

AU SUJET DE L'“EQUINOCOCOSIS PREPERITONEAL”

Par F. DÉVÉ
(De Rouen)

Répondant, naguère, à un de ses collègues de la Société de Chirurgie de Paris, qui l'avait contredit, René Leriche disait: “J'aime assez la contradiction. Elle oblige au contrôle de ses propres recherches et par cela elle est éminemment utile” (1).

Nous partageons entièrement cette opinion.

Dans une récente communication à la Sociedad de Cirugía de Montevideo que nous avons trouvée reproduite dans les *Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades* (n° de febrero de 1939), notre très distingué collègue le Prof. Agrégé Abel Chifflet a bien voulu faire état d'une lettre que nous lui avions adressée, l'an dernier à pareille époque, au reçu et en remerciement de l'envoi de son très intéressant opuscule didactique intitulé “Equinococosis”. De cette lettre personnelle il a tenu à reproduire photographiquement un passage qui comportait deux petits croquis schématiques fort imparfaits, dessinés *currente calamo*. Sans doute était il certain, d'avance, de notre assentiment.

Le double schéma en question visait un “point de détail” sur lequel nous l'avions “chicané”, en toute cordialité. “Je ne crois pas, lui écrivions - nous, qu'il soit légitime d'appeler “*prépéritonéaux*” les kystes figurés dans votre schéma 21. Ce sont des *cystes péritonéaux*”.

Mis en cause par notre collègue Chifflet, de la façon, d'ailleurs, la plus aimable et la plus flatteuse, nous demanderons la permission de répondre à l'argumentation qu'il a fait valoir pour

(1) *Soc. Nationale de Chirurgie*, séance du 14 nov. 1934, p. 1184.

défendre sa conception de l' "Échinococosis preperitonéal". En effet, nous pensons que cette petite controverse peut n'être pas dénuée de tout intérêt. Chacun pourra ainsi apprécier la valeur de nos arguments réciproques qui, nous le dirons d'avance, vont se trouver diamétralement opposés.

Tout d'abord, notre aimable contradicteur reconnaît, avec nous, que les cas décrits autrefois par Moutet (de Montpellier), puis par Ch. Lenormant, sous le terme de "kystes hydatique pré-péritonéaux", ne méritaient pas cette appellation et qu'il répondait, "sin ningún lugar à dudas", à la forme très particulière d'échinococcose secondaire du péritoine que nous avons décrite plus tard sous le nom de "hydatido-péritoine" (1). On sait que les particularités de cette modalité anatomo-clinique avaient été déjà partiellement reconnues par nos collègues et chers amis uruguayens, les Professeurs Alfonso Lamas, Doming Prat et Juan C. del Campo.

A. Chifflet rapporte ensuite l'observation d'une malade, antérieurement opérée, à trois reprises, pour des kystes hydatiques abdominaux, et qui devait être réopérée par lui, par voie "transrectale" droite, de kystes multiples situés immédiatement en arrière du feuillet postérieur de la gaine du muscle droit. Prenant texte de cette observation, il s'est proposé d'insister sur "la topographie de ces kystes, sur leur origine et sur leur dénomination exacte".

Notre collègue commence par rappeler que, pathogéniquement, les kystes hydatiques multiples de l'abdomen reconnaissent pour origine un ensemencement échinococcique péritonéal (2). Il pose alors en principe — et c'est là que nos opinions respectives vont commencer à diverger — que, primitivement sous-endothéliaux, ces kystes vont aller en "s'enfonçant" dans l'épaisseur (en el espesor) d'un viscère sous-jacent, ils deviendront, à parti-

(1) Ne pas confondre *hydatido-péritoine* avec *hydato-péritoine* terme qui répond à autre chose, comme nous l'avons exposé à la Soc. de Cir. de Buenos Aires (séance du 24 Août 1932. Cf. *La Prensa médica Argentina*, 2 de sept. de 1932, p. 655).

(2) Spécifions que seront seuls visés ici les kystes secondaires insérés greffés sur la séreuse, à l'exclusion des autres modalités de l'échinococose secondaire des séreuses (Cf. F. DÉVÉ, *l'Algérie Chirurgicale*, N° de mai 1939).

de ce moment, "anatomiquement, et nous ajouterons nosologiquement, des kystes de ce viscère"...

A l'appui de cette conception, A. Chifflet invoque notre vieille thèse inaugurale (1901), dans laquelle, dit-il, nous avons "décrit et dessiné des kystes secondaires dans l'épaisseur du foie" (en el espesor del hígado). Or, cela n'est pas tout à fait exact. Nous y avons souligné, au contraire (p. 115), le fait que ces kystes "enchatonnés dans la surface du foie" — "faisant à peine saillie à cette surface, tandis qu'ils dépriment dans la profondeur le parenchyme sous-jacent" — étaient, en réalité, "tous couchés dans un épaissement fibreux de la capsule de Glisson". Et, à la page suivante (p. 116), nous avons écrit que les kystes en question "méritaient le nom de *kystes péri-hépatiques*".

On saisit la nuance. Et l'on comprendra, par suite, que nous n'acceptons pas sans réserves la déduction tirée de ses prémisses par notre distingué contradicteur, lorsqu'il écrit: "Cuando esa siembra se hace en un peritoneo parietal y no en la viscera, el quiste se hace allí también más profundo hasta llegar a aparecer como quiste subperitoneal y entonces no es un quiste del peritoneo sino del tejido subperitoneal, homólogo anatómicamente al tejido parenquimatoso de uná viscera recubierta de peritoneo".

Que, sous l'influence des diverses pressions qu'ils peuvent subir ou de certains processus fibreux pouvant les brider, de tels kystes aient, d'une manière générale, tendance à se mouler dans les tissus ambiants malléables, cela n'est pas douteux. Nous l'avions indiqué dès notre thèse. On pourra le voir, notamment, en se reportant à notre figure 6 qui représente des kystes graffés sur l'épiploon (p. 225, et commentaire, p. 226).

Sur cette même figure se verra, en outre, très nettement, représentée (pour la première fois, croyons-nous) une particularité sur laquelle vont insister A. Chifflet et son collaborateur anatomo-pathologiste, le Dr. Ardao: à savoir que le péritoine recouvrant un kyste secondaire est séparé de l'adventice fibreuse du kyste sous-jacent par un tissu conjonctif plus ou moins lâche, et néo-formation. Il se peut, par suite, que, comme l'écrit le Dr. Ardao, "le péritoine se décolle très facilement de l'adventice sous-jacente".

Cela est vrai histologiquement. Au moins sur certains kystes,

et au moins partiellement (1). Mais ce n'est plus vrai pratiquement, chirurgicalement. Nous voulons dire que le "plan de clivage microscopique" pouvant exister entre le kyste fibreux adventice et le fragile feuillet péritonéal qui le recouvre est *inutilisable, en pratique, par le chirurgien*. Aussi bien, l'observation opératoire de A. Chifflet lui-même apporte la meilleure démonstration du fait. Lorsque, agissant pas voie extrapéritonéale, l'opérateur cherchera à décoller de tels kystes de la séreuse voisine, il risquera fort de produire "pequeños desgarros del peritoneo".

De la même façon qu'on voit les greffes hydatiques s'enchâsser dans la surface du foie — sans, pour cela, pénétrer réellement dans l'intimité de son parenchyme, — on peut voir d'autres kystes adhérer aux divers viscères abdominaux et s'y encastrer. Ils n'en demeurent pas moins des *kystes péritonéaux sous-séreux*, restant en contact direct, au moins partiellement, avec la séreuse d'où ils ont tiré leur origine.

Les kystes échinococciques secondaires greffés sur le péritoine pariétal antérieur ne se comportent pas différemment. Ils ne doivent pas, du moins selon nous, être considérés comme des kystes devenus désormais "indépendants du péritoine", comme des kystes voués à l'extériorisation, destinés à "s'insinuer" (insinuarse) dans le tissu cellulaire prépéritonéal et à s'y isoler. Tout comme les autres, ils demeurent, anatomiquement et nosologiquement, aussi bien que pathogéniquement, des *kystes péritonéaux sous-séreux*.

C'est dire que nous n'acceptons nullement comme étant faite "la prueba de la existencia de los quistes preperitoneales" (2).

Peut-être notre argumentation paraîtra-t-elle, au premier abord, bien subtile? Peut-être se dira-t-on que nous nous efforçons de maintenir une distinction un peu spécieuse et sans portée pratique entre les deux expressions: *kystes sous-péritonéaux* et

(1) Dans le cas figuré par nous, auquel nous venons de faire allusion il s'agissait de kystes entrés en involution spontanée et rétractés. Ainsi s'était trouvé particulièrement bien mis en évidence le plan de clivage "microscopique" sous-endothélio-péritonéal. Sur des kystes vivants et tendus, pareil interstice décollable fût devenu plus problématique.

(2) Nous ne connaissons pas un exemple authentique des "kystes pré-péritonéaux primitifs" auxquels Chifflet fait allusion et qu'il semble admettre, lorsqu'il écrit: "Sea primitivo o secundario, el quiste preperitoneal..."

kystes *pré-péritonéaux* (au sens de A. Chifflet)? La suite va montrer qu'il ne s'agit pas là d'une simple et futile controverse scolastique.

En effet, nous arrivons à une déduction que Chifflet a tirée du "siège pré-péritonéal" supposé des kystes en question: elle concerne leur évolution et leur pronostic général.

Notre collègue pense que *le kyste pré-péritonéal "ne peut croître beaucoup"*, car "l'espace qui s'offre à lui est étroit, résistant et, en outre, soumis à l'action des contractions musculaires répétées" (des muscles abdominaux voisins). Dès lors, "livré à son évolution spontanée, le kyste pré-péritonéal est "un candidato" à *dégénérer*, à *suppurer* ou à *donner une échinococose de dissémination*".

Qu'on nous permette de le dire sans ambages: nous n'en croyons rien.

Nous pensons que les kystes hydatiques secondaires du péritoine localisés à la face postérieure de la paroi abdominale antérieure peuvent croître à peu près comme les autres kystes sous-péritonéaux. Non pas, certes, en plongeant dans le très mince espace conjonctif pré-péritonéal ni dans le plan musculaire voisin, mais simplement en bombant vers la cavité abdominale libre.

En second lieu, si les kystes dont il s'agit sont, comme tous les kystes secondaires du péritoine, mais non plus qu'eux, sujets à dégénérer, c'est - à - dire à *entrer spontanément en involution*, ils n'ont, croyons-nous, *aucune tendance spéciale à la suppuration spontanée*.

Enfin, pas plus que les autres — par exemple, pas plus que les kystes sous-diaphragmatiques, développés au contact d'un muscle en incessantes contractions, — *ils ne sont exposés à se rompre spontanément*, en donnant lieu à un ensemencement échinococcique tertiaire.

Si ces kystes rétropariétaux viennent quelquefois à suppurer, *de proche en proche*, en formant une sorte de "clapier hydatique" (1), se pourra être — indépendamment de tout hypothétique "phénomène anaphylactique local provoqué par l'opération

(1) Nous en avons figuré jadis un exemple in *Nouveau Traité de Médecine*, 1923, fasc. XV, p. 551, fig. 1. (Cl H).

d'un autre kyste" — par suite du voisinage de quelques kystes de la région pelvienne s'étant fissurés dans la vessie ou dans le tractus digestif, rectosigmoïde. Ce pourra être aussi à la suite d'une intervention chirurgicale qui aura "décollé et traumatisé" le plan de clivage cellulaire pré-péritonéal, surtout lorsqu'on y aura laissé un drainage, source d'infection.

Et cela nous amène à discuter très brièvement, en terminant, la question du traitement applicable à ces kystes.

Pour notre part, nous ne serions pas très partisan d'aborder de tels kystes "en décollant le péritoine du plan musculaire", du moins pour peu qu'on soit obligé de recourir à des "décollement étendus".

Sans doute, nous accordons que les kystes sous-péritonéaux fixes à la face interne de la paroi abdominale antérieure seront parfois d'un abord chirurgical malaisé par la voie péritonéale, surtout dans les cas, en vérité exceptionnels, comparables à celui de A. Chifflet, où la paroi abdominale se montrait toute "pavée" de kystes. Bien que ce point sorte de notre compétence de médecin, il nous semble qu'on parviendrait sans doute souvent à exposer suffisamment les kystes par laparotomie, si l'on branchait sur l'incision pariétale verticale, une petite incision transversale complémentaire.

Quoiqu'il en soit, qu'on aborde les kystes par leur surface séreuse, au cours d'une laparotomie, ou bien directement par voie extra-péritonéale (à l'aide d'autant d'incisions pariétales qu'il pourra être nécessaire de pratiquer pour arriver sur eux sans avoir à faire de trop larges "décollements pré-péritoneaux"). il nous semble, contrairement à Chifflet, que le *formolage in situ* — réalisé ou non avec notre "trocart formolateur" — trouverait, en l'espèce, une indication d'élection. En effet, on a affaire à des kystes pariétaux, de taille habituellement modérée, logés en terrain clos et éloignés de toute source d'infection spontanée d'origine digestive. Il va sans dire que la taille de certains de ces kystes ou leur contenu multivésiculaire rendront parfois préférable *l'ouverture du sac* (après formolage préalable), suivie de l'ablation des membranes et des vésicules parasitaires, d'un attouchement formolé complémentaire des replis de la petite poche, et de sa *réduction sans drainage*, après suture soignée.

En définitive, nous pensons que les kystes du péritoine antérieur de la cavité abdominale *ne diffèrent essentiellement, ni dans leur origine, ni dans leur siège anatomo-pathologique, ni dans leurs tendances évolutives*, des autres localisations de la greffe hydatique abdominale.

C'est pourquoi l'individualisation d'une "échinococcose pré-péritonéale", en tant que modalité d'échinococcose secondaire du péritoine présentant des caractéristiques particulières, ne nous paraît pas s'imposer, à moins qu'on se borne à l'envisager, *du simple point de vue topographique*, comme une des multiples localisations de l'échinococcose péritonéale: de celles dont nous avons pu écrire (précisément dans le passage de notre vieille thèse (p. 99) que le Dr. A. Chifflet a bien voulu invoquer): "On pourrait isoler autant de variétés anatomiques de kystes hydatiques de la cavité abdomino-pelvienne qu'il y a de centimètres carrés de surface péritonéale". Nous nous empresseons d'ajouter que, "du point de vue clinique, d'une part, du point de vue chirurgical, d'autre part, l'isolement de quelques-unes de ces variétés est parfaitement justifié".

On le voit — et nous nous en excusons très cordialement auprès de notre estimé collègue le Prof. Agrégé A. Chifflet — notre opinion se trouve être en contradiction radicale avec la sienne. Pour les départager, nous nous en remettons entièrement au jugement de nos collègues uruguayens, tant anatomo-pathologistes que chirurgiens, les uns et les autres si particulièrement compétents et expérimentés en tout ce qui touche à la vaste question de l'échinococcose. (1)

Rouen, le 20 Mai 1939.

(1) La discusión de este tema permanece abierta.