

Généralement l'intelligence et la mémoire restent intactes, on observe seulement une certaine lenteur dans les réponses du malade.

En ce qui concerne les symptômes de foyer, nous devons reconnaître qu'il est souvent impossible de formuler un diagnostic focal précis, les kystes acquérant vite un volume considérable et produisant des altérations sur une étendue plus ou moins grande du cerveau. Il n'en est pas ainsi avec d'autres tumeurs qui par leur petit volume produisent des symptômes focaux limités et précis.

Parmi les symptômes de localisation, un des plus importants est l'épilepsie jacksonienne qui figure dans un grand nombre de nos observations. Ce symptôme est caractérisé par des convulsions partielles, c'est-à-dire limitées à une moitié du corps, à un membre ou à une moitié de la face. Ces convulsions, quand elles sont isolées, ont peu ou point de valeur au point de vue du diagnostic focal, mais il n'en est pas de même lorsque, après une série d'attaques, une paralysie permanente se manifeste ou bien lorsque la paralysie est antérieure aux convulsions; on peut alors accepter comme foyer de la lésion le centre qui correspond au membre affecté. Les perturbations de la motilité (parésies, paralysies et contractures) et celles de la sensibilité dépendent naturellement de la localisation du kyste.

Le diagnostic de kyste hydatique cérébral présente sans nul doute de sérieuses difficultés; néanmoins, dans les pays comme le nôtre où l'échinocoque est excessivement fréquent, on peut établir un diagnostic de probabilité, ce qu'on ne pourrait pas faire dans d'autres régions où l'hydatide du cerveau constitue une véritable surprise d'amphithéâtre. Il n'existe aucun symptôme pathognomonique, mais on peut formuler un diagnostic approximatif en tenant compte d'un ensemble de symptômes: l'affection s'attaque généralement à des enfants ou à des individus jeunes, en bon état de nutrition; elle se manifeste par des symptômes généraux de tumeur cérébrale et des symptômes de localisation très diffus, car le kyste se développe rapidement et détruit des zones étendues du cerveau. Nous avons en outre observé trois symptômes qui réunis ont une très grande importance: douleur, soit spontanée, soit provoquée par la pression, dans une partie limitée du crâne; bruit de pot cassé, à la percussion, sur le côté affecté; amincissement, quelquefois sur un point limité, des parois du crâne qui produit la sensation de parchemin. Quand les parois du crâne sont fortement usées et qu'il y a bosselure, le diagnostic est plus facile.

Bien sombre est le pronostic du kyste hydatique cérébral: abandonné à lui-même, il entraîne fatalement la mort, quelquefois même la mort subite; a-t-on recours à l'intervention chirurgicale? le résultat final n'est guère meilleur, car s'il est vrai que l'on obtient par ce moyen quelques guérisons, d'une façon générale les petits malades succombent plus ou moins de temps après l'opération¹. Les 27 cas que nous avons mentionnés ont donné 74 pour 100 de mortalité.

⁽¹⁾ HERRERA VEGAS et CRANWELL. *Loco citato*. — ESTEVEZ. Resultados lejanos de los quistes hidatídicos cerebrales. *Revista del Hospital de Niños*, 1901. — HERRERA VEGAS. Quiste hidatídico supurado del cerebro. *Revista de la Sociedad Médica Argentina*, 1905.

4° Rein. — Cette localisation de l'échinocoque est rare chez les enfants: nous n'en avons rassemblé que 6 cas: dans 4 de ces cas, le rein attaqué était le gauche; dans les 2 autres le côté atteint n'était pas spécifié. Plusieurs auteurs prétendent que le kyste hydatique a une certaine prédilection pour le rein gauche, probablement parce que l'artère afférente du rein gauche est la plus courte et la plus directe, celle du côté droit étant obligée de contourner la colonne vertébrale pour arriver à la glande. Les kystes rénaux siègent ordinairement dans la substance corticale; il est extrêmement rare d'en trouver dans la substance médullaire ou dans la capsule adipeuse. Ils sont généralement uniques. Il y a cependant des cas de kystes multiples; nous en avons vu un exemple¹ chez une fillette de douze ans qui avait, dans le rein gauche, 14 kystes d'un volume variant depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'une mandarine.

Le kyste en se développant repousse et atrophie la substance rénale qui peut, dans certains cas, se trouver réduite à une coque fibreuse. Le développement se fait vers le point qui offre le moins de résistance, c'est-à-dire vers l'abdomen; c'est ainsi que Boeckel sur 20 observations signale 18 cas de kystes avec développement abdominal. Le kyste peut quelquefois se rompre dans les organes voisins: intestin, bronches, etc., mais le plus souvent la rupture a lieu dans les calices et dans le bassinet.

Indolent au début, le kyste du rein peut quelquefois se révéler par une douleur localisée dans la région rénale. Mais généralement le premier symptôme qui se manifeste est une tumeur indolente et rénitente, placée sur un des flancs, avec contact lombaire, et présentant tous les caractères ordinaires de la tumeur rénale. Quand le kyste se rompt dans le bassinet, il s'annonce par une douleur spéciale dans la région rénale; puis les vésicules et les restes de membrane pénètrent dans l'uretère et reproduisent tout le tableau clinique de la colique néphrétique. L'apparition des vésicules dans l'urine donne la clef du diagnostic, très difficile jusque-là. Le kyste peut, après cet accident, soit guérir spontanément, soit au contraire s'infecter et suppurer. Pour formuler le diagnostic, il faut tenir compte de l'état général du sujet qui est bon, de la nature de la tumeur qui est indolente et à développement lent; les tumeurs malignes sont généralement accompagnées d'hématuries, croissent avec une grande rapidité et altèrent dès le début l'état général du malade.

Quand le kyste est unilatéral et ne présente pas de complications, le pronostic est relativement favorable, à la condition bien entendu d'avoir recours à l'intervention chirurgicale. Les cas que nous avons observés ont tous abouti à la guérison.

5° Rate. — Le kyste de la rate est également peu fréquent; il est encore plus rare chez l'enfant que chez l'adulte. La cause serait peut-être parce que l'embryon, pour arriver à la rate, doit passer à travers la circulation générale en passant d'abord par le foie et le poumon? Le kyste de la rate se développe dans le centre de cet organe, repoussant et atrophiant le tissu splénique qui

⁽¹⁾ HERRERA VEGAS et CRANWELL. *Loco citato*. Observation 752.

se trouve réduit, à certains endroits, à une membrane fibreuse; sur d'autres points se produit une hyperplasie vicariante considérable, comme l'a démontré Dieulafoy¹, analogue à celle qu'on observe dans les hydatides du foie. D'autres fois, l'embryon se fixe sur la périphérie de la rate et le kyste qui en résulte tend à s'extérioriser et même à se pédiculiser. Suivant sa localisation primitive, il se développe soit vers le thorax, soit vers l'abdomen. Les kystes à développement thoracique repoussent le diaphragme, agrandissent la base gauche du thorax, élargissent les espaces intercostaux et font dévier le cœur à droite. Ceux à développement abdominal peuvent atteindre dans certains cas un volume considérable, mais en général ils se présentent sous la forme d'une tumeur arrondie qui occupe l'hypocondre et le flanc gauche, rénitente, lisse, indolente et avec des mouvements isochrones de la respiration; elle est mate à la percussion, cette matité se continuant avec la splénique. Dans quelques cas on constate le frémissement hydatique.

En ce qui concerne le diagnostic, nous devons reconnaître qu'il est souvent très difficile de différencier un kyste de la rate d'un kyste du lobe gauche du foie ou du rein. Quand il se développe vers l'abdomen, on doit faire le diagnostic avec les splénomégalies paludiques, tuberculeuses et leucémiques, mais, dans toutes ces hypertrophies, l'organe conserve à peu près sa forme et d'ailleurs les antécédents du malade, son état général et l'examen du sang suffiraient à résoudre le problème.

Quand le kyste se développe vers le thorax, on pourrait le confondre avec un épanchement pleural, si les antécédents, la forme de la matité et l'examen radioscopique n'étaient là pour lever tous les doutes.

Le pronostic est favorable : les 5 cas observés ont tous abouti à la guérison.

6° Kystes multiples de l'abdomen. — Nous désignons ainsi une forme de la maladie hydatique dans laquelle le mésentère, l'épiploon, le mésocôlon et d'autres organes de la cavité abdominale sont farcis de vésicules hydatiques de volume variable. Cette forme est relativement fréquente chez l'enfant; nous en avons observé 14 cas.

On a donné diverses hypothèses pour expliquer la formation de ces kystes multiples. On l'a attribuée :

1° Au développement exogène de vésicules au niveau d'un kyste unique. Cette théorie n'expliquerait pas la formation de kystes multiples dans divers organes à la fois.

2° A l'introduction de germes dans le péritoine par rupture d'un kyste, cette rupture se produisant soit accidentellement, soit à la suite d'une ponction. Cette théorie est basée sur l'observation clinique, comme le démontre la formation de kystes multiples après la rupture d'un kyste du foie, et aussi sur l'expérimentation, puisque divers auteurs (Lebedeff et Andreeff, Alexinsky, Garré, Devé), ont réussi à greffer sur le péritoine d'animaux non seulement des vésicules filles, mais même des fragments de membrane et

(¹) DIEULAFOY. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1900.

des scolex. Nous avons nous-mêmes pratiqué quelques expériences dans ce sens, mais toujours avec un résultat négatif.

3° Suivant une autre théorie, les kystes multiples seraient dus à l'ingestion d'une grande quantité de germes. S'il est vrai que la théorie de l'infection multiple est celle qui expliquerait le mieux à notre avis le développement de cette forme d'hydatides, il faudrait cependant admettre dans certains cas la greffe des éléments de la membrane germinative d'un kyste rompu ou la prolifération exogène d'un kyste primitif.

Les kystes multiples de l'abdomen ont un développement lent et graduel. On remarque chez les sujets qui en sont atteints une augmentation de volume de l'abdomen et de légères perturbations de la digestion. La palpation démontre que le ventre est plein de petites tumeurs généralement dures, de volume variable, mobiles ou fixes, disséminées dans l'abdomen tout entier ou bien occupant de préférence le petit bassin. La percussion donne un son mat à l'endroit où se trouvent groupés les kystes. Ceux-ci, quand ils occupent le petit bassin, se développent de préférence dans le cul-de-sac de Douglas chez la femme et dans le cul-de-sac recto-vésical chez l'homme; ils produisent généralement des phénomènes de compression, constipation opiniâtre et rétention d'urine qui peut dans certains cas — comme nous l'avons observé dernièrement — amener la dilatation des uretères et causer une véritable hydronéphrose. Le toucher rectal permet de se rendre compte de la situation, du volume et de la consistance des kystes. Quand ils sont disséminés dans l'abdomen tout entier, ils altèrent l'état général et peuvent produire une véritable cachexie hydatique. Nous avons pu constater, dans un grand nombre de cas, un contraste singulier entre le volume considérable du ventre et l'émaciation générale de l'individu. Le diagnostic présente sans nul doute ses difficultés, mais dans les pays où le kyste hydatique est fréquent, l'ensemble des éléments que nous avons indiqués suffit à dissiper tous les doutes.

Le pronostic est généralement grave, et l'on comprend qu'il doive en être ainsi si l'on songe à la difficulté d'extirper un aussi grand nombre de kystes. Dans les 14 cas d'enfants que nous avons rassemblés, il y eut 5 décès, soit 35 pour 100, 5 résultats douteux et 6 guérisons opératoires avec résultat définitif douteux parce que dans plusieurs de ces cas il ne fut pas possible d'extirper tous les kystes. Devé¹ soutient cependant qu'il ne faut pas se montrer aussi pessimiste; d'après lui, cette affection pourrait diminuer d'intensité et même guérir par un processus de guérison spontanée. Cette guérison spontanée est certainement exceptionnelle, puisque sur 26 malades (adultes et enfants) opérés jusqu'à 1901 à Buenos Aires, il y eut 10 décès, 9 guérisons opératoires, 5 améliorations, 2 cas restés stationnaires et 2 autres dont nous ignorons le résultat. Nous eûmes plus tard l'occasion d'observer quelques-uns de ces malades considérés comme guéris; leur état, loin de s'améliorer, avait empiré et ils succombèrent, après plusieurs interventions, aux progrès d'une véritable cachexie hydatique.

(¹) DEVÉ. De l'échinococcose secondaire. *Thèse de Paris*, 1901.

7° **Muscles et tissu cellulaire.** — L'embryon, c'est là un point généralement admis, est entraîné par le torrent circulatoire vers les muscles et le tissu cellulaire. D'après Most¹ et Gerulanos², il peut aussi émigrer directement en suivant les tractus conjonctifs qui accompagnent les gros vaisseaux (région carotidienne, triangle de Scarpa). Sur les 16 cas de notre statistique d'échinocoques des muscles et du tissu cellulaire, 8 se sont développés dans le cou, s'attaquant de préférence au muscle sterno-mastoïdien et à la région carotidienne. Les kystes musculaires se présentent sous la forme de tumeurs d'un volume variant depuis celui d'une amande jusqu'à celui d'une orange et même davantage; tantôt durs, tantôt rénitents, ils sont lisses, indolents, mobiles quand le muscle est au repos et immobiles pendant la contraction. Ces kystes peuvent, suivant la situation qu'ils occupent, produire des phénomènes de compression sur les nerfs, les vaisseaux, la trachée, etc.

8° **Orbite.** — L'orbite n'échappe pas non plus à la localisation du parasite, comme le démontrent les sept observations d'enfants que nous avons réunies. L'échinocoque se développe dans le tissu cellulaire de l'orbite et de préférence dans l'angle supéro-externe. Le premier symptôme qui se manifeste est une douleur locale, parfois assez violente pour empêcher le sommeil, douleur due, suivant les uns à la compression nerveuse et à l'altération des nerfs ciliaires, suivant les autres à des phénomènes glaucomateux secondaires. Un symptôme très important, c'est l'exophtalmie, qui est médiane quand le kyste est rétrobulbaire et latérale quand il est périglobulaire; dans ce dernier cas l'exophtalmie se produit du côté opposé au kyste. Le parasite, dans son développement progressif, détruit le globe oculaire et même les parois de l'orbite et peut quelquefois pénétrer dans le crâne ou dans l'antre d'Highmore. Le pronostic doit être réservé en ce qui concerne l'organe de la vision, car les kystes abandonnés à eux-mêmes produisent rapidement la phtisie oculaire. Quand on les extirpe à temps, la guérison s'obtient sans difficulté.

9° **Autres localisations.** — Les kystes hydatiques des os sont extrêmement rares chez l'enfant; nous n'avons observé qu'un cas de kyste des os du crâne³. Il s'agissait d'un petit malade de 10 ans qui se plaignait depuis six mois de vomissements et de céphalalgie généralisée. Quand nous le vîmes pour la première fois, il présentait des convulsions, des vertiges, de la mydriase et une névrite optique bilatérale. A l'autopsie on trouva un kyste gros comme le poing développé dans le diploé du pariétal droit.

Nous avons observé également un kyste hydatique du pancréas⁴ chez un jeune Français âgé de 14 ans qui présentait tous les symptômes de l'ictère chronique. A la palpation on sentait la vésicule biliaire dilatée et au-dessous d'elle une tumeur de limites diffuses. A l'opération nous trouvâmes un kyste hydatique du pancréas, de la grosseur d'une tête de fœtus, qui comprimait le cholédoque.

(¹) MOST. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, vol. XLVII, p. 590.

(²) GERULANOS. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, vol. XLVIII, p. 572.

(³) M. HERRERA VEGAS. Quiste hidatídico de los huesos del cráneo. *Revista de la Sociedad Médica Argentina*, 1899.

(⁴) Los quistos hidatídicos en la República Argentina. Observation 964.

Viñas¹ cite le cas d'une fillette de 10 ans atteinte de kyste hydatique du médiastin. L'affection avait débuté chez elle par une toux sèche coqueluchoïde; à son entrée à l'Hôpital des Enfants, la petite malade présentait les symptômes suivants: dyspnée intense, tirage, cornage; grand développement des veines du thorax, du cou et des membres supérieurs; matité occupant tout le sommet du poumon droit. La petite malade fut opérée par le D^r Castro et mourut peu de temps après l'intervention. A l'autopsie, on constata que le kyste, gros comme un œuf d'autruche, s'était développé entre la veine cave supérieure et l'aorte, comprimant les deux vaisseaux et le nerf pneumogastrique.

Dans notre statistique figurent également un kyste des ganglions lymphatiques du cou, un de la glande sous-maxillaire gauche et un autre du corps thyroïde.

10° **Traitement.** — L'inefficacité du traitement médical dans les cas de kystes hydatiques est prouvée aujourd'hui au point de n'être plus discutable; l'eau de mer, les mercuriaux, l'iode de potassium, le kamala ont fait leur temps. Il en est de même des traitements médico-chirurgicaux tels que l'électrolyse, la ponction, les injections médicamenteuses, etc. Tous ces procédés eurent autrefois leur raison d'être; ils ont exercé une action bienfaisante à une époque où les interventions les plus insignifiantes donnaient généralement des résultats désastreux. Aujourd'hui, grâce à la sécurité que donne la méthode antiseptique, grâce aussi à la pratique que l'on a acquise dans les interventions sur les viscères, le traitement chirurgical proprement dit est le seul que l'on doive employer. L'unique point en litige, c'est le choix à faire entre deux modes différents de traitement chirurgical: l'incision suivie de drainage, c'est-à-dire la marsupialisation, et l'extraction de l'échinocoque avec son contenu suivie de la suture de la membrane périkystique sans drainage.

L'incision suivie de drainage a été pratiquée, non sans quelques interruptions du reste, depuis l'année 1825, époque à laquelle Récamier incisait les kystes du foie après avoir provoqué des adhérences avec les caustiques. Bégin, en 1850, pratiqua le premier l'incision en deux temps, mais son procédé fut abandonné pour ne reparaitre qu'en 1876 entre les mains de Volkmann. Jusqu'à cette époque les chirurgiens redoutaient le danger de l'infection péritonéale et ils cherchaient tous à former des adhérences avant d'ouvrir le kyste. Cette crainte ne devait pas tarder à disparaître, et dès 1879 Lindemann pratiquait l'incision en un temps, méthode qui se vulgarisa rapidement et fut adoptée par la majorité des opérateurs.

L'incision en un temps suivie de drainage, c'est-à-dire la marsupialisation, se pratique aujourd'hui de la façon suivante: un premier temps dans lequel on arrive jusqu'au kyste au moyen de la laparotomie dans les kystes abdominaux, de la thoracotomie dans les kystes thoraciques, de la craniectomie dans les kystes cérébraux, etc. Le kyste une fois découvert, on

(¹) M. VIÑAS. *Trabajos de anatomía patológica*. Buenos Aires, 1901.

le vide avec un trocart, puis on l'incise et l'on extrait la membrane mère et les vésicules filles; on prend alors la membrane périkystique, qui est très épaisse dans le foie et mince dans le poumon, et on la suture à la paroi en laissant la cavité du kyste en contact direct avec l'extérieur et en plaçant un bon drainage.

L'extraction de la membrane mère et de son contenu suivie de suture sans drainage fut pratiquée pour la première fois par Thorton (1885); Bond qui, en 1891, employa ce procédé à plusieurs reprises, prétend que certains cas d'hydatides abdominales dans lesquels il est difficile d'amener la paroi du kyste à la superficie du corps peuvent être traités par l'incision et la réduction de la poche, pourvu qu'on ait la précaution de vider complètement la cavité. Billroth (1892) employa également ce procédé, mais en laissant dans la cavité une certaine quantité de glycérine iodoformée. Bobros (1894) pratiqua en Russie le procédé de Billroth, mais, à la suite d'un insuccès, il remplaça la glycérine iodoformée par une solution physiologique de sel. En Australie, cette méthode opératoire fut adoptée et pratiquée par Thompson (1894), Moore (1894), Hamilton Russell (1895), etc. Dans notre pays, elle a été vulgarisée par Posadas¹ et employée depuis par de nombreux chirurgiens; ayant eu nous-mêmes l'occasion de la pratiquer souvent, nous pouvons apprécier ses avantages et ses inconvénients.

Delbet², en France, a suivi, sous le nom de *capitonnage*, un procédé analogue qu'il a vulgarisé par de nombreuses publications.

Voici en quoi consiste ce procédé de la *suture sans drainage*: on commence par vider le kyste avec un trocart, puis on l'incise et l'on extrait avec des pinces la membrane et les vésicules; on sèche ensuite soigneusement l'intérieur avec de la gaze aseptique, on coupe les portions exubérantes de la membrane périkystique et l'on suture l'ouverture du kyste au moyen de points de catgut non perforants, laissant le moignon qui en résulte adhérent à la paroi pour pouvoir, si la poche suppurait, l'ouvrir et placer un drainage. Occlusion complète de la blessure opératoire.

A laquelle de ces deux méthodes doit-on donner la préférence? Sans aucun doute le procédé de la suture sans drainage serait le mode de traitement idéal; malheureusement il ne donne pas des résultats aussi satisfaisants que l'ont prétendu quelques auteurs. Quelquefois, en effet, la poche s'infecte, malgré toutes les précautions prises pendant l'intervention, et le malade risque de succomber. Il est vrai que dans la majorité des cas le kyste, quand il suppure, adhère à la paroi et la collection s'ouvre à l'extérieur spontanément ou artificiellement. Mais nous connaissons plusieurs cas de malades qui, traités par la suture sans drainage, succombèrent à une péritonite, à une embolie pulmonaire, à une pleurésie purulente, etc. On peut attribuer ces insuccès à l'infection de la poche kystique par l'intermédiaire des canaux biliaires ou des bronches qui ne sont pas toujours aseptiques. Viñas a démontré qu'il existe quelquefois des germes pathogènes dans la membrane périkystique de kystes à contenu limpide.

(¹) POSADAS. *Anales del Circulo Medico Argentino*, 1895.

(²) DELBET. Académie de médecine, 11 février 1893. — *Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 1896, n° 13.

La marsupialisation a l'inconvénient de produire quelquefois des suppurations prolongées et de causer en certains cas un épanchement de bile qui est généralement considérable chez les enfants. Heureusement ces complications n'entraînent pas de conséquences funestes; il est très rare que des malades atteints de kystes à contenu limpide traités par la marsupialisation aient succombé par infection ou par suite de la perte totale et continue de la bile. Dans toutes ces interventions il faut autant que possible respecter l'organe dans lequel s'est logé le parasite. On doit donc rejeter, comme étant inutiles et dangereuses, la splénectomie et la néphrectomie que quelques opérateurs ont pratiquées dans les kystes de la rate et du rein. Ces organes ont une trop grande importance pour qu'il soit permis de les supprimer à cause d'un simple kyste hydatique. Du reste les statistiques nous démontrent que ces opérations sont graves et qu'elles donnent une mortalité plus grande que la marsupialisation ou la suture sans drainage.

Conclusion :

1° Le traitement à choisir dans les cas de kystes hydatiques de l'abdomen et du thorax est la marsupialisation avec drainage. Le procédé de la suture sans drainage ne doit être employé qu'exceptionnellement, par exemple dans les cas de kystes petits, de contenu aseptique, et en ayant la précaution de laisser la poche adhérente à la paroi.

2° Dans les kystes cérébraux on doit avoir recours au procédé de la suture sans drainage, à cause des dangers que présente la perte de liquide céphalo-rachidien qui se produit facilement avec le drainage.

3° L'extirpation s'emploie seulement dans les kystes pédiculés de l'abdomen ou bien dans les kystes externes quand ils ne sont pas fortement adhérents à des vaisseaux ou à des organes d'importance.

4° Dans les cas de kystes avec contenu trouble ou suppuré, on doit toujours employer la marsupialisation et le drainage.