

le serait par un épanchement pleurétique de valeur équivalente. Une ponction exploratrice résoudra le problème, mieux que ces indices un peu subtils.

Marche et complications. — Le début est en général difficile à préciser; on peut souvent le faire remonter à plusieurs années. Dans quelques cas rares, le kyste peut aboutir à la guérison spontanée, par la mort des parasites, la résorption du liquide, la rétraction fibreuse de la paroi, la transformation du contenu en un magma caséux formé de granulations grasses, de vésicules flétries, de crochets, de cristaux d'hématidine. Ordinairement, le kyste hydatique, abandonné à lui-même, aboutit à l'une ou à l'autre de ces deux complications : la suppuration; la rupture.

1° SUPPURATION. — Elle peut résulter d'une ponction septique, ou naître spontanément d'une hépatite péricystique, avec ramollissement de la membrane d'enveloppe qui perd son perméabilité normale aux agents infectieux, et pénétration des microbes à l'intérieur du kyste. Les frissons, l'élévation de la température avec augmentation parallèle de fréquence du pouls, l'état saburral des premières voies digestives, les sueurs, l'affaiblissement général, la douleur provoquée par la pression au niveau de l'hypochondre droit sont alors les principaux symptômes observés. La fièvre revêt ici les caractères particuliers aux suppurations hépatiques et les accès suivent tantôt le type rémittent, tantôt le type intermittent. Dans ce dernier cas, ils peuvent durer plusieurs jours. La terminaison a lieu, dans les cas de suppuration, soit par septicémie mortelle, soit par ouverture spontanée ou chirurgicale.

2° RUPTURE. — Plus souvent la tumeur, exempte d'invasion microbienne, produit, par un développement continu et progressif, le tassement et l'atrophie du parenchyme hépatique. Les parois du kyste éprouvant, d'une part, moins de résistance du fait de cette diminution du volume du foie et, d'autre part, se laissant distendre par le développement du parasite et l'augmentation de nombre des hydatides, finissent par faire saillie aux points faibles, c'est-à-dire dans la poitrine, dans l'abdomen, à la peau. Et dès que la résistance extérieure est moindre

que la poussée intérieure, le kyste se rompt, sans qu'il soit toujours besoin d'un traumatisme occasionnel. Le siège de la rupture offre trois variétés qui se rapportent au sens dans lequel la tumeur est portée à proéminer : 1° vers le thorax; 2° dans l'abdomen; 3° à la peau.

I. Migration thoracique. — La poche hydatique peut s'ouvrir dans les bronches, dans la plèvre, dans le péricarde. La règle est de voir des adhérences pleurales préalables empêcher l'ouverture dans la cavité séreuse et permettre la communication bronchique. Celle-ci se produit presque toujours avec le poumon droit, le poumon opposé n'étant intéressé que dans les cas rares où la tumeur a pris naissance dans le lobe gauche du foie. Un effort de toux, un traumatisme sur le thorax en sont quelquefois responsables. Dans tous les cas, au moment où le contenu du kyste fait irruption dans les bronches, le malade est surpris par une douleur déchirante avec sensation d'angoisse et d'étouffement. Il survient ensuite une toux quinteuse qui s'accompagne d'une expectoration abondante dans laquelle on trouve des vésicules et des membranes d'hydatides. Si l'orifice de communication est réduit à une simple fissure par laquelle filtre difficilement le liquide du kyste, les phénomènes sont moins sensibles : le malade présente simplement une expectoration abondante, fétide, purulente et, à l'auscultation, des signes amphoriques correspondant à l'excavation pulmonaire.

Il peut arriver, bien rarement, que le sujet soit asphyxié par cette irruption intra-bronchique du liquide et des membranes; dans les cas très infectés, on voit peu à peu apparaître les signes d'une excavation pulmonaire avec complication de gangrène; dans un assez grand nombre de cas, le sujet, après avoir longtemps trainé, avec des expectorations quinteuses très pénibles, arrive à se tirer d'affaire.

II. Migration abdominale. — Les tumeurs de la face inférieure du foie peuvent s'ouvrir dans le péritoine, dans le tube digestif, dans les voies biliaires.

La rupture dans la cavité péritonéale reconnaît souvent pour cause un traumatisme ou un effort qui a brusquement déchiré les parois du kyste. Depuis le travail de FINSEN, en 1867, il est

acquis que les conséquences sont subordonnées à l'état du liquide épanché : est-il purulent, une péritonite suraiguë tue le malade en quelques heures ; est-il aseptique, répondant aux kystes à contenu « frais » et limpide, la péritonite est moins à craindre, bien qu'elle ait été observée dans les cas où le liquide était limpide et dépourvu d'éléments infectieux. Dans les cas favorables, après une réaction plus ou moins intense de la séreuse, le liquide s'enkyste dans une cavité fermée par des adhérences inflammatoires et peut se résorber.

La conséquence de la rupture intra-abdominale est le déversement dans la séreuse du contenu vivant du kyste (*vésicules filles, vésicules prolifères et scolex*), germes qui peuvent se greffer et donner naissance à des formations échinococciques secondaires. WOLKMANN, le premier, en 1877, attira l'attention des chirurgiens sur la possibilité de cette greffe péritonéale des germes hydatiques ; en 1889, LEBEDEFF et ANDREEF firent les premières tentatives expérimentales de greffes de *vésicules filles* ; en 1898, von ALEXINSKY, le premier, expérimenta les greffes de *vésicules prolifères* et de *scolex* et obtint quatre résultats positifs sur sept expériences ; en 1899, RIEMANN réussit à transplanter dans le péritoine, quatre fois sur six, des *vésicules filles*, mais échoua dans ses essais d'inoculation de *vésicules prolifères*. La thèse importante de DÉVÉ, en 1901, apporta la confirmation expérimentale de cette greffe des éléments hydatiques, du moins des *vésicules filles* qui, tombées dans le péritoine, y continuent leur évolution et des *scolex* qui y subissent une métamorphose kystique. Quant à la preuve clinique de cette greffe, les observations, laborieusement colligées à l'appui de cette thèse, sont inégalement valables.

Ce mode d'évacuation est rare ; bien plus souvent les kystes s'ouvrent dans le tube digestif. La première courbure du duodénum et l'arc du côlon sont ordinairement les points par lesquels se fait la communication, après la formation d'adhérences. Celle-ci, dit RENDU, « s'accompagne presque toujours d'une douleur atroce, et le malade a parfaitement conscience d'une déchirure viscérale ; presque immédiatement après, survient une véritable débâcle et une selle copieuse au milieu de

laquelle il est facile de reconnaître les membranes de l'hydatide ». Il va sans dire que la tumeur, ainsi vidée, s'affaisse immédiatement et que tous les symptômes qui paraissent menacer la vie du malade diminuent. Lorsque la rupture s'opère dans le duodénum ou les parties supérieures du jéjunum, il est fréquent de voir des vomissements entraîner les hydatides évacuées dans l'intestin.

Malgré que la septicémie puisse en être la conséquence, l'ouverture dans l'intestin est encore la voie d'issue la plus favorable, surtout quand elle s'opère dans le gros intestin. Par contre, l'ulcération de l'estomac est particulièrement grave.

L'issue des kystes hydatiques dans les *voies biliaires* n'est pas très rare. Elle se traduit par des symptômes divers, suivant les cas très différents, soit qu'il y ait élimination des hydatides à travers les canaux, soit qu'il se produise une infection de la poche kystique, soit qu'il s'établisse une obstruction des voies biliaires. Si les parasites progressent dans le cholédoque et tombent dans l'intestin, on observe le syndrome clinique de la colique hépatique avec ou sans ictère et la présence d'échinocoques dans les matières fécales. Dans le cas où la poche est infectée par des microorganismes venus de l'intestin, la fièvre s'allume, le foie devient douloureux et il est rare que la mort ne soit pas la conséquence de cette complication. Lorsque les voies biliaires sont obstruées, on observe le tableau symptomatique de l'angiocholite par rétention biliaire.

III. *Ouverture cutanée.* — L'ouverture au niveau des *téguments* est généralement favorable. Le lieu d'élection est aux environs de l'ombilic. Toutefois ce mode de terminaison est de plus en plus rare, car un chirurgien n'attendra jamais l'ouverture à la peau d'une tumeur qui menace de s'infecter et de laisser une fistule intarissable.

Traitement. — Deux méthodes divisent médecins et chirurgiens : les premiers inclinent vers les injections parasitocides ; les seconds admettent, sans comparaison, l'ouverture large par une incision en un temps.

La méthode des injections parasitocides a comme moyen de choix le sublimé et comme procédé le plus sûr celui de BAC-

CELLI : pour éviter le péril des intoxications, BACCELLI se contente de retirer une petite quantité de liquide et de la remplacer par 15 à 20 grammes de liqueur de Van Swieten. Ce procédé est bon et nous a donné des succès ; mais il ne réussit point dans le cas où le kyste est encombré de vésicules filles ou quand il y a plusieurs kystes contigus. — La plupart des chirurgiens préfèrent l'ouverture du kyste au bistouri. Cette incision peut se faire en un ou deux temps : ce dernier procédé est celui de VOLKMANN, qui s'arrête lorsqu'il est arrivé sur le viscère et n'ouvre la poche que quand des adhérences ont uni les deux feuillets de la séreuse ; dans le procédé de LINDEMANN-LANDAU, auquel nous nous rallions, on pratique immédiatement l'incision de la poche et on en suture les lèvres aux bords de la plaie abdominale, créant ainsi une cavité béante à l'extérieur. — Au lieu de cette marsupialisation, suivie d'une période prolongée de fistulisation (deux à trois mois), on préfère actuellement soit effacer la cavité par des plans de suture profonde (capitonnage de DELBET) soit la fermer par suture après l'avoir remplie de sérum (procédé de BOBROFF). Un bon procédé est celui de QUENU et nous avons utilisé : à savoir, incision minima du kyste mis à nu ; évacuation avec le petit trocart de Potain adapté à un tube de caoutchouc, muni d'un entonnoir et faisant siphon ; injection et évacuation d'eau formolée à 1/100 ; extirpation de la membrane mère par une étroite incision ; enfin suture et réduction de la poche kystique.

HUITIÈME PARTIE

AFFECTIONS DE LA RÉGION ANO-RECTALE

CHAPITRE PREMIER

MALFORMATIONS CONGÉNITALES

ARTICLE PREMIER

TUMEURS ET MALFORMATIONS CONGÉNITALES

DE LA RÉGION SACRO-COCYGIENNE

La région sacro-coccygienne est le siège de tumeurs, d'espèces anatomiques diverses : dans ce groupe hétérogène, le partage ne s'est fait que récemment, à la lumière des recherches embryologiques portant sur l'extrémité inférieure du tronc de l'embryon. — On peut distinguer : 1° des *spina-bifida* de la région sacro-coccygienne ; 2° des *inclusions fœtales* ; 3° des *tumeurs mixtes à tissus complexes*, qui paraissent devoir être rattachées à l'évolution anormale d'organes transitoires occupant normalement la région axiale de l'extrémité inférieure du tronc de l'embryon, à savoir les *vestiges médullaires coccygiens*, bien étudiés par TOURNEUX et HERMANN, et peut-être les restes de l'intestin caudal.