

fréquemment qu'une vésicule très grande ne donne naissance, ni à des vésicules filles, ni à des capsules prolifères. C'est cette variété qui a été désignée sous le nom d'acéphalocyste.

Aussi longtemps que la paroi du kyste, en général très résistante, n'est pas devenue le siège d'une inflammation, le contenu de la tumeur consiste en un liquide clair, aqueux, d'un poids spécifique de 1,007 à 1,015, de réaction neutre ou alcaline, et ordinairement dépourvue d'albumine. Des différences dans les caractères du liquide s'observent, du reste, fréquemment, soit que l'on ait pratiqué préalablement une ponction, soit en l'absence de toute intervention de ce genre. On y rencontre alors le plus souvent quelques corpuscules du pus, et il s'est opéré, sans doute, dans ces cas une transsudation inflammatoire. Le liquide des kystes hydatiques est riche en chlorure de sodium, et contient comme substance caractéristique une petite quantité de succinate de chaux et de soude. En outre, on y rencontre de la leucine, de l'inosite, etc., dans le foie des cristaux d'hématoïdine, et dans les reins de l'urée. A l'examen microscopique du liquide retiré par la ponction on trouve quelquefois, mais non toujours, des scolex et des crochets isolés.

Les kystes à échinocoques se développent très lentement, et, en général, ils ne déterminent des symptômes graves que lorsqu'ils sont très volumineux, ou qu'ils rencontrent des organes dont ils anéantissent les fonctions par compression, alors que ces fonctions ne peuvent être suppléées (ictère par compression du canal cholédoque, compression des uretères, etc.), ou enfin lorsqu'à la suite de processus inflammatoires il survient une suppuration à l'intérieur du kyste, qui se trouve ainsi transformé en un abcès. Si les scolex meurent, le kyste s'atrophie peu à peu. La capsule de tissu conjonctif subit une rétraction progressive, les membranes hydatiques se remplissent de liquide et se troublent; les vésicules filles se dissolvent ordinairement, de même que les scolex, qui parfois ne subsistent que dans certains points de la tumeur. Peu à peu le liquide s'épaissit, prend une coloration verdâtre ou brunâtre et contient de la cholestérine en grande quantité. Les parois s'infiltrent de sels calcaires, et parfois une tumeur volumineuse se trouve finalement réduite à une petite concrétion calcaire.

Lorsque, au contraire, le parasite continue à se développer, il peut envahir peu à peu d'autres organes ou pénétrer d'une cavité dans une autre (cavité abdominale, foie — cavité thoracique, poumon). Les parois distendues à l'excès peuvent finir par se rompre spontanément ou à la suite d'un traumatisme, et le contenu du kyste, suivant les circonstances, peut se déverser à l'extérieur ou dans une cavité séreuse (péritoine), avec terminaison heureuse dans le premier cas et souvent fatale dans le second. Parfois aussi le kyste se vide par les voies d'excrétion normales (par le canal cholédoque dans l'intestin, par les uretères dans la vessie), ou enfin le liquide arrive au cœur après avoir perforé quelque grosse veine (v. cave). Dans ce dernier cas il se produit par l'intermédiaire du cœur droit une embolie de l'artère pulmonaire.

L'échinocoque se montre aussi parfois, mais rarement, sous la forme d'un **kyste multiloculaire**. Il constitue alors dans les organes (foie) des tumeurs dures, entourées d'une capsule dense et résistante. Les vésicules contenant les scolex sont renfermées dans un grand nombre de cavités communiquant entre

elles, formées aux dépens du tissu de l'organe (probablement par dilatation des voies lymphatiques, biliaires ou sanguines).

Dans nos considérations sur le diagnostic, nous ferons abstraction de cette dernière forme de kystes à échinocoques pour ne parler que des kystes uniloculaires.

§ 39. — Le **diagnostic** du parasite, en général, repose sur l'existence bien constatée d'une tumeur kystique, de forme ordinairement sphérique, se développant lentement sans déterminer de symptômes graves. Outre la fluctuation et l'ondulation, la tumeur présente dans quelques rares cas le phénomène connu sous le nom de frémissement hydatique. Si l'on frappe quelques coups secs sur la surface de la tumeur pendant qu'on saisit celle-ci de l'autre main, on a parfois une sensation semblable à celle que donne un ressort métallique en vibration. Le frémissement perçu dans ces conditions est dû probablement au tremblement des parois des vésicules filles qui se heurtent les unes contre les autres sous l'action du choc, tremblement qui se communique au liquide et aux parois du kyste. Ce symptôme paraît du reste manquer plus souvent qu'il n'existe. Un signe bien caractéristique, c'est la forte tension élastique de la tumeur fluctuante. Néanmoins, pour poser un diagnostic exact, on est le plus souvent obligé de faire une ponction exploratrice, et de soumettre le liquide retiré à l'analyse chimique et à l'examen microscopique. Si le liquide est *limpide, sans albumine, s'il contient beaucoup de chlorure de sodium et de l'acide succinique*, le diagnostic est assuré sans qu'il soit nécessaire de constater au microscope l'existence des scolex. La présence d'albumine dans le liquide ne prouve pas que l'on n'ait pas affaire à un kyste hydatique, et il en est de même de la constatation de l'urée dans une tumeur kystique du rein. On aura alors à faire le diagnostic différentiel soit avec une tumeur de l'ovaire, soit avec l'hydronéphrose. Le liquide de cette dernière est ordinairement riche en albumine, et contient des urates et de l'urée. Mais ces caractères peuvent se présenter également dans les kystes à échinocoques. Par contre le contenu des kystes de l'ovaire est si bien caractérisé par sa couleur et sa consistance, que presque toujours il permet d'exclure d'emblée et sûrement l'existence d'un kyste hydatique (*voir plus loin* § 54).

Le diagnostic du siège du kyste dans le foie, la rate, les reins, etc. se basera sur les signes indiqués au § 54. Nous voulons seulement insister ici un peu plus longuement sur les **kystes à échinocoques du foie**, parce que c'est dans cet organe que ces tumeurs s'observent le plus souvent et ont, par conséquent, le plus d'importance.

Les kystes hydatiques du foie sont le plus souvent simples; cependant on peut voir dans cette glande plusieurs vésicules mères se développer simultanément. Ces tumeurs se montrent dans les régions les plus différentes de la

glande hépatique, et lorsqu'elles siègent profondément dans l'organe, les phénomènes objectifs propres aux tumeurs kystiques peuvent faire défaut, et si, ce qui n'est pas rare, le parasite meurt, peut-être à la suite de la perforation d'un conduit biliaire et de la pénétration de la bile dans le kyste, il peut fort bien arriver que le kyste ne soit découvert que par hasard à l'autopsie. Mais même des tumeurs très volumineuses ne déterminent parfois aucun symptôme subjectif. A mesure que la tumeur augmente de volume, le parenchyme hépatique s'atrophie et disparaît, et l'absence de troubles fonctionnels dans les cas de kystes très volumineux ne peut s'expliquer que par l'hypertrophie compensatrice des parties du foie situées loin de la tumeur, hypertrophie qui, de fait, a été assez souvent constatée.

Abstraction faite de la rétraction simple du kyste signalée plus haut, une diminution de volume de la tumeur peut être due également à la perforation de la poche kystique et à l'irruption de son contenu dans des cavités voisines. C'est ainsi que l'on a vu des kystes hydatiques se vider dans l'intestin, soit à la suite de la perforation directe dans un conduit biliaire et de la dilatation progressive de ce dernier, soit comme conséquence de l'ouverture directe de la poche dans le tube intestinal, après que la tumeur eut contracté des adhérences de nature inflammatoire avec l'intestin et déterminé l'atrophie de ses parois par compression. Le plus souvent alors le malade guérit, mais quelquefois aussi on voit survenir une décomposition putride du contenu du kyste, entraînant une terminaison fatale. Un mode de terminaison évidemment très rare, c'est l'ouverture du kyste dans la cavité abdominale; je l'ai observé une fois à la suite d'une contusion de l'abdomen. Malgré la pénétration en masse des vésicules dans la cavité péritonéale, la mort ne survint qu'au bout de quelques mois après la rupture, à la suite de l'opération devenue nécessaire pour obtenir l'évacuation à l'extérieur des vésicules contenues dans l'abdomen. Dans un autre cas, le kyste du foie disparut au niveau de ce dernier à la suite d'un choc, pour venir se fixer à la partie inférieure de la paroi abdominale, où il fut opéré quelques semaines après l'accident. Il ne se forma pas de nouveau kyste après l'opération.

Plus souvent la tumeur, lorsqu'elle se développe dans la partie supérieure du foie, détermine peu à peu par atrophie la perforation du diaphragme, et se vide dans les bronches après avoir provoqué l'inflammation du poulmon devenu adhérent, à moins que, par suite de l'absence d'adhérences, le kyste n'arrive à communiquer librement avec la cavité pleurale. Alors surviennent des phénomènes inflammatoires graves, et la mort en est souvent la conséquence. Nous avons déjà mentionné la possibilité d'une perforation dans la veine-cave, suivie de la pénétration du parasite dans la petite circulation. Enfin, rappelons le mode de terminaison favorable qui consiste dans l'évacuation du kyste à l'extérieur, alors que ce dernier a déjà contracté des adhérences avec les parois abdominales.

Les **symptômes** consistent dans une augmentation lente du volume du foie, dont la surface est ordinairement refoulée dans toutes les directions; c'est surtout lorsque la tumeur très régulière a atteint les limites du foie accessibles à la palpation abdominale, qu'elle peut être reconnue facilement grâce à la fluctuation et au frémissement hydatique. Aussi

longtemps que la tumeur n'a pas contracté d'adhérences inflammatoires avec les parois abdominales, on peut s'assurer qu'elle appartient à la glande hépatique, grâce aux mouvements respiratoires dont elle est animée, et qui lui sont communiqués par le diaphragme (voir plus loin). La pression exercée plus tard par la tumeur sur les organes du voisinage peut également servir de base au diagnostic (œdème par compression des vaisseaux, ictère par compression des voies biliaires, troubles de la digestion par compression des intestins). Les kystes hydatiques du lobe gauche du foie sont souvent difficiles à distinguer des tumeurs semblables de la rate.

La ponction exploratrice est presque toujours nécessaire pour poser un diagnostic exact. Nous avons déjà mentionné plus haut les renseignements que l'on peut en tirer.

§ 40. — Les avis des chirurgiens diffèrent en ce qui concerne l'époque où il convient d'opérer. Comme les kystes très volumineux à parois rigides peuvent aussi être guéris par une opération, la grande majorité des chirurgiens sont d'avis d'attendre pour intervenir que la tumeur gêne considérablement le malade. Mais, de nos jours, le danger de ces opérations a considérablement diminué; aussi pensons nous que l'on fera bien à l'avenir de soumettre les kystes à échinocoques à une intervention opératoire, dès que l'on aura réussi à poser un diagnostic exact; et surtout, s'il s'agit du foie, dès que l'on aura acquis la conviction que la couche de tissu glandulaire qui recouvre la tumeur, n'a pas une trop grande épaisseur. Dans le cas contraire, mieux vaut attendre pour opérer que le kyste ait acquis un plus grand développement.

Il est hors de doute que, dans un certain nombre de cas, on peut obtenir la guérison par la simple ponction; l'évacuation partielle du kyste est suivie d'une inflammation de ses parois et de la résorption de son contenu après la mort des parasites. La ponction suivie d'injection iodée a également à son actif un certain nombre de succès. Cependant la suppuration du kyste peut en être la conséquence et obliger le chirurgien d'avoir ensuite recours à l'un des procédés que nous décrirons plus loin. Du reste, la ponction elle-même n'est pas dépourvue de danger, car une fois le trocart retiré, des quantités plus ou moins grandes de liquide peuvent pénétrer dans la cavité abdominale. Il en résulte pour le malade un double danger. D'une part, lorsque ce liquide n'a pas encore subi d'altération, il se produit un véritable semis d'échinocoques dans la cavité péritonéale, et des vésicules se développent dans les différents organes de l'abdomen. C'est ainsi que j'en ai observé un grand nombre dans le mésentère. Nous ignorons jusqu'à quel point ce danger est à craindre. Par contre nous savons qu'une péritonite est la conséquence probable de la ponction lorsque le contenu du kyste est déjà mélangé de pus. L'écoulement dans le péritoine d'un liquide fortement purulent ou putride, après l'enlèvement de la canule, peut provoquer une péritonite mortelle.