

NOTES ET INFORMATIONS

Un cas d'échinococose secondaire guéri par le stibyal. — Il est assez fréquent, dans la région bayonnaise, de constater l'existence de kystes hydatiques chez des malades venant consulter le chirurgien. Il ne se passe certainement pas d'année où, tant à l'hôpital qu'à la clinique privée du D^r Lafourcade, nous n'en opérions quelques cas.

Très souvent, il s'agit de kystes du foie et la méthode qui nous a donné les plus beaux succès et qui est devenue pour nous d'application courante consiste à ponctionner le kyste et à en formoler la poche qui est ensuite extraite ; le foie est ensuite suturé et abandonné sans drainage, dans l'abdomen. Ainsi traité, le kyste a une évolution des plus bénignes, son traitement est rapide et ne nécessite qu'un séjour de peu de temps dans les établissements hospitaliers. Ceci s'applique, bien entendu, aux kystes vivants, non suppurés et sans fistules biliaires. Parfois, il s'agit de localisations plus rares, tel ce kyste du jumeau de la jambe que nous opérâmes il y a peu de temps. Parfois aussi la situation est plus complexe, comme dans le cas que je relaterai ci-dessous.

En 1918, Mme C..., veuve, 40 ans, vient consulter pour des tumeurs qu'elle sentait à la palpation de son abdomen. Au préalable, elle avait eu une assez forte tuméfaction de la région sous-hépatique, qui un jour, à la suite d'une légère douleur, avait subitement disparu. En réalité, il s'était agi d'un kyste hydatique rompu, dont les scolex étaient venus se greffer un peu partout dans son abdomen. L'opération permit d'enlever trois gros kystes : deux dans l'épiploon, l'autre intra-hépatique. Suites simples.

La malade ne tarda pas à revenir nous trouver, et plusieurs fois, puisqu'au cours des années suivantes, le D^r Lafourcade pratiqua à Mme C..., avec mon assistance, *treize laparotomies exactement*, au cours desquelles nous enlevâmes une vingtaine de kystes de l'épiploon, puis un gros kyste du rein droit, des kystes des mésocôlons, enfin deux kystes du douglas, l'un énorme, l'autre suppuré. Mme C... supportait admirablement ces laparotomies successives, demandant à s'alimenter légèrement le soir de l'opération, s'asseyant dans son lit, s'intéressant aux divers événements de la journée.

Lors des dernières interventions pratiquées, nous pûmes voir que presque la totalité de son intestin grêle, de ses côlons, de son péritoine étaient parsemés de granulations du volume d'un fort grain de millet et constitués par des petits kystes provenant de scolex greffés, comme je pus m'en assurer par coupe histologique. Craignant qu'un jour la malade

ne nous revienne avec une localisation grave, intracérébrale, intra-oculaire ou toute autre, j'essayai, dès la 10^e intervention, d'arrêter cet envahissement échinococcique par des injections suivies de 914, à la dose de trente centigrammes (une dizaine d'injections intraveineuses). Le résultat fut nul, puisque la malade revint avec de nouveaux kystes développés. Nous avions bien détruit au thermocautère des centaines de granulations, mais il était impossible, et de loin, d'avoir tout stérilisé. J'eus alors l'idée de faire à la malade des injections intraveineuses de stibyal (tartrate d'antimoine et de sodium, émétique de sodium), employé avec succès contre le *Schistosoma hæmatobium* et les diverses bilharzioses. J'en donnai 1 gr. 80 en dose totale. Depuis cinq ans, la malade, qui revenait périodiquement nous voir (elle habitait près de Salies-de-Béarn), ne nous demanda plus d'intervenir. Je l'ai souvent revue en bonne santé, ne se plaignant plus de rien, étonnée presque de voir que son ténia échinocoque ne la fit plus souffrir.

Son état s'améliorant lui permit de se remarier, et elle mène aujourd'hui une vie normale. Pensant que le stibyal n'était pas étranger à sa guérison, j'ai pensé qu'il serait utile de publier ce cas intéressant.

Ce n'est d'ailleurs pas la première fois qu'on essaye les sels d'antimoine pour le traitement des kystes hydatiques. Le D^r Dévé (de Rouen) a bien voulu nous communiquer à ce sujet les observations suivantes :

Hamilton Fairley : deux cas avec échec (*Med. journ. of Australia*, 28 janv. 1922).

F.-G. Cawston : un cas avec échec (*Journ. of trop. med. and hyg.*, 1^{er} février 1922).

H. Daw : deux cas avec échec (*Hydatid disease*, 1928, p. 387).

Garin : un cas de kyste hydatique du poumon avec bon résultat (*Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 26 nov. 1929).

D^r René CROSTE,

Chirurgien adjoint à l'Hôpital civil de Bayonne.
