de Viron (*) ont montré que si, dans le liquide hydatique retiré soit de l'homme, soit des animaux, l'existence de la sérine est exceptionnelle, on y trouve assez fréquemment une substance albuminoïde possédant les réactions chimiques caractéristiques des proptones.

Le même auteur a pu isoler des liquides hydatiques du poumon une substance albuminoïde spéciale se rapprochant des *toxalbumines* par ses réactions chimiques, et aussi par ses propriétés physiologiques. Celles-ci sont des plus énergiques: « Injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse d'un cobaye, la solution stérilisée de cet albuminoïde (2 centigrammes pour 2 centimètres cubes d'eau stérilisée) détermine une réaction inflammatoire très vive, et l'animal meurt rapidement. A l'autopsie, indépendamment de l'inflammation locale, on observe un épanchement séreux dans le péritoine et une congestion intense des reins; le liquide recueilli dans la vessie est très foncé, et renferme une proportion notable d'albumine. Quelques gouttes d'une solution contenant 1 centigramme de ce principe actif pour un centimètre cube d'eau, déposées sur la conjonctive d'un lapin déterminent rapidement une irritation profonde, 18 heures après la cornée est perforée, un liquide purulent s'écoule du globe oculaire, et l'animal succombe le cinquième jour. La même expérience répétée sur l'œil d'un cobaye avec cette solution préalablement portée à l'ébullition détermina une légère conjonctivite qui disparut quelques jours après. »

Voilà donc la toxicité du liquide hydatique bien établie, et attribuable certainement à une de ces toxalbumines d'origine parasitaire dont le rôle pathogène ressort avec évidence de tant de travaux récents. Si cette toxicité est variable, comme l'indique la clinique, c'est que les matières albuminoïdes contenues dans les liquides hydatiques peuvent elles-mêmes différer beaucoup, en quantité probablement, et surtout en qualité.

Il est par contre des faits dans lesquels ni l'analyse chimique ni l'expérimentation ne permettent de déceler dans le liquide hydatique une toxicité que les accidents cliniques auraient fait supposer *a priori* devoir être très élevée. C'est ce qui est arrivé pour le cas mortel que j'ai publié; chimiquement et expérimentalement le liquide n'était pas toxique. Il faut donc supposer que, pour certains cas au moins, la toxicité est non pas *absolue* mais *relative*, subordonnée à des réactions nerveuses individuelles, comparable aux accidents que, chez certains

(*) L. VIRON. *Arch. de méd. expér.*, janvier 1892, p. 156.

sujets exceptionnels, provoquent les doses les plus minimes de mercure, d'anti-pyrine, de quinine, etc....

b. L'absorption du liquide hydatique produit les mêmes effets, quelle que soit sa voie anatomique; on a vu ainsi l'urticaire succéder à la ponction d'un kyste hydatique de la cuisse (Wolff). Le plus souvent, pour les hydatides du foie, c'est par le péritoine que s'absorbe le liquide, qui continue à sourdre après la ponction. Mais on a vu la réaction ortiée accompagner la pénétration dans une veine hépatique de l'aiguille aspiratrice (Bouchard (*)).

c. Le système nerveux, enfin, intervient et dirige même, jusqu'à un certain point, le processus éruptif; témoin un cas d'urticaire unilatérale droite signalé par Dieulafoy.

Ainsi, toxicité possible du liquide hydatique (Debove), absorption accidentelle de ce liquide, réaction nerveuse spéciale, telles sont les trois conditions génératrices des accidents toxiques ou éruptifs qui peuvent suivre la ponction des kystes hydatiques du foie.

Si ceux-ci ne sont ni assez fréquents, ni en général assez graves pour faire renoncer à la méthode aspiratrice, ils n'en doivent pas moins commander une grande prudence opératoire; ne pas malaxer le kyste au moment de la ponction; ne faire celle-ci que complètement évacuatrice, et, après, tenir le malade au repos absolu pendant au moins 24 heures: telles sont les règles de pratique qu'on ne doit jamais négliger.

VII

Si la ponction aspiratrice simple ne suffit pas à tuer l'hydatide et à procurer la guérison, on doit recourir à une méthode plus active, qui, bien que toute récente, a déjà fait ses preuves, la méthode des injections parasitocides.

Déjà, il y a une trentaine d'années, on avait employé dans ce but les injections de bile de bœuf, de teinture d'iode iodurée. Les progrès modernes de l'antisepsie nous offrent aujourd'hui des agents moins dangereux et d'une efficacité plus certaine.

En 1884, Mesnard (de Bordeaux) obtenait la guérison d'un kyste suppuré en le lavant avec de la liqueur de Van Swieten.

Le même agent, employé il est vrai de façon toute différente par ces deux auteurs, donnait également des succès à Baccelli en 1887, à Debove en 1888.

Depuis lors, les succès se sont multipliés, avec des variantes dans les procédés opératoires et le choix de l'antiseptique. Voici, croyons-nous, ce qu'il convient de faire:

a. Si le kyste est non suppuré, s'il paraît être uniloculaire et pouvoir se vider facilement, on ponctionne, on évacue tout le liquide kystique, puis on le remplace par une quantité notablement moindre d'une solution antiseptique, qu'on retire par aspiration au bout d'une dizaine de minutes.

Si, comme le propose Debove, on emploie la liqueur de Van Swieten, on ne devra jamais en injecter plus d'une centaine de grammes, et, après l'avoir retirée, on lavera très soigneusement à deux reprises la cavité kystique avec de l'eau stérilisée par l'ébullition, et salée.

(*) La mort subite peut, dans des cas exceptionnels, être la conséquence de l'ouverture du kyste dans les voies biliaires, par intoxication d'origine intestinale, comme cela s'est produit chez un de mes malades. (F.-X. GOURAUD et F. RATHERY. *Bull. Soc. anat.*, 1901, p. 507.)