



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 78

LES KYSTES HYDATIQUES
DE LA MASSE MUSCULAIRE SACRO LOMBAIRE

Etude Clinique

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 19 Janvier 1923.

PAR

Pierre Edouard LANEY

Né à Réalville (Tarn-et-Garonne), le 15 Février 1895

Examineurs de la Thèse

{	MM. PRINCETEAU, professeur ...	} Président.	
	CHAVANNAZ, professeur....		
	ROCHER, agrégé.....		} Juges.
	DUVERGEY, agrégé.....		

BORDEAUX

IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES

8, Rue de Cursol, 8

1923



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923 — N° 78



LES KYSTES HYDATIQUES DE LA MASSE MUSCULAIRE SACRO LOMBAIRE

Etude Clinique

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 19 Janvier 1923:

PAR

Pierre Edouard LANEY

Né à Réalville (Tarn-et-Garonne), le 15 Février 1895

Examineurs de la Thèse	{	MM. PRINCETEAU, professeur...	Président.
		CHAVANNAZ, professeur....	Juges.
		ROCHER, agrégé.....	
		DUVERGEY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES
8, Rue de Cursol, 8



1923

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	ARNOZAN.	Clinique ophtalmologique....	LAGRANGE.
id.	CASSAET.	Clinique chirurgicale infantile	
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	et orthopédie	DENUCE.
id.	VILLAR.	Clinique gynécologique.....	BEGOUIN.
Pathologie et thérapeutique		Clinique médicale des mala-	
générales	CRUCHET.	dies des enfants	MOUSSOUS.
Clinique d'accouchements ..	RIVIERE.	Chimie biologique et médicale	DENIGES.
Anatomie pathologique et mi-		Physique pharmaceutique ...	SIGALAS.
croscopie clinique	SABRAZES.	Médecine coloniale et clin.des	
Anatomie	PICQUE.	maladies exotiques	LE DANTEC.
Anatomie générale et histolo-		Clinique des maladies cuta-	
gie	G. DUBREUIL.	nées et syphilitiques	W.DUBREUILH.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies des	
Hygiène	AUCHE.	voies urinaires	POUSSON.
Médecine légale et déontolog.	VERGER.	Clinique des maladies nerveu-	
Physique biologique et cliniq.		ses et mentales	ABADIE.
d'électricité médicale	BERGONIE.	Clinique d'oto-rhino-laryngol.	MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appli-	
Botanique et matière médicale	BEILLE.	quée	BARTHE.
Pharmacie	DUPOUY.	Hydrologie thérapeutique et	
Zoologie et parasitologie	MANDOUL.	climatologie	SELLIER.
Médecine expérimentale	FERRE.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie) — GUYOT (Pathologie externe) — LABAT (Pharmacie)
CARLES (Thérapeutique et pharmacologie) — PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie et embryologie....	N... N...	Médecine générale	GREYX.
Histologie	LACOSTE (chargé	id.	MICHELEAU.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale	LANDE.
Parasitologie et sciences na- turelles	R. SIGALAS (ch.)	Chirurgie générale	ROCHER.
id.	N...	id.	DUVERGEY.
Physique biologique et médic.	RECHOU.	Obstétrique	PAPIN.
Chimie biolog. et médicale...	N...	id.	PERY.
Médecine générale	MAURIAC.	Ophtalmologie	FAUGERE.
id.	LEURET.	Pharmacie	TEULIERES.
id.	DUPERIE.		N...

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Clinique dentaire	CAVALIE	Démonstrations et prépara-	LABAT. RANGIER. CREYX.
Médecine opératoire	VENOT.	tions pharmaceutiques	
Accouchements	FAUGÈRE.	Chimie	
Ophtalmologie	CABANNES.	Pathologie interne	
Puériculture	ANDERODIAS.		
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....		MM. ROCHER.	
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et		rééducation professionnelle	
		GOURDON.	

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE ET DE MON PERE

A MA TANTE — A MON ONCLE

A MA FAMILLE — A MES AMIS

**A MES CAMARADÈS DU CORPS DE SANTE
DE LA MARINE ET DES COLONIES**

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLOT

**MÉDECIN GÉNÉRAL DE 1^{re} CLASSE DE LA MARINE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE**

A MONSIEUR LE SOUS-DIRECTEUR

**A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE ET DES COLONIES**

**A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX**

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES LASSERRE
CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE BORDEAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR PRINCETEAU

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN HONORAIRE DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qu'il reçoive l'hommage de notre
profonde reconnaissance pour l'honneur
qu'il nous fait en acceptant la présidence
de notre thèse.

LES KYSTES HYDATIQUES

DE LA MASSE MUSCULAIRE SACRO LOMBAIRE

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études, nous tenons à apporter à nos Maîtres de la Faculté de médecine de Bordeaux l'expression de notre profonde reconnaissance pour les enseignements éclairés qu'ils nous ont constamment prodigués.

Nous tenons à remercier spécialement Messieurs les Professeurs Arnozan, Moussous, Pousson, Denucé, Le Dantec, Chavannaz, Guyot, Petges, qui ont principalement contribué à notre éducation médicale.

Dans la préparation de notre travail, nous avons trouvé auprès de Monsieur le Docteur Lasserre, chef de clinique des hôpitaux, un conseiller précieux. Qu'il veuille bien accepter ici l'expression de notre reconnaissance.

Nos remerciements tout particuliers iront à Monsieur le Professeur Princeteau, qui en nous faisant le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous a donné un témoignage de plus de sa bienveillance.

INTRODUCTION

Notre travail est basé sur l'étude de 26 cas de kystes hydatiques de la masse musculaire sacro-lombaire, que nous avons recueillis dans la littérature médicale. Certes notre idée première était de donner une étude d'ensemble des kystes hydatiques musculaires, car en moins de deux ans il nous a été donné d'observer trois cas de cette singulière affection. Mais notre travail eut été un essai peut-être malheureux parce que nécessairement superficiel, étant donné l'amplitude qu'il aurait méritée.

Est-il nécessaire de rappeler en quelques phrases l'histoire des tumeurs hydatiques du muscle ? Marguet, en 1888, fouillant à fond les annales de la Science médicale, et y joignant 25 cas inédits et 4 faits personnels, réunit 130 observations parmi lesquelles 15 cas de kystes hydatiques de la masse sacro-lombaire. Il mentionne en sous-ordre 75 faits dont 7 inédits qui « pourraient à la rigueur et pour des analystes peu scrupuleux, rentrer dans le même cadre ».

Plus récemment Behrendsen, Rosenthal, Muller, ont repris la question. Villard (1891), Bertèle (1897), se sont attachés à l'étude des kystes hydatiques musculaires de certaines régions. Gros (1898) ajoute 20 cas aux 130 cas de la thèse Marguet.

La lecture des travaux d'ensemble concernant la question, nous montre que, malgré la quantité considérable de kystes opérés, la littérature médicale est assez pauvre en kystes hydatiques musculaires; dès lors, on comprendra pourquoi chaque cas nouveau entraîne, étant donné sa rareté, un travail d'ensemble.

Herreras Vegas et Cramwell (1901), sur 970 kystes, qui constituent leur statistique globale, n'enregistrent pas un seul cas de kystes hydatiques musculaires. Guyot (de Bordeaux) traite la question des kystes hydatiques du sterno-cléido-mastoïdien au 26^e Congrès de chirurgie (Paris, 6-11 octobre 1913); Pedro Belou, à propos d'un cas personnel (1914) recherche les observations similaires parues dans les Revues sud-américaines de 1904 à 1912, et découvre sept cas d'échinococcose musculaire; une seule observation de Chutro (1912) concerne les muscles de la masse commune.

Aussi bien devant le nombre et la valeur des travaux concernant la question dans son ensemble, nous sommes-nous borné à envisager seulement les kystes hydatiques des muscles spinaux postérieurs. Cette étude nous a paru d'autant plus indiquée qu'il n'existe pas de travail réunissant les observations connues.



Grâce à l'amabilité du docteur Devé, que nous remercions bien sincèrement, et dont le nom reste attaché à l'étude de cette question, nous avons pu réunir les observations épar- ses de Domingo Prat Ribera y Sans Herrera Vegas y Daniel Cramwell. Nous leur ajoutons une observation inédite qui, par l'intérêt qu'elle présente, et par l'imprévu du diagnostic terminal, suffira, nous l'espérons, à donner à notre travail son cachet d'originalité.

Nous nous défendons de toute présomption, mais il nous semble que le diagnostic des tumeurs hydatiques des muscles est entouré de la plus grande obscurité, et que, suivant le mot de Marguet : « On peut compter presque autant

d'erreurs d'interprétation que de cas observés. » Les progrès de la technique du laboratoire nous permettent de mieux étayer qu'autrefois les probabilités cliniques, mais la difficulté n'en reste pas moins réelle lorsqu'on voit les hommes les plus recommandables par leur expérience consommée, prendre le change sur la nature de cette affection et inciser ce que quelques instants avant ils pensaient être un abcès froid, lié à l'évolution d'une tuberculose osseuse; peut-être n'est-il pas inutile de tenir leur esprit en éveil et de leur rappeler les moyens d'investigation clinique propres à éviter l'écueil.



GÉNÉRALITÉS

Nous entendrons par kystes hydatiques des muscles de la masse commune sacro-lombaire des collections développées dans les muscles sacro-lombaire, long dorsal et transversaire épineux, trouvant leur origine dans la localisation à ce niveau du parasite. Ces trois muscles qui occupent de chaque côté toute la longueur des portions lombaire et dorsale de la colonne vertébrale, sont réunis en bas en une masse musculaire, dite masse commune. La majorité de nos observations concerne des kystes développés dans ce puissant bloc musculaire. Dans l'obs. 1 la collection kystique anormalement développée, occupait toute la hauteur des spinaux du dos et les avait dissociés jusqu'à leurs insertions thoraciques, au moment où diminuant progressivement de volume, ils s'appuient sur les parties latérales des vertèbres, ou sur leurs annexes osseuses. Dans le cas particulier il était impossible de savoir si la lésion originelle était primitivement dorsale ou lombaire.

La notion de topographie des kystes étant définie, il convient d'envisager, non seulement les kystes enfouis au sein des muscles, mais ceux qui nés à la périphérie de la masse musculaire, ont une évolution plus superficielle. Une des observations de Marguet concerne un prétendu kyste du tissu cellulaire trouvant une origine beaucoup plus vraisemblable au niveau de l'aponévrose ou du muscle sous-jacent. Bien que cet auteur considère comme non musculaire tout kyste sus-aponévrotique, alors même qu'il présen-

terait une large base d'implantation sur la membrane fibreuse, nous pensons que la preuve anatomique est si difficile à établir, qu'il est de bonne logique d'englober dans l'étude certains kystes péri-musculaires présentant des rapports de continuité avec l'aponévrose et semblant nés à son niveau. Nous éliminons, cela va sans dire, les kystes à point de départ osseux (iliaque, vertébral, costal) ou cellulaires (kystes à point de départ péri-rénal (obs. Plauzon) (1), pour circonscrire notre travail dans le cercle restreint que nous nous sommes imposé.

*
**

En abordant une étude sur les kystes hydatiques musculaires, le lecteur sera peut-être surpris de ne pas trouver décrit tout ce qui concerne la description zoologique du *tœnia échinococcus*, de l'embryon hétérocanthe, de l'hydatide avec ses vésicules de générations différentes. Pourquoi envisager cette partie théorique et suivre dans le détail les transformations successives du parasite ? Nous nous plaçons uniquement au point de vue clinique et nous rappellerons seulement en quelques phrases brèves et nécessairement banales, ce que nous trouvons écrit dans les premières pages de tout travail sur les kystes hydatiques. Nous parlerons donc des caractères particuliers de l'hydatide développée dans les muscles et des causes qui semblent présider à cette localisation.

La voie suivie par l'embryon hétérocanthe pour arriver à son terminus musculaire semble encore obscure. Débarrassé de sa coque gélatineuse, l'embryon perce la tunique gastrique ou intestinale et pénètre dans les branches veineuses d'origine de la veine porte. De là cette prédilection marquée du parasite pour le foie. Mais le système porto-sus-hépatique peut être franchi et le parasite est embolisé dans le torrent circulaire. Dès ce moment il se localise, soit dans le poumon (premier obstacle), soit dans les viscères, soit dans

(1) PLAUZON, *Journal d'urologie*, 1919, page 165.

les os ou les muscles, sans qu'il soit possible de donner une raison certaine de cette localisation. Quelques auteurs (Van Beneden, Ballet) donnant des arguments d'ordre expérimental, admettent que l'embryon émigre par ses mouvements propres. Mais n'est-il pas surprenant de constater que loin de s'arrêter au niveau des organes, propres à l'héberger, le parasite puisse prendre un si long chemin pour trouver en définitive des conditions médiocres de développement.

*Fréquence des kystes hydatiques de la masse commune
sacro-lombaire*

Les kystes hydatiques musculaires ont été rencontrés dans toutes les régions superficielles ou profondes du corps (psoas iliaque par exemple), mais ils affectent pour certains muscles une prédilection marquée. C'est ainsi que les muscles le plus souvent atteints sont les adducteurs, les muscles spinaux, le quadriceps crural, les fessiers, le biceps, les pectoraux, le trapèze, le deltoïde. Puis, moins souvent intéressés ont été signalés le temporal et les muscles de la paroi abdominale.

Nous pensons qu'au point de vue de la fréquence de certaines localisations, il faut se rallier à l'opinion de Marguet et trouver dans son remarquable exposé les raisons de cette prédilection. Il nous est loisible de reconnaître que les muscles spinaux sont exceptionnels par le volume de leur masse et surtout par leur activité fonctionnelle. On ne peut contester ni la fréquence de leurs contractions, ni leur importance dans la statique de la colonne vertébrale, et dans les divers mouvements où ils sont constamment sollicités. Ce sont là, déclare Marguet, des raisons suffisantes pour expliquer la localisation des kystes hydatiques à leur niveau. L'hydatide trouve à leur niveau une région vasculaire dans laquelle son développement pourra s'effectuer.

Faut-il tenir compte de l'âge relativement précoce auquel surviendrait l'infestation parasitaire et considérer qu'il n'a

d'importance que par l'activité fonctionnelle des muscles qu'il entraîne. Nous relevons dans nos observations que le maximum de fréquence est compris entre 25 et 40 ans, mais nous nous garderons de conclusions hâtives. Il n'est pas permis, nous semble-t-il, de penser que la suractivité juvénile fonctionnelle constitue un argument sérieux en faveur d'une localisation élective.

Le rôle du traumatisme

Il semble que le traumatisme des muscles favorise l'arrêt des parasites à leur niveau. L'analyse de nos observations nous donne le résultat suivant :

Obs. n° 4. — Chute quelques mois auparavant au point où s'est développée la tumeur.

Obs. n° 5. — Un an avant l'apparition de la tumeur contusion dans la zone où le kyste s'est développé.

Obs. n° 11. — Traumatisme reçu plus d'un an avant l'apparition de la tumeur.

Obs. n° 15. — Traumatisme violent reçu sur la région lombaire un an avant l'apparition de la tumeur.

Obs. n° 17. — Traumatisme violent, début de la tumeur trois mois après.

Obs. n° 18. — Début deux ans après un coup violent porté sur la région lombaire.

Le traumatisme a donc été constaté dans 6 cas sur 26; il semble donc que réellement, on puisse établir une relation de cause à effet dans 24 % des cas entre le traumatisme et l'apparition de la tumeur, mais il est permis de supposer que bien souvent les observateurs ont négligé de poser la question et d'établir s'il y a eu traumatisme, quelle a été son importance, quelle a été sa localisation. Un intervalle en général assez long aurait été noté dans les observations démonstratives, entre le traumatisme et l'apparition de la tumeur.

Il y a longtemps que les auteurs ont été frappés du fait que les kystes hydatiques musculaires étaient précédés de

quelque violence extérieure. Nous oublierons les opinions un peu égarées qui faisaient du traumatisme l'agent efficient du kyste, pour ne citer que les plus autorisés :

Pour Marguet, lors d'un traumatisme, il y aurait dans le muscle contus des phénomènes de vaso-constriction, puis de vaso-dilatation. Dans la première, l'embryon serait arrêté; dans la seconde phase de trouveraient réalisées les conditions de fixation et de développement.

Il s'agirait pour Bertèle, d'hématomes consécutifs à des ruptures fibrillaires dans lesquels l'embryon extravasé se développerait.

Relevons le rôle localisateur du traumatisme sans pouvoir l'affirmer, mais sachons aussi que celui-ci n'agit pas toujours d'une façon univoque. Bien souvent le kyste existait déjà, insoupçonné et évoluait silencieusement, inclus dans le tissu musculaire. Dès lors le traumatisme « a eu pour résultat de le sortir de cette sorte de torpeur évolutive, pour lui imprimer un développement rapide qui le rend appréciable peu de temps après ».

Dans un certain nombre de cas le trauma a une influence décisive sur l'apparition de la tumeur; dans le plus grand nombre il imprime une brusque impulsion à un kyste préexistant, soit à la faveur d'une hyperémie passagère, soit par la dissémination des vésicules après rupture de la vésicule mère. Telle est la façon dont on peut résumer actuellement le rôle du traumatisme.

Caractères anatomo-pathologiques. — Variétés

Le volume des kystes hydatiques des muscles spinaux est variable. Il n'est pas rare de constater des tumeurs d'énormes dimensions. Nous relevons dans l'observation n° 18 l'appréciation suivante : « La tumeur a le volume d'une grosse tête d'adulte; elle occupe toute l'étendue de la région lombaire, et s'étend du bord inférieur de la douzième côte au bord inférieur du sacrum. Elle mesure de haut en bas 17 centimètres et 15 centimètres dans son diamètre

transversal. » Le plus souvent il s'agit de kystes moins volumineux; leurs caractères relèvent plutôt de l'examen clinique que d'une investigation opératoire ou nécropsique. Nous compléterons donc ces notions en temps et lieu.

Le kyste est loin de revêtir dans tous les cas la forme sphérique globuleuse, classiquement décrite. Denonvilliers disait : « Une tumeur musculaire régulière, à évolution plus ou moins lente, dure, est presque toujours un kyste hydatique. » Trélat ajoutait : « Dure et ronde » (L. Ombredanne). La configuration s'éloigne sensiblement de cette forme typique. Marguet, avec juste raison, pense que le kyste en s'accroissant, trouve des résistances plus ou moins faciles à rompre, qui modifient ses caractères primitifs. Aussi bien dans cette région para-vertébrale, où la complexité des plans musculaires défie toute dissection systématique, trouverons-nous dans les caractères des kystes d'innombrables variétés. Tantôt la tumeur superficielle aura une configuration irrégulière, bosselée, tantôt enfouie sous les muscles spinaux, elle les soulèvera régulièrement, en fuséau, peu accidentée en apparence, tandis qu'un cloisonnement fibreux modifiera sa cavité en un grand nombre de logettes.

Il semble que les dispositions anatomiques tiennent dans une certaine mesure sous leur dépendance la configuration du kyste et nous ne serons pas surpris de trouver des poches multiloculaires dont les cavités dissèquent la masse commune et rendent par ce fait même l'exérèse particulièrement délicate.

Toute vésicule hydatique se développant dans le muscle l'irrite, et détermine la formation d'une capsule de tissu conjonctif. Cette membrane adventice présente une consistance ferme et une épaisseur de $3/4$ millimètres. Due à la prolifération du tissu conjonctif interstitiel du muscle, elle est intimement unie aux fibrilles musculaires qu'elle *refoule* sans les *altérer*. Le tissu conjonctif inter-fasciculaire présente des vaisseaux néoformés et de nombreuses cellules

embryonnaires. Il s'agit donc d'une irritation chronique dont le résultat est une coque fibreuse compacte, au niveau de laquelle on peut observer des points d'incrustation calcaire (Bertèle).

La surface interne de la membrane adventice se clive facilement de la vésicule. On observe l'adhérence des deux membranes dans le cas de phénomènes inflammatoires ou de régression plus ou moins avancée de la collection kystique.

La vésicule habituellement sphérique au début, devient plus tard irrégulière. Elle se présente sous la forme de kyste simple, ou le plus souvent de kyste prolifère. Dans ce dernier cas les vésicules de première et deuxième génération peuvent devenir extrêmement nombreuses. On les trouve par centaines, par milliers, pressées les unes contre les autres, sans interposition de liquide. Nous verrons que le frémissement hydatique s'observera de préférence dans une paroi éventualité.

Parmi les observations colligées, nous n'avons pas relevé un seul fait de métamorphose régressive du kyste, processus de guérison spontanée que l'organisme paraît utiliser pour se débarrasser du parasite. Bien décrit par Bertèle, ce phénomène se traduit par une infiltration leucocytaire périkystique. La paroi de l'hydatide est dissociée. Le liquide clair devient opalescent; il s'épaissit et aboutit à la formation d'un magma résiduel butyreux, qui caractérise le kyste dégénéré.

Nous passons sous silence la suppuration du kyste qui trouvera mieux sa place à l'étude clinique.

L'étude de la configuration du kyste nous a appris que celle-ci rappelle dans une certaine mesure la disposition anatomique de la région où il s'est développé. Nous avons vu qu'il existait des kystes uniloculaires, mais que le plus grand nombre des collections développées au niveau des muscles spinaux présentaient de multiples prolongements. Tantôt les poches secondaires restent en communication avec la cavité centrale, tantôt les diverticules subissent un

étranglement dans l'ensemble, ces kystes reproduisent alors une disposition multiloculaire. On comprend aisément combien peuvent devenir graves les dégâts causés par ces kystes disséquants. « Leur propriété d'envahissement n'a d'égale que celle des anévrysmes », disait Cruveilhier. L'accroissement d'un kyste est irrégulier, ses prolongements contournent les surfaces osseuses, dénudent les lames vertébrales et irritent la plèvre, quand il siège au niveau de la région dorsale.

Lorsqu'un kyste hydatique est logé entre un muscle large et un os plat sur lequel le muscle s'insère puissamment et largement, on peut observer l'usure et la perforation totale de l'os (Marguet). Il n'est pas jusqu'au rachis au niveau duquel le kyste ne puisse poursuivre son œuvre de destruction. Dans le cas de Demoulin (obs. 43, thèse Marguet), le kyste développé sous les muscles spinaux, avait usé les corps vertébraux, et l'autopsie permit de découvrir des hydatides logées dans le canal rachidien. La même constatation est faite dans l'observation de Melier. « On voit une excavation assez large formée d'une part aux dépens des muscles écartés et comprimés, mais non détruits, et d'autre part des lames de 5 ou 6 vertèbres dorsales, qui sont manifestement érodées, usées, comme il arrive aux os qui avoisinent les anévrysmes et certaines autres tumeurs. » Dans ces deux cas, les malades étaient mortes après avoir présenté des phénomènes de paraplégie au niveau des membres inférieurs.

Nous sommes donc bien éloignés du pronostic bénin que Calandreau donnait des kystes hydatiques musculaires, dans sa thèse (Bordeaux 1919). Les faits cliniques indéniables prouvent que les kystes hydatiques développés au niveau des muscles spinaux peuvent se comporter vis-à-vis du plan osseux sous-jacent, comme des tumeurs envahissantes. Ce caractère particulier confère une gravité réelle à des kystes qui dans d'autres régions sont parfaitement tolérés, mais réclament dans le cas particulier un diagnostic précoce suivi d'un traitement chirurgical opportun.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Due à l'obligeance du Docteur Charles LASSERRE)

Kyste hydatique de la région lombaire droite. Marsupialisation. Guérison

M^{lle} G..., 35 ans, a été examinée pour la première fois le 25 mai 1922. Elle habite Bordeaux depuis de longues années. Sa taille est bien au-dessus de la moyenne; elle est fortement musclée et sa santé a toujours été excellente.

En février 1921, elle ressentit pour la première fois des phénomènes douloureux qui attirèrent son attention. Il s'agissait d'une gêne surtout accusée en fin de journée et intéressant les mouvements de flexion et d'extension de la colonne vertébrale.

En octobre 1921, la malade constate au niveau de la région lombaire droite une tuméfaction qui semble disparaître à certains moments. Elle ressent des douleurs plus vives qu'au début, surtout après avoir fatigué.

En même temps s'installent de nouveaux symptômes : toux sèche, quinteuse, sans expectoration, amaigrissement, qui amènent la malade à son médecin de famille. Elle lui fait part de ses craintes et celui-ci ayant l'attention attirée vers la colonne vertébrale, aurait paraît-il, pensé à une déviation scoliotique.

En mai 1922, le Docteur P... est consulté et nous adresse la malade avec le diagnostic probable de mal de Pott dorsal.

Etat actuel, 25 mai 1922 :

Dans la région para-vertébrale droite se trouve une vaste tuméfaction fusiforme empiétant sur la région sacrée et se prolongeant jusqu'à la région dorsale moyenne. Les contours en sont flous dans l'extension forcée de la colonne vertébrale et deviennent mieux délimitables dans le relâchement. Ce relief est d'une parfaite régularité. Il mesure en longueur 25 cm. et en largeur 10 cm. Le bord interne répond à la ligne des apophyses épineuses. Le bord externe aux limites latérales de la masse sacro-lombaire.

La peau est saine, elle se déplace normalement sur les plans sous-jacents. La tumeur est uniformément résistante et son exploration pratiquée en décubitus ventral donne l'impression de contenir du liquide sous tension, bridé par un surtout musculaire.

On arrive dans l'état de relâchement musculaire, à imprimer quelques mouvements latéraux de faible amplitude; la contraction bloque et durcit la collection.

La recherche du frémissement hydatique n'est pas pratiquée. On a l'impression d'une collection intra ou sous-musculaire.

La colonne vertébrale est explorée. Cliniquement, deux apophyses épineuses sont douloureuses (6^e et 7^e dorsales). Il y a une contracture localisée des spinaux, des deux côtés; enfin les mouvements de flexion, d'extension et d'inclinaison latérale du rachis sont limités et douloureux.

Une radiographie est pratiquée et confirme l'examen clinique. Le radiographe conclut après interprétation du cliché, à une lésion nette intéressant les 5^e et 6^e corps vertébraux.

Fort de cette opinion et après avoir remarqué nous-même quelques signes radiographiques pouvant être rapportés à une lésion vertébrale, nous pensons à un abcès ossifluent postérieur dû à un mal de Pott dorsal.

17 juin 1922 : Nous pratiquons, en présence du médecin traitant, une ponction évacuatrice, mais celle-ci est infructueuse. Une minime quantité de liquide très clair s'écoule, puis l'aiguille se bouche. Nous aspirons et nous retirons des débris de membrane hydatique. Dès lors le diagnostic s'impose et nous décidons une intervention sanglante.

17 juin, 17 heures : Incision de 20 cm, en pleine masse sacro-lombaire droite. Le bistouri traverse un plan musculaire d'une épaisseur de 1 cm. et libère après avoir ouvert une collection des milliers de vésicules qui, pressées, se dispersent sur le champ opératoire. Elles sont de dimensions diverses allant de la grosseur d'un pois à la grosseur d'un petit œuf de poule.

La poche est disséquée et se montre comme constituée par trois ou quatre cavités secondaires qui fusent vers le haut et en profondeur. Une de celles-ci s'enfonce en pleine masse sacro-lombaire jusqu'au contact du sacrum.

Trois apophyses épineuses sont dénudées (5^e, 6^e et 7^e vertèbres dorsales). L'exploration de la membrane adventice la montre comme se prolongeant vers le haut jusqu'au plan intercostal qu'elle comprime, mais sans le perforer.

Nous pratiquons la marsupialisation du kyste avec drainage, après avoir formolé la poche et lavé sa cavité à l'éther.

Les suites opératoires ont été bénignes et la malade s'est levée au vingtième jour. Elle a éliminé pendant un mois des vésicules puis la cicatrisation s'est opérée. Trois mois après l'opération, issue de quelques vésicules par un trajet fistuleux. Injection d'éther dans ce trajet. Une radiographie pratiquée à ce moment ne décèle pas de lésion osseuse. L'examen radioscopique des poumons démontre que le cul-de-sac costo-diaphragmatique présente sa profondeur normale.

Janvier 1923 : Nous avons vu la malade il y a quelques jours, la cicatrisation est complète.

OBSERVATION II (Obs. 45, thèse MARGUET)

Kyste hydatique de la région lombaire

L... Antoine, 31 ans, constate en 1876, pour la première fois, sur la remarque qui lui en fut faite par un de ses amis, la présence d'une petite tumeur dans la région lombaire droite au-dessus de l'articulation sacro-iliaque. Grosseur d'une noix, tumeur résistante sur laquelle la peau glisse avec facilité.

De 1876 à 1878, pas d'augmentation de volume.

De 1878 à 1893, augmentation progressive. En 1883, gêne dans la région lombaire. De 1885 à 1887, la tumeur conserve le même volume, cependant depuis 1885 le malade se plaint de ressentir des formillements, des picotements de pointe d'aiguille, notamment à la partie inférieure de cette tumeur. Il ressent un peu de douleur en ce point, surtout après avoir fatigué.

En octobre 1886, pleurésie gauche. En décembre 1886, douleurs dans tout le côté droit. Pas de troubles de la sécrétion urinaire. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. La tumeur de la région lombaire est considérée par le médecin traitant comme étant un lipome.

4 février 1887 (la tumeur est représentée sur la planche 4 de la thèse de Marguet) au niveau de la région lombaire droite, vaste tuméfaction empiétant un peu sur la région sacrée. Contours nets s'accusant davantage dans l'extension forcée de la colonne vertébrale, en même temps que la tuméfaction devient plus globuleuse. Le relief semi-ovoïde n'est pas d'une régularité parfaite; il accuse de très légères dépressions, que l'extension accentue sensiblement.

Dimensions : pôle supérieur, pôle inférieur, 0 m. 18. Transversalement, 0 m. 13; relief, 0 m. 35. Pôle supérieur répond à la 9^e côte. P. I. à 0,03 au-dessous de la crête iliaque. Bord interne se trouve à 0,02 des apophyses épineuses. Le bord externe est limité par une ligne verticale passant par l'angle inférieur de l'omoplate. Peau saine, mobile; tumeur lisse uniformément résistante; fluctuation profonde dans l'état de relâchement musculaire. La fluctuation disparaît si les muscles sont en état de tension. *Frémissement hydatique*.

Rien au niveau de la colonne vertébrale. Le diagnostic clinique est évident. On conclut en raison de la forme de la tumeur de sa consistance, des caractères d'intensité du frémissement hydatique à un kyste hydatique. Le kyste siège au milieu des muscles de la masse sacro-lombaire, car il est modifié par l'état de contraction et de relâchement de ceux-ci.

Ce kyste a été traité par ponction, mais sans succès. Quelques

jours après a été pratiquée, sous anesthésie locale, une incision au thermocautère de 45 m/m, traversant peau, tissus cellulaires et muscle sacro-lombaire, sur une épaisseur de un centimètre.

Minime quantité de liquide séro-purulent. 180 hydatides dont l'expulsion est favorisée par des pressions exercées sur la tumeur. La poche est lavée à l'eau phéniquée à 1 %. Drainage.

Le pansement est renouvelé les jours suivants. Chaque fois de nouvelles vésicules sortent de la poche.

Le 3 juin, persistance d'un trajet fistuleux de 4 cent. dans lequel on injecte de la teinture d'iode dans le but de modifier la paroi et de tarir la suppuration. Le 3 juillet, guérison, *cinq mois après l'intervention.*

Au point de vue anatomo-pathologique, la configuration était irrégulière, plusieurs poches ou loges convergeaient vers la partie centrale. La paroi était inégale et rugueuse. Dans l'intérieur des kystes se trouvaient des tractus fibreux formant un lacis aréolaire. La paroi profonde du kyste reposait sur un plan musculaire. La paroi superficielle était en connexion intime avec les muscles.

En résumé, kyste relativement superficiel. Diagnostic évident, frémissement hydatique caractéristique. Marsupialisation. Guérison.

OBSERVATION III (Obs. 46, thèse MARGUET)

Kyste hydatique suppuré de la région lombaire droite. Injection de blanc de balcine. Extirpation par dissection de la poche. (Résumé).

D... Julie, 41 ans, domestique, entre à l'hôpital le 15 juillet 1885. Le début remonte à huit ans. La malade aurait éprouvé de la gêne à se baisser à la suite d'un effort violent.

En 1878, elle remarque une tuméfaction de la région lombaire droite de la dimension d'un petit œuf de poule. Pendant deux ans la tumeur reste stationnaire. Depuis cinq ans, elle augmente progressivement de volume, mais beaucoup plus rapidement pendant les derniers mois.

Le 15 juillet 1885 la tumeur fait dans la région lombaire droite une saillie arrondie à peu près régulièrement hémisphérique et mesurant verticalement 17 centimètres, transversalement 20 centimètres. L'extrémité supérieure correspond au rebord des fausses côtes, l'inférieure descend jusqu'à la crête iliaque. Par son bord gauche elle se limite exactement sur la ligne médiane qu'elle ne dépasse pas. A droite, elle est moins nettement limitée par un bord qui arrive jusqu'à une ligne verticale correspondant à la partie moyenne des fausses côtes. La peau est distendue, sans rougeur, mais un peu variqueuse et peut être facilement dépliée. Fluctuation nette. Pas de frémissement hydatique. Immobilité sur les parties profondes. La tumeur paraît sous-jacente au feuillet superficiel de l'aponévrose lombaire.

La pression n'éveille pas de douleurs vives, mais la malade accuse une sensation de torsion exagérée. Difficulté à marcher, à se baisser, à porter un fardeau. Œdème variqueux du membre inférieur droit, amaigrissement sensible depuis trois mois.

Le 20 juillet 1885, sous anesthésie générale, ponction : issue d'un liquide purulent contenant des hydatides. La poche est vidée puis lavée à l'eau phéniquée. On l'injecte à son intérieur de blanc de baleine fondu. Le lendemain, nouvelle intervention. La poche remplie de blanc de baleine est soigneusement disséquée. Cavité sous-aponévrotique, reposant sur la face postérieure du muscle carré des lombes. Prolongement profond allant au voisinage des lames vertébrales. Le volume de la tumeur injectée est supérieur à celui d'une tête fœtale à terme. Réunion partielle après lavage à une solution phéniquée. Le 26 juillet, suture primo secondaire.

15 septembre, cicatrisation complète. 3 octobre, guérison.

M. Pozzi avait pensé avant l'opération qu'il se trouvait en présence d'un abcès froid. Le résultat inattendu de la ponction opératrice est venu fixer ses idées sur la nature intime de la collection liquide dont le mode opératoire fut du même coup modifié.

OBSERVATION IV (Obs. 47, thèse MARGUET)

Kyste hydatique de la masse sacro-lombaire. Extirpation probablement incomplète. Cicatrisation. Production d'un fibrome embryonnaire au voisinage du kyste récidivé.

M^{me} P..., 27 ans, se présente dans le courant du mois de juin 1884 à la consultation de l'hôpital Necker pour se faire guérir d'une tumeur de la région du dos.

A la fin de l'année 1883, chute dans un escalier. La malade a dégringolé plusieurs marches, la région lombaire gauche a porté sur l'arête vive de l'une d'elles. Après ce traumatisme qui a porté sur le point précis où siège la tumeur actuelle, a apparu une tuméfaction qui est devenue plutôt gênante par son volume que douloureuse.

Au niveau de la région para-vertébrale gauche, en un lieu correspondant à la pointe de l'omoplate, mais assez rapproché des apophyses épineuses, se trouve une tuméfaction dont la convexité représente le relief d'un demi-citron, la périphérie se confond avec les parties voisines. La peau est normale, elle glisse sur la tumeur. Celle-ci est nettement fluctuante dans tous les sens, adhérente au plan profond. Il n'y a pas de frémissement hydatique à son niveau, mais elle est immobilisée par la contraction musculaire.

L'intégrité du système osseux, l'état exceptionnellement florissant du sujet, l'absence absolue d'antécédents pathologiques, ont fait rejeter l'hypothèse d'un abcès froid. La netteté de la fluctuation, le caractère lisse et l'homogénéité de la tumeur, ne permettaient pas non plus de penser à l'existence d'un lipome.

On propose le diagnostic de kyste hydatique de la masse sacro-lombaire gauche et l'on propose une intervention qui est acceptée.

Sans anesthésie, car la malade refuse de se laisser endormir, incision parallèle à la colonne vertébrale, dans le sens du grand axe de la tumeur. Section de la peau, du tissu cellulaire, des muscles; on tombe sur la poche kystique. Elle est d'abord assez faci-

lement disséquée, puis ouverte. Un grand nombre de vésicules s'échappent de la cavité. On enlève la partie profonde de la poche encore adhérente aux muscles. Antisepsie de la plaie à la gaze iodoformée. Réunion par première intention. Au bout de 15 jours cicatrisation complète.

Un an après, au lieu et place de la cicatrice se trouve une tumeur du volume d'un gros œuf. On pense à une récurrence. L'excision est pratiquée. Diagnostic histologique : fibrome fasciculé.

OBSERVATION V (Obs. 48, thèse MARGUET)

Kyste hydatique de la région lombaire gauche

Z..., 45 ans, entre le 4 mars 1882 à l'hôpital de Montpellier pour une tumeur de la région lombaire gauche. Il y a quatre ans, il glissa sur la neige et se contusionna le côté gauche, à l'endroit où se trouve présentement la tumeur. A la suite de cette chute il garda le lit pendant un mois.

Un an après cet accident, la tumeur fit son apparition, grossit peu à peu, devint gênante et amena le malade au chirurgien qui conseilla l'hospitalisation.

Tumeur de la masse sacro-lombaire gauche, du volume d'un gros œuf de dinde. Indolente et ne gênant que par ses dimensions. Peau saine, mobile, normale. Fluctuation évidente et pas de frémissement hydatique. Point douloureux au niveau de la dernière fausse côte, d'où le diagnostic *d'abcès par congestion*.

Intervention. Après incision de la peau et de l'aponévrose lombaire, on tombe sur la poche qui contient trois hydatides. Nettoyage de la cavité, drainage. Pansements antiseptiques. Après cinquante jours, cicatrisation à peu près complète. Deux mois après, guérison.

OBSERVATION VI (Obs. 49, thèse MARGUET)

Kyste hydatique de la région lombaire droite

Cette observation rapportée par Sédillot, concerne une jeune fille de 20 ans, portant une tumeur assez volumineuse dans la

région lombaire droite. La santé n'était en rien altérée. La tumeur s'était considérablement accrue depuis un an, elle était devenue le siège d'élancements insupportables. Bien circonscrite, normale à son niveau.

On crut d'abord à un abcès, mais l'examen plus approfondi fit voir que la collection siégeait sous les parties tendineuses et aponevrotiques du muscle transverse. Incision. Au premier coup de bistouri sort en jet un liquide très limpide et bientôt se présentent à l'ouverture des pellicules blanchâtres et sphéroïdes. Une hydatide sort d'abord. Elle est suivie d'une foule d'autres hydatides de différentes grosseurs. Les jours suivants, issue d'une douzaine d'hydatides. La malade, ajoute l'auteur, guérit complètement en peu de temps.

OBSERVATION VII (Obs. 50, thèse MARGUET)

D..., âgé de 65 ans, présente depuis deux ans des douleurs vagues dans la région lombaire. Quelques mois après, légère tuméfaction dans ce point.

Au moment de l'examen, modification grave de l'état général. Amaigrissement, perte de l'appétit, diarrhée. Dans la région lombaire droite on remarque une tumeur oblongue située transversalement et bilobée. Volume : œuf de dinde. La peau qui la recouvre a sa coloration normale. Fluctuation évidente, quoique le liquide qu'elle renferme paraisse séparé de la peau par une couche musculaire d'une certaine épaisseur. Aucun point douloureux sur les apophyses épineuses.

Le diagnostic clinique est celui d'abcès-froid. La ponction donnant un flot de sérosité argentine; on fait alors le diagnostic de kyste hydatique. Cette opinion est corroborée par le fait que l'écoulement s'arrête brusquement.

Incision de 6 centimètres. Issue d'environ la valeur d'un verre d'hydatides de volume variant entre un grain de maïs et une cerise. L'exploration à l'aide du doigt confirme la position profonde du kyste, ainsi que sa nature intra-musculaire.

Les jours suivants, la suppuration s'établit, entraînant à chaque pansement quelques débris d'hydatides.

Le malade sort de l'hôpital incomplètement guéri. Contre toute attente l'auteur revit son malade quelques mois après, parfaitement cicatrisé. Il apprit qu'à la sortie de l'hôpital le cortège des accidents que le malade avait présenté avait progressivement disparu. Seules quelques hydatides s'étaient encore éliminées par intervalle.

OBSERVATION VIII (Obs. 51, thèse MARGUET)

Homme de 34 ans, entré dans le service du professeur Nélaton pour une tumeur volumineuse de la région sacro-lombaire gauche. Cette tumeur située immédiatement au-dessus de la crête iliaque, venant recouvrir par son bord interne la série des apophyses épineuses des vertèbres lombaires, offre à peu près le volume de deux poings réunis. Elle a une forme presque hémisphérique. Ses limites sont diffuses. La peau qui la recouvre conserve sa coloration normale, et le tissu cellulaire sous-cutané est sain. Sa consistance est assez ferme, mais on y perçoit une fluctuation manifeste.

Le début de cette tumeur remonte à six ans, elle est restée longtemps stationnaire, puis elle a pris un développement rapide surtout pendant ces derniers dix-huit mois. Elle a toujours été indolente jusqu'à ces derniers temps; il y a 15 jours elle est devenue un peu douloureuse, et c'est là ce qui a décidé le malade à se faire traiter.

L'idée d'un abcès par congestion est rejetée, eu égard à l'excellent état de santé du malade, et à l'absence de toute lésion osseuse.

La constatation très nette du frémissement hydatique par la percussion établit le diagnostic de kyste hydatique. Quant au siège tout portait à penser que la tumeur s'était développée dans la masse commune des muscles sacro-lombaire et long dorsal.

L'opération a été pratiquée et a confirmé en tous points le diagnostic clinique, car il est sorti par la brèche une trentaine d'hydatides.

On n'a aucun renseignement sur les suites de l'opération.

OBSERVATION IX (Obs. 52, thèse MARGUET)

I..., 26 ans, est pris le 1^{er} mai 1881 d'une vive douleur dans le côté gauche de l'abdomen, au niveau du carré des lombes, douleurs intermittentes et variables comme intensité.

Au commencement d'août, après une période d'accalmie, réapparition de la douleur très aiguë dans la région lombaire gauche. Elle dure 15 jours, après lesquels le malade constate pour la première fois une légère tuméfaction qui demeure stationnaire et sans le gêner jusqu'en septembre.

Le 7 novembre, le patient se présentait maigre, pâle, très affaibli. A l'examen physique de la région malade, on constatait au-dessous de la 12^e côte, dans la région lombaire gauche, et à quelques centimètres en dehors de la colonne vertébrale, une tuméfaction franchement fluctuante. On fit immédiatement l'incision de l'abcès, donnant ainsi une large issue à une grande quantité de pus. Drainage, pansement à l'iodoforme.

Le 27 novembre, la température s'élève à 38°. La suppuration devient plus abondante; enfin le 7 décembre, en enlevant le pansement, on trouve sous celui-ci une hydatide du volume d'un œuf d'autruche.

Lentement, à mesure que l'état général s'améliorait, le patient s'achemina vers la guérison. De sorte que le 1^{er} avril, la cavité fistuleuse était tout à fait cicatrisée. Durée du traitement : six mois.

OBSERVATION X (Obs. 53, thèse MARGUET)

Kyste hydatique de la région lombaire gauche

Delpèch rapporte qu'un raffineur sentit dans la région lombaire gauche, à la suite d'un effort, une douleur qui cessa pour se reproduire quelque temps après. Bientôt un gonflement apparut, puis une tumeur franchement fluctuante. Une ponction exploratrice donna issue à des fausses membranes qui ne laissèrent pas de doute sur la nature hydatique de la tumeur.

On incisa largement et l'on découvrit d'abord du pus infiltré

dans les muscles, puis une vaste poche pleine de pus et d'hydatides.

OBSERVATION XI (Obs. 54, thèse MARGUET)

Kyste hydatique de la région sacro-lombaire

Un homme d'une constitution robuste, avait vu se développer à la suite d'un traumatisme reçu plus d'un an auparavant, une tumeur située dans la région lombaire-gauche. Le diagnostic était douteux et on avait cru à une tumeur solide. L'ablation complète de la tumeur fut pratiquée et on reconnut alors qu'il s'agissait d'un kyste hydatique multiloculaire développé dans l'épaisseur du muscle sacro-lombaire.

OBSERVATION XII (Obs. 55, thèse MARGUET)

Kyste hydatique de la région dorso-lombaire

M. R... vient consulter pour une tumeur qu'elle porte dans la région dorso-lombaire et qu'elle croit provenir de la colonne vertébrale. A l'examen on constate une tumeur siégeant dans la masse sacro-lombaire. On croit à un lipome. Une ponction est pratiquée, un liquide clair s'en écoule. La plaie est alors élargie et laisse couler un nombre considérable d'hydatides. La tumeur se prolongeait dans les muscles extenseurs de la colonne vertébrale et n'avait aucun rapport avec les côtes.

OBSERVATION XIII (Obs. 56, thèse MARGUET)

Kyste hydatique sacro-lombaire

E. B..., âgée de 37 ans, entre à l'hôpital pour une tumeur qui siège dans la région lombaire à gauche de la colonne vertébrale. La tumeur a débuté en 1880. A cette époque un chirurgien l'a ouverte et vidée. En février 1885, elle entre à l'hôpital pour la seconde fois. Son état est grave. Sa jambe gauche est complète-

ment paralysée. Le 13 mars, un chirurgien ouvre cette tumeur lombaire d'où s'échappent des hydatides de différentes tailles. L'enveloppe kystique était très épaisse et paraissait s'étendre depuis le sacrum jusqu'à la première vertèbre lombaire. La cavité du kyste est remplie d'une solution iodoformée.

Dans les jours qui ont suivi l'intervention, des kystes nombreux sont sortis de la cavité. Le 1^{er} avril la malade mourait.

L'examen nécropsique montrait un kyste situé dans la substance même du muscle long dorsal. Un kyste adjacent et plus petit s'ouvrait dans le précédent, et s'étendait jusqu'à la symphyse sacro-iliaque qui était complètement nécrosée. La 5^e vertèbre lombaire était en partie détruite et son corps et ses lames renfermaient beaucoup de kystes hydatiques.

Nous pensons, dans le cas particulier, qu'il s'agissait plutôt d'un kyste hydatique de la colonne vertébrale à évolution musculaire.

OBSERVATION XIV (Obs, 57, thèse MARGUET)

Kyste hydatique dorso-lombaire

M. Chance a soigné à l'infirmerie métropolitaine, une femme qui présentait dans la région dorso-lombaire une énorme tumeur. On crut d'abord avoir affaire à un abcès lombaire, mais l'absence de symptômes inflammatoires fit écarter cette idée. La fluctuation fut évidente pendant quelque temps, mais la malade ayant refusé la ponction, une ouverture ulcérée se produisit spontanément. Le jour suivant, on aperçut à travers la plaie, une membrane blanchâtre qui enveloppait un kyste hydatique. Par la pression, une quantité considérable d'hydatides de la grosseur d'un œuf à celle d'un pois, s'échappa. Les hydatides étaient transparentes et évidemment vivantes. Cette tumeur était en connexion intime avec le tissu conjonctif intra-musculaire et ne communiquait avec aucun organe interne.

OBSERVATION XV (Obs. 58, thèse MARGUET)

E. G..., agent de police, 57 ans, reçut il y a environ 18 ans, dans le service, un violent coup sur le dos qui le fit souffrir considérablement. Un an après, tumeur du volume d'un œuf au-dessus de la crête iliaque. Peu après, une autre tumeur se forma au-dessus de la première et s'étendit jusqu'à la dernière côte. La pression du ceinturon le fait considérablement souffrir.

1^{er} mai 1883 : Incision depuis la dernière côte jusqu'à la crête iliaque. Tumeur profonde intra-musculaire. Ouverture du kyste. Hydatides nombreuses de grosseur variant d'un pois à une prune. En introduisant le doigt, le chirurgien a reconnu que les deux tumeurs communiquaient ensemble. Injection d'une solution iodée. Au microscope, on voit de nombreux échinocoques avec leurs crochets.

Malade en bonne voie de guérison.

OBSERVATION XVI

(Rapportée dans la thèse de MARGUET et due au Docteur
DUMONT-PALLIER)

M^{me} de L..., 40 ans, eut connaissance au commencement de l'année 1880, d'une tumeur siégeant dans la région lombaire droite. Au commencement de juin elle s'aperçut que les promenades et les occupations de son intérieur étaient suivies d'une grande fatigue.

Le 25 octobre, une ponction est faite et donne issue à un liquide clair comme de l'eau de roche. Cette ponction diminue pour un temps le volume de la tumeur qui se représente quelque temps après avec les mêmes symptômes.

En décembre 1884 cette patiente présente une tumeur du volume des deux poings dans la région lombaire, plus rapprochée du bord externe du muscle carré des lombes que de la colonne vertébrale. La peau était normale. La tumeur était manifestement sous-aponévrotique, assez ferme et nettement fluctuante.

M. Dumontpallier pratiqua une ponction suivie de drainage: par l'orifice sortit, trois semaines après l'intervention, une membrane kystique altérée. L'examen du liquide restant encore dans le kyste permit de reconnaître la présence de crochets.

OBSERVATION XVII (Obs. 2, thèse GROS)

TÉDENAT, *Montpellier Médical*, 1892, § I)

Kyste hydatique des muscles de la masse commune

Albert M..., 18 ans, entré le 18 octobre 1891 pour un kyste hydatique développé dans les muscles de la masse commune un peu au-dessous de la partie moyenne de la 12^e côte. Début il y a trois mois après un traumatisme violent, par une douleur au niveau de la région lombaire gauche. Actuellement, tumeur siégeant au-dessous de la partie moyenne de la 12^e côte, enfoncée dans les masses musculaires et ne présentant ni frémissement, ni véritable fluctuation. Les muscles la fixent en se contractant.

Le diagnostic est incertain, on élimine l'hypothèse d'une rupture musculaire, d'une hernie musculaire, d'un hématome, d'un abcès froid symptomatique, d'une lésion costale ou vertébrale. On pense en dernière analyse à une tumeur solide, fibrome ou enchondrome développée aux dépens des muscles ou de leurs fibres d'insertion, ou au milieu d'une apophyse transverse lombaire. Mais l'hypothèse d'un kyste hydatique n'est pas envisagée.

Une ponction reste sans résultat. La tumeur est extirpée en totalité le 20 novembre. Elle avait la forme et les dimensions d'un gros cocon de ver à soie. La poche était formée d'une membrane adventice fibreuse épaisse de 1 m/m, sur laquelle s'implantaient quelques fibres musculaires.

A sa face interne étaient plaquées les lamelles concentriques, stratifiées, anhystes de la membrane mère portant quelques rares et menues vésicules filles.

OBSERVATION XVIII (Obs. 20. thèse GROS)

Kyste hydatique de la région lombaire à la suite d'un traumatisme violent. Suppuration du kyste. Opération. Guérison

M^{me} B..., 51 ans, reçut vingt ans avant un traumatisme violent au niveau de la région lombaire. Cette région devint le siège d'une douleur assez vive à environ 3 cm. à droite de la colonne vertébrale, un peu au-dessus de l'articulation du sacrum avec la dernière vertèbre lombaire.

Deux ans après l'accident, la malade en s'habillant, sentit dans la zone antérieurement traumatisée, une petite grosseur lui rouler sous les doigts. Celle-ci n'était pas douloureuse et paraissait indépendante de la peau et du plan profond.

La lésion reste à peu près stationnaire pendant dix ans. Elle s'accompagne de gêne à l'occasion de mouvements de flexion et d'extension de la colonne vertébrale. Vers l'âge de 47 ans, période de la ménopause, la malade remarque que la tumeur augmente rapidement de volume. Elle acquiert, un an après, la grosseur d'une tête d'enfant. Un médecin appelé à ce moment hésite entre un lipome et un abcès froid, mais conseille d'attendre. La tumeur acquiert le volume d'une tête d'adulte.

La malade présente, pendant l'hiver 1884-85, des signes non douteux de suppuration. Le docteur Redard, appelé pour opérer la malade, pense à un abcès froid. Une large incision cruciale découvre une poche qui, ouverte, donne immédiatement issue à un flot de pus assez liquide renfermant une grande quantité de vésicules hydatiques. La paroi kystique adhère à la masse sacro-lombaire dans laquelle elle a pris naissance. Elle est extirpée en totalité. Suture partielle. Drainage.

La malade était guérie quelques jours après. Le liquide de la tumeur contenait de très nombreux crochets et l'examen des vésicules ne permettait pas de douter de sa nature hydatique.

OBSERVATION XIX

(HERRERA VEGAS et Daniel CRAWWELL. Losquites hydatídicos en la Republica Argentina, Buenos-Ayres, 1901)

Obs. 849. — Homme, 47 ans, kyste hydatique de la région lombaire. Traitement, extirpation, guérison. Entré le 6 avril 1892, sorti le 21. Il y avait compression du plexus lombaire. (Hôpital des Cliniques, 1892).

Obs. 886. - Femme, 27 ans. Kystes hydatiques suppurés du tissu cellulaire de la région lombaire gauche. Extirpation, guérison.

Entrée le 21 novembre 1900. La maladie datait d'un an et demi. Une nuit, la patiente aurait senti un point de côté à gauche (région lombaire), à la hauteur de la 3^e vertèbre lombaire. Peu de temps après elle avait constaté plusieurs « duretés » à ce niveau.

Six mois plus tard, elle remarqua une tumeur du volume du poing. Plusieurs médecins qui virent la malade pensèrent à un mal de Pott. A son entrée, la malade, malingre, anémique, présentait dans la région lombaire gauche plusieurs petites tumeurs de volumes divers, la plus grande du volume d'un œuf de pigeon, rénitentes, fluctuantes, non douloureuses, et par dessous une nouvelle tumeur du volume du poing, légèrement douloureuse et fluctuante. Un peu de douleur à la pression de la colonne vertébrale. On pratique plusieurs ponctions qui toutes restent négatives, sauf une, qui donne issue à du pus bien lié et à une membrane transparente.

A l'examen microscopique, ni bacilles de Koch, ni crochets.

Opération le 15 décembre 1900. On extrait tous les kystes développés au-dessus de l'aponévrose et dont le point de départ était le tissu cellulaire. Ces kystes étaient suppurés.

OBSERVATION XX (Domingo PRAT)

(Observations publiées dans le journal *Revista de los Hospitales*, Montevideo, Agosto, 1913, pages 443-484).

1° Page 443. — Des deux cas de kyste hydatique de la région lombaire, l'un d'eux simule parfaitement une hernie du triangle de Jean-Louis Petit. Ce cas est publié en détail dans la même Revue.

L'autre cas fut diagnostiqué parce qu'il présentait le frémissement hydatique, unique signe qui permit de faire fermement le diagnostic. Dans les deux cas la guérison se produisit rapidement à la suite d'une simple évacuation des kystes et drainage transitoire.

2° Page 484. — Kyste hydatique de la masse sacro-lombaire. Marsupialisation, guérison.

Femme de 23 ans, présentant depuis six ans une tumeur du volume d'une orange dans la masse sacro-lombaire gauche. Il n'y a pas eu de douleurs pendant toute cette période, sauf depuis environ cinq mois. Il y a deux ans, on lui ouvrit une tumeur semblable un peu plus haut. Il en sortit du sang et du pus.

A l'examen il existe dans la région lombaire une tumeur du volume d'une orange, incluse dans la masse sacro-lombaire gauche. Tumeur lisse, arrondie, apparemment dure, mais au niveau de laquelle une palpation soigneuse montre une rénitence nette. Il y a du frémissement hydatique.

A l'opération on constate un kyste plurivésiculaire qu'on marsupialise. Sortie au bout de huit jours.

OBSERVATION XXI

(Ribéra y SANS, Algunas consideraciones, acerca de una seria de 33 quistes hidatídicos tratados por medios quirúrgicos. *Revista de Med. y Cir. prácticas*, Madrid, 1905).

Obs. 84. — Femme de 18 ans. La tumeur commença il y a un an et demi par un petit nodule qui a augmenté sans donner lieu

à aucun trouble. Tumeur de la région lombaire droite du volume d'une orange, molle, fluctuante. Diagnostic : abcès par congestion ou lipome. Ponction et incision le 1^{er} avril 1892. Issue d'un liquide purulent. La sortie de morceaux de membrane révèle sa nature hydatique. Sortie le 18 avril 1892. Guérison.

OBSERVATION XXII

(Pedro BELOU, *Revista de la Sociedad medica de La Plata*,
République Argentine, margo 1914, page 173).

Quiste hidatico de la masa muscular sacro-lombar

Le cas que nous avons à présenter est intéressant parce qu'il traite d'une localisation musculaire et parce que le sujet n'est atteint d'aucune autre affection kystique.

Notre littérature médicale, malgré la quantité considérable des kystes opérés, est pauvre en observations des kystes musculaires; dans la statistique de Herrera Vegas y Cranwell, on n'enregistre pas de nouveaux cas parmi les 970 kystes qui forment la dite statistique et, dans les revues nationales parues depuis, on n'en rencontre que 7 cas qui, par ordre de dates, sont les suivants :

Marotta : kyste hydatique des adducteurs (1904);

Gandolfo : kyste hydatique du brachial antérieur (1908);

Marotta : kyste hydatique du fléchisseur profond des doigts (1911);

Marotta : kyste hydatique du deltoïde (1912);

Landevar : kyste hydatique du grand dorsal (1912);

Marotta : kyste hydatique du psoas iliaque (1912);

Chutro : kyste hydatique de la masse musculaire sacro-lombaire (1912).

Nous pensons qu'il y a eu d'autres cas publiés qui ont échappé à notre investigation, mais en somme leur nombre doit être relativement peu élevé car dans un travail très documenté de Marguet sur les kystes hydatiques des muscles volontaires, qui s'appuie

sur une statistique mondiale, on n'a pu relever que 127 cas. Voici l'histoire de notre sujet :

S. B., 24 ans, Argentin.

Antécédents héréditaires : Sans importance.

Antécédents personnels : Pas de maladie antérieure. Né à Buenos-Ayres. Vint habiter La Plata à l'âge de 3 ans, ville où il vit encore actuellement.

Histoire de la maladie : Début il y a six ans. Le malade s'aperçut qu'il avait une petite tumeur de la grosseur d'un œuf dans la région lombaire, indolore à la pression et qui lui procurait la sensation particulière d'un corps étranger dans les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin. Cette tumeur augmenta peu à peu de volume ces derniers temps et lui occasionna des douleurs aux mouvements, raison pour laquelle il se décida à venir nous consulter.

Etat actuel : Dans la région lombaire, au niveau de la zone para-vertébrale droite, on constate la présence d'une tumeur élargie, ovoïde. L'extrémité supérieure arrondie peut être localisée au niveau de l'angle postérieur de la 2^e côte et l'extrémité inférieure est située à un travers de doigt au-dessus du sacrum. La tumeur se trouve placée immédiatement à la droite de la ligne des apophyses épineuses des vertèbres lombaires, occupant en pleine gouttière vertébrale droite une largeur de 6 à 7 cm. pour un diamètre longitudinal de 12 cm. Elle ne se réduit pas à la pression, mais quand les muscles des gouttières se contractent, plaçant le rachis en extension, elle paraît diminuer légèrement, devenant alors dure et résistante.

Le malade étant examiné en position verticale et horizontale et les muscles de la gouttière vertébrale étant relâchés, la tumeur se montre à notre examen, fluctuante. Les mouvements latéraux et verticaux ne lui sont pas communicables. Pas de crépitation, mais frémissement hydatique.

La tumeur, les muscles étant relâchés, est saillante en sa partie médiane. Mais si on fait contracter les mêmes muscles, elle se montre plus massive à son pôle supérieur, ce qui s'explique par ce fait que, de par sa situation dans le dos, le pôle supérieur

appuie sur le plan osseux costal et ne peut se dissimuler comme dans les parties molles lombaires.

Une ponction faite en pleine tumeur donne issue à un liquide clair cristal de roche qui fut envoyé au docteur Malenchini pour examen.

Opération. : Le malade est opéré à la clinique du docteur Alsina, le 26 octobre courant, sous anesthésie locale, le docteur Angel Alsina nous prêtant son concours.

Incision parallèle à la ligne des apophyses épineuses: incision de la peau exactement au niveau de la portion proéminente du kyste: tissu cellulaire sous-cutané et aponévrose lombaire sont successivement sectionnés.

Nous pénétrons entre muscle sacro-lombaire et grand dorsal. Après incision partielle de ceux-ci, nous trouvons la membrane péri-kystique. Ouverte, elle laisse voir une membrane germinative épaisse, unique. En même temps s'écoule environ 200 gr. de liquide hyalin. Suture au catgut en deux plans : le premier sur les muscles de la gouttière, le second sur l'aponévrose lombaire. Suture de la peau. Drainage. Le kyste était unique et inclus en pleine masse musculaire sacro-lombaire.

SYMPTOMES

Dans la plupart des observations que nous avons recueillies, le début est passé inaperçu et la tumeur a été le premier symptôme. Exceptionnellement l'attention du malade avait été attirée par quelques troubles subjectifs. Nous retrouvons dans quelques cas le symptôme douleurs qui ne laisse pas de présenter un grand intérêt, quand il existe.

Dans une de nos observations, le malade à la suite d'un grand effort, éprouve une gêne pour se baisser, puis constate une tumeur un an après. Le malade de l'observation III, après une chute, ressent des douleurs vagues dans la région lombaire, bien avant l'apparition d'une tuméfaction.

Les douleurs sont ici tantôt fugaces et ne donnant qu'une sensation de gêne, de pesanteur intermittente, tantôt névralgique et irradiant dans la région dorsale ou dans le trajet du sciatique. Le plus souvent dans les kystes musculaires, elles sont sourdes, profondes, et échappent, sous des étiquettes diverses, à la sagacité du médecin. L'opérée de l'obs. I éprouvait de la gêne pour se baisser depuis de longs mois. Examinée par un médecin, elle lui fait part de ses inquiétudes et croit avoir une lésion de la colonne vertébrale. Il la rassure, après l'avoir examinée, sans penser que l'élément douleur avait peut-être une cause organique.

I. — Symptômes Fonctionnels contemporains de la tumeur

L'apparition de la tumeur se fait parfois d'une façon indolente. Le malade de l'observation 45 (thèse Marguet) présentait un kyste de la région lombaire. La tumeur siégeait au niveau de la zone où ce patient, agent de ville, portait son ceinturon; elle ne fut jamais douloureuse.

Habituellement le malade, dont l'esprit est mis en éveil, présente une exacerbation des douleurs préexistantes. La région lésée devient hypersensible, mais peut-être faut-il considérer ce phénomène comme d'ordre purement psychique. En fait, un kyste indolent pendant une période de repos, peut devenir le siège de douleurs vives du fait de certains mouvements; ce signe est fréquemment rencontré chez des ouvriers obligés de travailler, de se baisser et de se relever continuellement.

Pour nous résumer, et en tenant compte de l'état psychique surajouté, bien différent suivant les sujets, il nous semble que les kystes hydatiques de la masse sacro-lombaire sont indolents au début. Ils deviennent douloureux quand la tumeur apparaît et quand elle augmente progressivement de volume. Mais il s'agit le plus souvent d'une gêne provoquée par certains mouvements et par le fait même variable suivant la profession ou les occupations du malade.

En dehors de certaines tumeurs à marche particulièrement envahissante, situées à la face profonde des muscles spinaux, et qui exercent des phénomènes de compressions nerveuses, nous estimons que les kystes hydatiques sont surtout gênants par leur volume et par leur poids ou par la sensation de tension exagérée qu'ils provoquent.

II.— Symptômes Objectifs

La tumeur est plus souvent fortuitement découverte et son volume varie suivant la date exacte d'apparition et aussi sa tendance évolutive. Nous nous sommes appliqués à rechercher quel était son volume, au moment où le malade l'avait pour la première fois remarquée. Mais les dimensions en sont rarement signalées ou imparfaitement désignées.

Dans quelques observations nous lisons : Volume d'une noix, d'une bille, d'un œuf de poule, mais cette terminologie est trop peu précise pour que nous soyons tentés de lui donner une importance qu'elle ne saurait avoir. Le plus souvent l'absence de réaction douloureuse est telle que la tumeur est déjà très volumineuse quand le malade s'inquiète de sa présence.

Siège de la tumeur. — Nous notons à la lecture des observations que la tumeur siège dans la région lombaire :

Obs. 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13; en somme dans la plupart des cas.

L'obs. 4 fait exception à la règle. Le kyste était situé au niveau de la colonne dorsale (région para-vertébrale gauche) en un lieu correspondant à la pointe de l'omoplate. Dans notre observation n° 1, la collection remontait jusqu'à la région dorsale. Le plus souvent le kyste occupe la région sacro-lombaire, débordant vers le bas, la crête iliaque et remontant jusqu'à la hauteur des trois ou quatre dernières vertèbres dorsales. Elle est limitée en dedans par la saillie des apophyses épineuses, en dehors par l'aponévrose d'enveloppe de la masse commune. Elle s'inscrit dans la gouttière vertébrale correspondante, prenant en hauteur le développement qu'elle ne peut prendre en largeur. Située le plus souvent en pleine masse commune, sans qu'il soit possible de savoir quel a été le siège initial et quel était le muscle primitivement intéressé, elle prend parfois naissance à la partie profonde juxta-vertébrale des muscles spinapx. On comprend dès lors sa gravité particulière, puisque,

bridée par un plan musculaire résistant, elle aura très rapidement des répercussions importantes sur le plan osseux sous-jacent.

Forme. — Nous avons cherché à ce sujet des indications précises: aucune fixité ne peut être signalée. Parfois la tumeur était arrondie et sphérique. Parfois ovulaire, semi-ovoïde, il s'agissait alors de kystes relativement superficiels qui avaient rompu la coque aponévrotique et avaient refoulé les fibres musculaires voisines. Dans l'observation n° 1, le kyste était fusiforme, lisse et parfaitement uni, car un plan musculaire fort épais dissimulait une lobulation véritable. Ses contours s'estompaient parmi les reliefs de la masse sacro-lombaire, mais apparaissaient avec une certaine netteté dans l'état de relâchement de celle-ci.

Il a été signalé des kystes s'éloignant de ces deux formes typiques et paraissant lobulés. Ceux-ci sont vraisemblablement des kystes multivésiculaires présentant une évolution en surface qui les rend mieux accessibles à l'investigation clinique.

Volume. — Le volume est variable, mais il n'est pas exceptionnel de trouver des tumeurs véritablement monstrueuses : volume tête d'adulte (obs. 18, thèse Gros).

Il est intéressant de savoir quel est le temps qui s'est écoulé depuis l'apparition de la tumeur jusqu'au moment où l'examen clinique est pratiqué, c'est-à-dire de connaître sa tendance évolutive.

Le plus souvent (50 % des cas), le développement a été lent et progressif. Dans 20 % des cas l'état est resté très longtemps stationnaire, puis la collection a subi une augmentation rapide. Marguet considérerait ce mode de développement en *deux temps* comme caractéristique du kyste hydatique musculaire.

Les auteurs depuis longtemps, ont recherché si certaines affections intercurrentes pouvaient imprimer au kyste une impulsion rapide.

Les traumatismes paraissent agir d'une façon indéniable. Dans quelques cas l'apparition a été subite, à la suite d'un effort.

La grossesse agirait comme stimulant dans l'accroissement du kyste (Finsen). La ménopause a été également invoquée. On signale comme signe de haute importance diagnostique l'alternative d'augmentation et de diminution du kyste (Gütuann et Martin Muller), alternative due à la variation des propriétés osmotiques de la membrane hydatique.

Consistance. — Habituellement dure par suite de la surdistension de la poche (Lannelongue). La consistance doit être recherchée à l'état de *relâchement musculaire*. Elle est parfois ferme, rénitente, élastique. La fluctuation est rarement évidente. Le plus souvent la résistance est inégale et l'on observe même des zones franchement indurées.

Gardons-nous dans l'appréciation de la consistance, des causes d'erreur qu'entraîne l'état de contraction musculaire.

Connexions. — 1° SUPERFICIELLES. — Le plus souvent la peau est normale et ne présente aucune modification. Elle glisse facilement sur la tumeur. Elle est parfois tendue, mais toujours mobile et non envahie. On signale l'élévation de la température locale et la circulation veineuse collatérale. Nous ne l'avons pas retrouvée dans nos observations.

Nous pensons que la disparition de la mobilité cutanée doit plaider en faveur de complications inflammatoires kystiques ou péri-kystiques.

2° PROFONDES. — Le sujet mériterait à lui seul de longs développements. Malheureusement les observations des kystes hydatiques de la masse sacro-lombaire donnent des renseignements insuffisants. En principe, toute tumeur intra-musculaire s'immobilise dans l'état de contraction du muscle correspondant et devient mobile dans le relâchement.

Dans notre observation n° 1 ce signe était en partie vérifié. Nous disons en partie, car il ne peut exister intégralement que dans les cas de kystes de volume moyen situés en

pleine masse sacro-lombaire. C'est pour cela qu'il est habituel de constater que la contraction modifie seulement la consistance de la tumeur. Ce signe du blocage de la tumeur par contraction musculaire, permettrait théoriquement d'éliminer les kystes sus-aponévrotiques.

Nous sommes réduits aux conjectures quant aux connexions osseuses. L'examen radiographique nous apportera à ce sujet des renseignements du plus haut intérêt.

La Recherche du Frémissement Hydatique

Il n'est pas de signe plus discuté. Les opinions se résument ainsi à son sujet :

Le frémissement hydatique est rare (Gros).

La plupart des auteurs considèrent ce signe comme absolument exceptionnel (Devé).

Ce phénomène quand il existe, a une rare valeur pour établir le diagnostic du kyste hydatique. Il est malheureusement exceptionnel (Marguet).

Nous le trouvons signalé trois fois dans nos 26 observations. Jeanne (1) présentait récemment un cas d'échinococose musculaire monstrueuse au niveau de laquelle le frémissement hydatique était perçu d'une façon nette, démonstrative et véritablement authentique (Devé). Cette dernière phrase traduit l'opinion générale qui veut que ce signe fameux et rarement constaté prête toujours à discussion en raison de la difficulté de sa recherche.

Bien qu'on ait signalé le frémissement « hydatique » au niveau des kystes de l'ovaire, des kystes du mésentère, de certaines hydronéphroses ou même d'ascite, M. Devé estime qu'on a beaucoup trop déprécié la valeur diagnostique de ce symptôme. Il importe de séparer en effet du frémissement proprement dit, la vibration obtuse qui peut se percevoir à la percussion de collections kystiques sous tension. Barnett, qui vient de reprendre l'étude de « l'hydatid

(1) JEANNE, Société de Médecine de Rouen, 1922.

thrill » (1), écrit : *Le trait distinctif du vrai frémissement hydatique* est la vibration exquise analogue à celle d'un ressort, qui se prolonge tout à fait distinctement *au delà du moment de la percussion* » et, ajoute Barnett, « qui s'associe à la résonance de tambour (Drum-Like), perçue à la percussion auscultatoire ».

Mentionné pour la première fois par Blatin (1801), étudié et décrit par Briançon (1828), ce signe s'obtient en pratiquant la percussion immédiate sur la partie culminante de la tumeur. Il est difficile d'en donner une idée exacte dans une description et rien ne vaut comme de l'avoir soi-même perçu. C'est un phénomène complexe, perçu par les doigts percütés, donnant la sensation d'une série de tremblottements vibratoires qui s'évanouissent assez rapidement. On l'a comparé à la sensation que donne un siège à ressorts vibrant sous l'impulsion d'un choc.

Ce phénomène se montre avec une intensité variable, suivant l'état de contraction ou de relâchement musculaire. Le maximum d'intensité correspondrait au maximum de tension de la poche.

Davaine, pour mieux percevoir le frémissement, conseillait « d'appliquer avec une certaine pression sur la partie la plus saillante de la tumeur, trois doigts écartés et de donner sur celui du milieu un coup sec et rapide ». Les doigts latéraux et même le médian, ressentent le frémissement, plus particulièrement comparable à la sensation du siège à ressort, déjà décrite.

Le phénomène tactile n'est pas le seul appréciable. La résonance de tambour perçue à la percussion auscultatoire signalée par Barnett, se trouve décrite dans les travaux de Briançon, qui compare ce bruit à celui produit par une corde de basse. Rayet (1834) le rapprochait du bruit du tambourin. Marguet (1837) conseillait de le rechercher de la façon suivante :

(1) BARNETT (J., E.). Hydatid thrill, its rarity, physical explanation and diagnostic value. *The New Zealand medical journal*, Wellington, octobre 1921.

« En combinant la percussion et l'auscultation médiate au moyen d'un stéthoscope appliqué sur le centre du kyste, l'oreille percevait nettement une note grave, comparable, mais en diminutif, au son rendu par une corde de contre-basse vibrant doucement sous l'archet. »

Santini et Fiaschi ont décrit ce signe sous le nom de « *rimbombo sonoro* » à une date beaucoup plus récente et ont recueilli indûment le mérite de l'avoir découvert.

Pour nous résumer, nous dirons que le frémissement typique est caractéristique d'un kyste hydatique en général, et aussi bien d'un kyste hydatique musculaire. Mais il a une signification plus précise qui n'est pas sans intérêt pour le chirurgien.

Dans la règle, cette sensation indique qu'on a affaire à une poche à contenu multivésiculaire (Devé).

Nous n'ignorons pas que les observations de Jobert, de Dolbeau, de Murchinson, concernaient des hydatides solitaires donnant le frémissement caractéristique. Mais dans la majorité des cas le frémissement permet de conclure à la présence d'hydatides multiples, juxtaposées dans une poche surdistendue sans interposition de liquide.

La crépitation amidonnée, bien décrite par Reclus, a été observée surtout dans les K. H. superficiels. Elle a quelque analogie avec le froissement de l'amidon ou celui de la neige sous les doigts, et relève donc uniquement de la palpation. On l'attribue au passage des hydatides pressées à travers le détroit d'un kyste en bissac.

Les auteurs lyonnais admettent plutôt qu'elle est due au froissement des parois des vésicules les unes contre les autres. Nous la signalons pour mémoire, mais elle n'a jamais été constatée au niveau des kystes hydatiques de la masse sacro-lombaire.

COMPLICATIONS

Les complications des kystes hydatiques de la masse commune peuvent être réparties en plusieurs catégories. Nous laisserons de côté bien entendu, le kyste lui-même envisagé au point de vue de son propre développement et de la prolifération vésiculaire exogène. Celle-ci donnera lieu à des considérations intéressantes de diagnostic et de traitement, que nous traiterons en temps et lieu.

1° Complications mécaniques :

Celles-ci tiennent surtout au volume du kyste et à sa topographie. Elles peuvent aller depuis la gêne qu'entraîne la présence d'une tumeur de quelque importance à des lésions beaucoup plus grandes, tenant à des lésions osseuses ou à des compressions nerveuses.

On a pu observer des déviations de la colonne vertébrale avec usure des corps vertébraux. Dans notre observation n° 1 trois apophyses épineuses étaient dénudées. Dans un cas commenté par Marguet, les hydatides étaient logées dans le canal rachidien. On comprend dès lors combien cette prétendue bénignité des kystes hydatiques musculaires peut être mise en doute. Les hydatides pénétrant en effet dans le canal rachidien y produisent des phénomènes de compression médullaire avec les conséquences graves qu'ils comportent. Cette complication peut être considérée comme exceptionnelle. Mais il n'en est pas moins vrai que les tendances

envahissantes des kystes hydatiques musculaires sont parfois redoutables. Notre malade de l'observation n° 1, présentait depuis plusieurs mois une irritation pleurale persistante qui disparut peu de temps après l'opération.

Les complications nerveuses ont été signalées. La malade du Docteur Dumontpallier (obs. n° 16) éprouvait de violents tiraillements dans la jambe droite. Celles-ci revêtent le type de simples névralgies dans le plus grand nombre des cas, mais sont parfois rebelles. Elles disparaissent en général après l'intervention.

2° Complications inflammatoires :

L'unique complication que l'étude de nos observations nous permette d'envisager, est la suppuration. Nous éliminons volontairement l'infection survenant à la suite d'une ponction pour laquelle n'ont pas été prises toutes les précautions nécessaires. La ponction ne doit pas donner lieu à des accidents de cet ordre.

La pathogénie de la suppuration des kystes a été remarquablement mise en lumière par les travaux de MM. Chauffard et Vidal. La membrane hydatique saine est imperméable aux microbes. La suppuration ne peut l'envahir que si elle a été au préalable fissurée ou altérée par une péricystite suppurative. Nous plaçant dans ce travail au point de vue strictement clinique, nous ne nous attarderons pas à l'exposition de ces théories pathogéniques. Nous saurons seulement que dans certaines conditions : traumatisme, péricystite suppurative, la suppuration survient. Elle a été relevée par nous dans 24 % des cas. Cette complication est loin de s'annoncer à grand fracas. Dans l'obs. n° 3, le kyste non douloureux était revêtu d'une peau normale. La pression n'éveillait pas de sensibilité particulière; le malade accusait seulement une sensation de tension exagérée. Seul pouvait nous mettre sur la voie du diagnostic de kyste suppuré, l'accroissement rapide pendant les derniers mois. Quelques phénomènes généraux, diminution de l'appétit.

amaigrissement, accompagnaient ces modifications locales. La même constatation a été faite dans l'obs. n° 9. Le patient se présentait pâle, affaibli, mais on ne signalait pas d'élévation thermique. Nous considérons ces modifications générales comme pouvant mettre sur la voie du diagnostic de suppuration du kyste.

3° *Complications toxiques :*

Nous groupons sous cette étiquette certains phénomènes autrefois décrits comme complications des interventions pratiquées sur les kystes hydatiques. Les auteurs avaient en effet depuis longtemps remarqué qu'à la suite de la rupture ou mieux encore de la ponction, on observait un phénomène curieux dénommé « Urticaire hydatique ». Dans certains cas, ces accidents ont eu une gravité toute particulière; c'est ainsi qu'on a observé une dyspnée intense avec expectoration muqueuse, de la toux et des sueurs abondantes. Le professeur Debove eut même chez une de ses malades un collapsus assez grave. En 1883, Kirmisson concluait « que le liquide des kystes hydatiques ne possède pas par lui-même les propriétés septiques qu'on lui avait attribuées jusqu'ici. Il est probable qu'il ne les acquiert que dans des circonstances particulières qui restent à déterminer ».

Est-il besoin de rappeler quelles sont ces circonstances ? Les accidents toxiques relèvent des phénomènes d'anaphylaxie hydatique (Devé), se produisant le plus souvent grâce à la sensibilisation de l'organisme par transsudation du liquide kystique à travers une membrane fissurée.

4° *L'essaimage des lésions :*

Cette dernière complication peut relever de causes diverses. Il peut s'agir de prolifération vésiculaire exogène. Les hydatides plus ou moins indépendantes creusent dans le tissu qui les héberge des loges où elles se multiplient. En pareil cas, l'opération montre une poche irrégulière, diverticulaire, cloisonnée de diaphragmes parcheminés ou fibreux.

Ces clapiers exposent à une exérèse chirurgicale incomplète par suite de la dissémination parasitaire. Le plus souvent les lésions se sont disséminées grâce à la rupture du kyste musculaire primitif. A l'occasion d'une brusque contraction musculaire ou d'un traumatisme violent, le kyste déverse dans les tissus ambiants son contenu liquide chargé de sable hydatique. On se trouve alors en présence d'une échinococcose secondaire diffuse qui envahit très rapidement les espaces conjonctifs inter et intra-musculaire et rend irréalisable une exérèse complète des lésions.

Une dernière hypothèse à envisager est celle de la récurrence ultérieure post-opératoire qui rentre dans le cas des complications tardives, mais n'est pas exceptionnelle. Celle-ci provient soit d'une exérèse incomplète, soit d'un réensemencement des tissus au cours de l'intervention. M. Devé constate que cet accident est possible surtout si l'opération est aseptiquement menée. Il est curieux de rappeler, ajoute-t-il, que les longues suppurations post-opératoires d'autrefois contribuaient — elles n'y réussissaient pas toujours — à mettre les opérés à l'abri des récurrences.

DIAGNOSTIC

Pour nous faire une idée de la fréquence des erreurs auxquelles expose le kyste hydatique musculaire, nous avons consulté nos observations en détail et nous avons reconnu que le diagnostic n'avait été porté que cinq fois. Le plus souvent les auteurs constatent l'impossibilité matérielle d'assigner aux phénomènes cliniques leur véritable origine et pensent à un lipome, à un fibro-sarcome, à un abcès par congestion. En tenant compte de l'autorité variable des observateurs, nous pensons que l'erreur eut pu être évitée dans un certain nombre de cas. Nous poursuivrons donc dans ce chapitre le but de différencier certaines tumeurs, des kystes hydatiques musculaires après avoir rappelé les caractères cliniques de ceux-ci.

Le kyste hydatique des muscles spinaux ne saurait être reconnu s'il ne forme pas une tumeur de volume appréciable. Jusque-là, dans cette période pré-tumorale, il ne donne que des troubles fonctionnels insignifiants qu'il est difficile de rapporter à leur véritable cause. Mais il n'en est plus de même lorsque son volume permet une exploration complète et nous estimons qu'avec les moyens dont nous disposons aujourd'hui, l'erreur peut être évitée. Rappelons ces caractères cliniques.

« Une tumeur qui siège dans les muscles, régulière, à évolution plus ou moins lente, dure, est presque toujours

un kyste hydatique », disait Denonvilliers. « Le principe de Denonvilliers est bon, disait Trelat; j'en ai souvent vérifié l'exactitude, je le complète cependant et je dis : Quand on est en présence d'une tumeur des muscles de caractère incertain, lorsque cette tumeur est dure et ronde, il faut penser à un kyste hydatique. J'insiste sur le renseignement fourni par la dureté de la tumeur. Le kyste hydatique ordinairement surdistendu par le liquide contenu n'est pas fluctuant; il est dur comme une tumeur solide. »

Certaines régions, telles que la région des Landes, doivent faire penser, lorsque le malade en est originaire, à la possibilité du kyste hydatique. Tout interrogatoire doit au début préciser ces points particuliers. Ajoutons que notre malade de l'obs. n° 1 et bien d'autres, n'avaient aucun antécédent qui eut pu faire éviter l'erreur.

Toute tumeur nettement développée dans l'épaisseur de la masse sacro-lombaire, gênante plutôt que douloureuse, et s'accompagnant d'un minimum de symptômes fonctionnels, doit éveiller l'idée de kyste hydatique. Cette opinion pourra se consolider par l'adjonction des quelques signes que nous avons exposés au chapitre clinique.

C'est ainsi que le développement en deux temps de la tumeur, ses alternatives d'augmentation et de diminution, constituent des signes de forte présomption. Le frémissement hydatique classiquement recherché et authentiquement découvert, pourra confirmer les signes déjà décrits. Nous nous sommes déjà expliqués à son sujet et nous pourrions rechercher la crépitation amidonnée et surtout le palper auscultatoire auquel Barnett attribue une si grande importance.

Depuis de nombreuses années, aux renseignements cliniques purs, sont venus s'ajouter ceux que fournissent la radiographie et la radioscopie. La radiographie permettra de déceler l'origine osseuse d'un prétendu kyste musculaire et la radioscopie rendra compte de l'état de la plèvre sous-jacente dans le cas de kyste haut situé. Si l'on pense à l'exis-

tence de localisations multiples, un bon cliché radiographique pourra découvrir une bosselure hépatique traduisant un kyste de cet organe.

L'attention a été également attirée depuis longtemps sur la recherche de l'éosinophilie. Achard et Loeper, Darguin et Tribondeau, Sabrazès et Boidin, se sont occupés de cette importante recherche dans les kystes hydatiques du foie. L'éosinophilie est généralement peu intense; elle oscille le plus souvent entre 4 et 8 %. Son absence ne saurait faire rejeter l'hypothèse d'un kyste hydatique. Sa présence s'observe dans un certain nombre de conditions pathologiques (helminthiase par exemple). Elle n'est donc pas pathognomonique.

Le séro-diagnostic de l'échinococcose a une grande supériorité sur les autres moyens de laboratoire permettant de soupçonner l'existence d'un kyste hydatique. Nous considérons l'emploi de cette recherche comme indispensable dans le cas de diagnostic douteux. Elle entraîne la certitude quand son résultat est positif. Weinberg montre même que l'examen du sérum peut indiquer si le kyste hydatique est suppuré. (En effet, les sérums de porteurs de kystes hydatiques suppurés renferment une quantité considérable de substances antitryptiques qu'on peut mettre en évidence par des méthodes appropriées.)

Nous signalons sans en avoir une expérience quelconque, l'intra-dermo-réaction avec du liquide hydatique, qui doit prendre rang à côté des techniques exposées plus haut et semble devoir s'imposer par la facilité de sa mise en pratique.

Nous disposons ainsi de moyens nombreux permettant théoriquement de reconnaître la nature d'une collection kystique; mais la confusion est loin d'être rare car l'idée de kyste hydatique n'est pas spontanément éveillée à la vue d'une tumeur paravertébrale et dès lors les moyens de laboratoire ne sont pas utilisés.

I. — *La tumeur cliniquement constatée est-elle intra-musculaire ?*

Un point fort important sur lequel nous avons déjà attiré l'attention doit être mis avant toute discussion en relief. Tout kyste d'abord contenu dans la masse sacro-lombaire a la plus grande tendance à se mettre en rapport avec les tissus voisins : c'est dire que la notion de topographie initiale de la tumeur mérite toute notre attention. Rappelons les caractères d'un kyste faisant partie intégrante des muscles spinaux et présentant un volume moyen :

Dans le relâchement, la tumeur se laisse déplacer dans le sens transversal ; dans la période de contraction des muscles, elle devient dure et immobile. Le blocage en tous sens d'une tumeur caractérise sa situation intra-musculaire.

Mais une erreur est possible et le clinicien doit successivement éliminer toute tuméfaction para-vertébrale ne comportant pas la localisation musculaire recherchée :

Une *hernie* du triangle de J. L. Petit sera particulièrement rare et bien que la possibilité de sa présence ait été envisagée dans un cas que nous connaissons, ses caractères de réductibilité, de sonorité à la percussion suffiront pour écarter l'hypothèse.

Beaucoup plus difficiles à préciser seront les *tumeurs* de la paroi abdominale postérieure ou de l'atmosphère péri-rénale. Dans le cas de kyste des muscles de la paroi située au voisinage de la masse commune, l'intervention seule précisera la lésion originelle. Quant à l'éventualité d'un kyste de la capsule adipeuse du rein, l'observation déjà citée de Plauzon montre combien l'hésitation est permise car la distance est bien courte, qui sépare la masse commune du carré des lombes et des fascias péri-rénaux.

Les *lésions tuberculeuses* des arcs vertébraux postérieurs sont rares (mal vertébral postérieur de Lannelongue), mais elles ne sont pas exceptionnelles. Nous avons en effet, des foyers d'ostéite des lames vertébrales ou de la base des apo-

physes épineuses donner des abcès profonds para-vertébraux bridés par la couche des muscles spinaux-postérieurs.

Le *mal de Pott* classique, étant donné les connexions des muscles vecteurs des abcès peut prêter à confusion. Une collection purulente développée au niveau des vertèbres dorso-lombaires peut suivre l'apophyse transverse et le muscle carré des lombes qui s'appuie sur elle. Dès lors l'abcès contourne le muscle et fait hernie dans la région comprise entre l'os iliaque et les côtes. Il s'ouvre secondairement dans le triangle de Grynfeltt ou dans celui de J. L. Petit. On comprendra pourquoi l'erreur clinique avait été commise chez le malade de l'obs. n° 1 qui, au premier examen avait tous les symptômes d'un mal de Pott : douleur, contracture des spinaux, abcès, amaigrissement, toux persistante et dont la collection était *le soir même* largement ouverte parce que reconnue et diagnostiquée : *Kyste hydatique musculaire*.

Aussi bien peut-il y avoir entre abcès par congestion et échinococcose, identité de symptômes cliniques. Seules quelques finesses d'investigation, dans l'interrogatoire ou l'examen, recherchées par un esprit averti, peuvent-elles *avant* la ponction, mais rarement *sans* la ponction, tirer à demi d'embarras.

Nous insisterons beaucoup moins sur l'origine costale possible d'une collection para-vertébrale. Son évolution souvent antérieure suivant le plan intercostal qui lui ménage un trajet tout tracé, son cheminement superficiel, seront des signes de présomption. La signature en sera donnée par l'examen radiographique qui montrera le plus souvent avec évidence le point de départ osseux sous la forme d'une raréfaction ou d'une destruction osseuse plus ou moins importante.

Le point de départ de la tumeur intra-musculaire sera très souvent le point litigieux du diagnostic. Le kyste est-il né dans le muscle ou l'a-t-il secondairement envahi ? La radiographie permet seule d'éclaircir la question car les moyens d'investigation clinique sont impuissants à décou-

vrir une lésion osseuse qui peut se traduire par un minimum de signes fonctionnels.

Mais il s'agit de lésions à point de départ profond simulant un kyste intra ou sous-musculaire. Nous devons envisager le cas où la tumeur incluse primitivement dans le muscle et faisant partie intégrante de celui-ci, est devenue sus-aponévrotique après s'être peu à peu énucléée.

C'est en pareille occurrence que doit être envisagée la possibilité d'une tumeur superficielle : Lipome, lymphangiome, angiome, spina bifida. Mais est-il besoin de rappeler la lobulation du lipome, la mollesse du lymphangiome, les caractères d'expansion d'un angiome et sa réductibilité partielle, les lésions osseuses qui sont à l'origine même d'une myélo-méningocèle ?

Une difficulté présiderait au diagnostic d'un kyste hydatique du tissu cellulaire de la région lombaire; mais son indépendance de l'aponévrose et l'indifférence de toute contraction musculaire à son égard auraient finalement raison de la complexité apparente du cas clinique.

II. — *La tumeur occupe le muscle. Quelle est sa nature ?*

La *hernie* musculaire se reconnaîtra facilement grâce à la disparition de la tumeur au moment du relâchement musculaire. Toute rupture musculaire de quelque importance s'accompagnera d'une solution de continuité du muscle rompu.

Les *angiomes* musculaires sont exceptionnels. Leur réductibilité partielle et la présence d'une zone angiomateuse en surface les feront le plus souvent reconnaître.

Les *lipomes* musculaires sont rares et présentent habituellement une mollesse spéciale.

Les *fibromes* musculaires sont très durs, mais leur dureté n'est pas modifiée par la contraction ou le relâchement musculaire.

Les *sarcomes* musculaires sont en général des découvertes opératoires.

Les *carcinomes* musculaires sont des tumeurs secondaires

qui reproduisent d'une façon plus ou moins atypique la tumeur primitive.

Restent les tumeurs *liquides* : hématomes, abcès, kystes, gommes syphilitiques ou tuberculeuses.

L'*hématome* est habituellement d'origine traumatique. Il s'accompagne souvent d'une ecchymose superficielle et dans la plupart des cas régresse d'une façon rapide. Mais il n'est pas impossible que l'hématome s'enkyste et dès lors la consistance variable qu'on rencontre à son niveau fait penser aux mêmes symptômes observés dans les kystes hydatiques. La ponction, en de pareilles circonstances, éclaire seule le chirurgien.

L'*abcès musculaire* est l'aboutissant d'une myosite. Il est le plus souvent consécutif à une fièvre typhoïde que l'étude des commémoratifs précisera. Mais il n'est pas impossible que cet abcès puisse comporter une origine ostéomyélique. La radiographie apportera sa contribution habituelle au diagnostic. Dans le cas de suppuration du kyste hydatique, on comprend combien le diagnostic peut être difficile; il ne devient possible que du fait de la présence d'hydatides ou de débris de membranes.

Nous signalons enfin pour mémoire les *gommes musculaires suppurées*. Elles n'ont jamais le volume d'un kyste hydatique et intéressent tôt ou tard le revêtement cutané sus-jacent.

Les *kystes musculaires non hydatiques*, c'est-à-dire les kystes séreux congénitaux, les kystes dermoïdes, les kystes hématiques, sont très rares. Avant le travail d'ensemble de Marguet, ils rentraient dans la catégorie des kystes musculaires en général.

En résumé, *lorsque la tumeur est intra-musculaire et surtout lorsqu'elle est liquide, franchement; à part les tumeurs exceptionnelles, dont l'éventualité ne doit pas arrêter le chirurgien, la lésion la plus probable est le kyste hydatique.*

Il nous reste, pour terminer cette étude diagnostique, de

parler d'un mode d'exploration auquel reste attachée une importance capitale mais combien discutée : nous voulons parler de la *ponction exploratrice*.

Celle-ci doit être faite avec une aiguille assez volumineuse et le manuel opératoire en est des plus simples. Il exige, est-il besoin de le rappeler, une asepsie absolue.

La ponction est considérée par certains chirurgiens, et en particulier par l'école bordelaise, comme sinon inutile, du moins dangereuse. Nous ne parlerons pas de l'infection du kyste et de sa transformation en un kyste suppuré par l'inoculation directe. Nous envisagerons seulement une série d'accidents d'ordre toxique, parfois déconcertants et dont l'urticaire est certes le plus insignifiant. Dans un cas de kyste hydatique du foie, Martineau voit évoluer des accidents d'une exceptionnelle gravité avec mort en 20 minutes. Chauffard signale un cas de mort en 25 minutes et dans cette observation il s'agissait d'un kyste simple ponctionné avec une aiguille capillaire. Ce qui est une vérité intangible pour le kyste hydatique du foie où la fissuration de l'adventice est fréquente permettant la *sensibilisation* de l'organisme et où la ponction peut favoriser la greffe péritonéale des hydatides, peut être discuté quand il s'agit d'un kyste musculaire.

Si l'on compte les cas relativement nombreux dans lesquels les renseignements que donne la ponction sont positifs, on comprend qu'en toute conscience un chirurgien soit autorisé à l'utiliser quand il s'agit pour lui d'éliminer l'hypothèse d'un abcès par congestion à point de départ vertébral. On sait bien que le *mal de Pott* chez l'adulte équivaut, tout au moins, disait Ménard, à dix ans de traitement, sans aucune certitude quant à son résultat.

L'étude du diagnostic doit être complétée si possible par la recherche de la suppuration du kyste. Celle-ci est le plus souvent une découverte opératoire. Cliniquement, l'augmentation de volume rapide, les modifications de l'état général

peuvent la faire pressentir. La ponction la découvrira d'une façon beaucoup plus facile.

La notion de variété du kyste guide les indications thérapeutiques : nous avons déjà insisté sur les modalités cliniques des kystes uni et multi-vésiculaire et l'existence chez ces derniers du frémissement hydatique typique (Devé).

Nous pouvons conclure qu'un kyste hydatique de la masse commune sacro-lombaire *peut* être, sinon *doit* être diagnostiqué. Cet exposé n'a eu du reste d'autre but que de rappeler le syndrome clinique qui éveille l'idée de son existence possible et peut entraîner, après discussion, la conviction.

PRONOSTIC

Le pronostic peut se résumer en propositions concrètes :

Tout kyste hydatique de la masse sacro-lombaire abandonné à lui-même a toutes chances d'entraîner des accidents sérieux. Nous rangeons surtout dans cette catégorie les kystes profonds, disséquants qui contournent les surfaces osseuses ou provoquent des lésions d'usure à leur niveau.

Il n'est pas impossible qu'un kyste de volume moyen guérisse spontanément par mort de l'hydatide et régression, mais nous tenons ce fait pour exceptionnel.

Le traitement donne des guérisons radicales, mais quelquefois longues à obtenir; il est permis de dire en conséquence qu'un kyste hydatique de la masse sacro-lombaire, sérieux par son évolution naturelle, *devient bénin par le fait même qu'il est diagnostiqué.*

TRAITEMENT

Nous passerons sous silence les traitements désuets qui n'ont qu'un intérêt historique, pour envisager les méthodes directes véritablement chirurgicales qui peuvent être appliquées dans la cure de cette affection.

Trois procédés se trouvent en présence :

1° *La marsupialisation* (procédé de Lindemann, Landau) :

Cette opération s'effectue en fixant par des points de suture les bords de l'ouverture du kyste à ceux de l'incision pariétale. La paroi kystique doit rester largement béante de manière à permettre une évacuation facile des débris restés dans le kyste et des liquides qui transsuderont. Les fils doivent traverser l'épaisseur de la paroi de l'adventice et la réunir au revêtement musculaire et cutané.

Il est prudent avant l'ouverture du kyste de commencer par tenter une injection de solution formolée à 2 %. Une fois la poche ouverte, évacuée, détergée, asséchée, M. Devé conseille d'en faire un large nettoyage à l'éther qui paraît avoir expérimentalement une action parasiticide efficace (1).

La marsupialisation terminée, on placera dans la cavité un ou deux gros drains qui seront fixés à la peau. Les suites opératoires sont habituellement marquées par l'élimination de nombreuses hydatides dans les jours qui suivent l'opération (voir obs. n° 1).

(1) F. Devé. Greffe hydatique et éther. Soc. de biol., 7 mars 1914.

La poche vidée se rétracte peu à peu, la cavité diminue mais l'oblitération définitive peut se faire attendre pendant fort longtemps. La durée d'une année n'est pas exceptionnelle. Le drainage entraîne fatalement la suppuration. Il est curieux de constater que les suppurations constantes d'autrefois réussissaient souvent à mettre l'opéré à l'abri des récidives.

2° *L'extirpation du kyste avec suture primitive.*

L'intervention comporte l'énucléation totale suivie de suture. On devra décortiquer la tumeur sans l'ouvrir ou, si elle a été ouverte, enlever soigneusement la paroi Pozzi avait employé dans un cas l'injection préalable de blanc de baleine qui avait rendu la poche solide, donc plus facilement disséquable. Rappelons que le même procédé était autrefois utilisé pour l'extirpation totale des grenouillettes. L'extirpation du kyste a pour but d'éviter les lenteurs de la guérison des kystes marsupialisés. L'énucléation s'attaque donc à la membrane adventice et, considérée pour les kystes hydatiques du foie comme une méthode d'exception, elle devient pour les kystes musculaires une intervention anatomique qui vise à la récupération fonctionnelle complète et rapide des muscles spinaux et répond bien aux idées directrices de la chirurgie réparatrice.

3° *La réduction sans drainage.*

Nous empruntons le terme, en l'adaptant, au traitement des kystes hydatiques du foie. La méthode de date relativement récente a été vulgarisée par Pierre Delbet pour les kystes hydatiques du foie. Elle comporte les temps suivants:

Découverte du kyste.

Formolage avec une solution à 2 %.

Incision et extirpation de la vésicule mère.

Dans le but de diminuer l'étendue de la cavité et pour favoriser l'accolement des parois, Delbet pratique le capitonnage de la cavité.

4° *Indications respectives des trois méthodes.*

La lenteur de la guérison après marsupialisation et la

persistance plus ou moins longue de la suppuration font préférer *en principe* à ce procédé des opérations plus radicales.

L'extirpation totale à laquelle nous faisons allusion ne peut être réservée qu'aux kystes hydatiques de faible volume et aux cas où les dégâts musculaires peuvent être réduits au minimum.

Un kyste uniloculaire de moyen volume pourra être traité par la réduction sans drainage après formolage et lavage à l'éther.

Tout kyste multivésiculaire relève de la marsupialisation en raison des dégâts qu'une intervention radicale entraînerait fatalement et de la récurrence « *in situ* » presque inévitable dans le cas de fermeture primitive.

Un kyste suppuré comportera une large incision pour assurer l'évacuation complète suivie de marsupialisation.

Malgré ces précautions et les indications adaptées aux cas cliniques, nous ferons des réserves au sujet de la récurrence hydatique ultérieure liée soit « à une éradication incomplète des lésions parasitaires », soit à un réensemencement des tissus au cours de l'intervention sanglante.

Il est vrai qu'il nous sera toujours possible, ainsi que le recommande M. Devé, de recourir au besoin, par la suite, à de petites interventions complémentaires ou plus simplement à des ponctions suivies d'injections parasitocides (éther ou formol à 2 % qui seront légitimées par les faits cliniques.



CONCLUSIONS

1° Les kystes hydatiques de la masse sacro-lombaire sont parmi les plus fréquents des kystes hydatiques musculaires.

2° Ils se présentent souvent sous la forme de poches à contenu multivésiculaire.

3° Parmi leurs signes cliniques, le « frémissement hydatique » qui s'associe à une résonnance spéciale perçue à la percussion auscultation, est seul caractéristique.

4° Leur diagnostic a été le plus souvent méconnu. Il présente une difficulté réelle et suscite une discussion serrée.

5° Tout kyste hydatique de la masse sacro-lombaire comporte un pronostic sérieux. Il ne devient bénin que par le fait même qu'il est précocement diagnostiqué.

6° L'extirpation totale est réservée aux kystes de faible volume. La réduction sans drainage aux kystes de moyen volume.

Tout kyste multivésiculaire doit être marsupialisé après injection de solution formolée à 2 % et lavage à l'éther.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président :

D^r PRINCETEAU.

VU :

Le Doyen :

D^r C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 11 janvier 1923.

P^r le Recteur de l'Académie.

Le Vice-président du Conseil de l'Université :

E. FALLOT.

BIBLIOGRAPHIE

- BARADULIN. — *Wiener Klin. Woch.*, 1908, pages 1238-1242 (cas n° 1).
- BECKER (A.). — Die verbreitung der Ech Khert in Mecklenburg. Beitr. Zur Klin. Chirurgie, LVI, 1907 (p. 173, cas n° 291).
- BEHRÉDSEN. — Inaug. Dissert., Berlin 1888.
- BERTÉLE. — Thèse de Lyon, 1897.
- CHOLKOFF. — *Russky wraten* 1910, n° 7, analysé in : *Centralblatt für Chirurgie*, 1910, page 719.
- BARNETT (L. E.). — Hydatid thrill. its rarity. Physical explanation and diagnostic value. *The New Zealand med. Journal*, Wellington, octobre 1921.
- DAVAINE. — Traité des antozoaires.
- DELBANCS. — *Det. Zeitschr.*, 1903. B. D. LXX, page 100.
- DOMINGO PRAT. — Revista de los hospitales Montevideo, Agosto, 1913.
- DUIHAU (A.). — Quistes hydatidicos de las musculos. Thèse de Buenos-Ayres, 1913.
- DEVÉ (F.). — Les kystes hydatiques du foie. Paris, 1905.
- Les vésicules hydatiques filles : leurs origines. Leurs conditions pathologiques. *Presse Médicale*, 8 août 1918.
- Valeur diagnostique du frémissement hydatique. Société de médecine de Rouen, 13 mars 1922.
- GUYOT (J.). — XXVI^e Congrès de chirurgie. Paris, 6-11 octobre 1913.
- GROS. — Thèse de Paris, 1898-99.
- HERRERA VEGAS Y CRANWELL. — Los quistes hydatidicos. Buenos-Ayres, 1901.
- MARGUET. — Thèse de Paris, 1887-88.

MAGNUSSOD. — 214 echkhern Operationen. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1912, B. B. 100.

PEDRO BELOU. — Revista de la Sociedad medica de la Plata, Margo 1914, page 173.

PLAUZON. — *Journal d'urologie*, 1919, page 165.

RIBERA Y SANS. — Consideraciones acerca de med. y cirugía proct. Madrid, 1905 (cas n° 84).

ROSENTHAL. — Inaug. Dissert., Berlin 1888.

TAVEL. — Thèse de Berne, 1880.

VILLARD. — Thèse de Paris, 1898-99.





