

ARTICLE IV

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

Définition et pathogénie. — Les kystes hydatiques sont des tumeurs dues au développement d'un *ver vésiculaire*, connu sous le nom d'*échinocoque* ou d'*hydatide*, qui se développe assez fréquemment dans certains organes de l'homme. Ces tumeurs représentent l'état larvaire d'un *tœnia* de petite taille appelé *tœnia echinococcus* (VON SIEBOLD, 1853).



Fig. 168.
Tœnia echinococcus.

Ce *tœnia* vit à l'état adulte dans la première partie de l'intestin grêle du chien. Il est très petit, sa longueur variant entre 2^{mm},5 et 5 millimètres n'atteignant que très exceptionnellement 6 et 7 millimètres, sa tête petite et subglobuleuse présente un rostre saillant, muni d'une double couronne de 28 à 50 crochets et de 4 ventouses. Le cou très court se trouve suivi par une courte chaîne composée de 3 ou 4 anneaux dont le dernier, quand l'animal a acquis son développement complet, égale ou dépasse la moitié de sa longueur totale. C'est dans cet anneau seulement qu'on aperçoit un utérus formé d'un tronc médian d'où partent des branches latérales et courtes remplies d'œufs. Dans l'intestin du chien, ce *tœnia* est quelquefois libre et nage dans le contenu intestinal, ou bien le ver est fixé par son extrémité céphalique entre les villosités.

A un moment donné, le *tœnia* est expulsé, et les œufs sont mis en liberté par la destruction des anneaux sous les influences atmosphériques. Ces œufs expulsés avec les matières fécales du chien, pourront être apportés avec les fumiers au pied des légumes, ou transportés par les eaux de pluie dans des ruisseaux. Ils peuvent ainsi être avalés par l'homme, soit avec les aliments (légumes, fruits), soit avec les eaux de boisson.

Arrivés dans le tube digestif de l'homme, leur coque se dissout : il sort de l'œuf un petit embryon connu sous le nom d'*embryon hexacanthé*, muni de 6 crochets. Celui-ci perforé les tuniques de l'intestin, pénètre dans le torrent circulatoire et est entraîné avec le sang dans différents organes (foie, poumon, cerveau, os, etc.) où il s'enkystrera et donnera naissance à un *ver vésiculaire* appelé aussi *hydatide* ou *échinocoque*. C'est la présence de cet échinocoque dans les tissus qui donne lieu aux tumeurs connues sous le nom de *kystes hydatiques*.

Anatomie pathologique. — Comment est constitué un kyste hydatique? Il comprend : 1° une paroi contenant; 2° un contenu.

1° CONSTITUTION DE LA PAROI. — Nous trouvons deux parties absolument distinctes : l'une, la plus externe, conjonctive, l'*ectocyste* ou *membrane périkystique*, qui est un tissu de résistance au parasite et qui provient de l'organe atteint; l'autre, enfermée dans ce kyste, qui n'est autre chose que le *ver vésiculaire* ou l'*échinocoque*. Un échinocoque entièrement développé et sorti du kyste qui le contient présente l'aspect d'une vésicule tremblotante — *vésicule mère* — *Mutterblase* des Allemands, à paroi assez épaisse.

Cette paroi présente elle-même deux couches. L'une, externe, n'est autre chose qu'une très épaisse cuticule développée aux dépens de la capsule anhiste, aux dépens de l'*embryon hexacanthé*, et formée d'une série de lames concentriques : on lui a donné le nom de *membrane cuticulaire* ou de *membrane hydatique*. L'autre interne, mince, doublure de nature cellulaire, appelée *membrane germinale* ou *membrane parenchymale* (fig. 169).

La *membrane hydatique* — cuticule — est caractérisée par son aspect gélatineux et par sa stratification en lames superposées, comme les feuillets d'un livre, s'enroulant sur elles-mêmes à la façon des membranes élastiques lorsqu'on les sépare les unes des autres par la dissection. Cette membrane possède deux propriétés remarquables, mises en lumière par CHAUFFARD et VIDAL : d'une part, elle est imperméable aux

microbes qu'elle arrête comme un filtre parfait, ce qui explique l'asepsie ordinaire du contenu kystique; par contre, elle offre aux agents chimiques des facilités de dialyse qui permettent aux substances toxiques solubles (toxalbumines produites par les hydatides, toxines microbiennes dans les kystes infectés, ou liquides injectés, dans un but thérapeutique), de passer à travers les parois kystiques et de pénétrer dans la circulation générale.

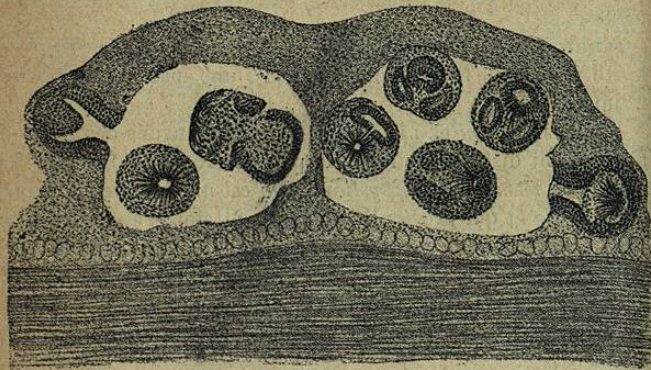


Fig. 169.

Figure montrant un point de la paroi : au-dessous, lames feuilletées de la cuticule ; puis, la membrane germinale, avec les vésicules prolifères (ZIEGLER).

C'est la *membrane germinale* qui prolifère et donne lieu aux productions vésiculeuses, connues sous le nom de *vésicules prolifères* — *Brut Kapseln* — appendues à la face interne de la membrane fertile sous la forme d'innombrables petits grains qui lui donnent un aspect vilieux velouté. Ces petits grains facilement détachés, recueillis avec un peu de liquide hydatique dans un tube à essai, apparaissent comme un sable blanc qui flotte un instant lorsqu'on agite le liquide, pour retomber à nouveau au fond du tube. Examinés à un faible grossissement, ces grains se montrent comme de petites *vésicules* (*vésicules prolifères*, *capsules prolifères*), à l'intérieur desquelles on

découvre cinq, dix, vingt corps ovoïdes plus sombres (*scolex*, *échinocoques*, *capitules*, *têtes*, jeunes *ténias*). Ces vésicules sont toujours rattachées à la membrane germinale, dont elles dérivent, par un pédicule plus ou moins mince. Au début de leur développement, elles sont représentées par un simple

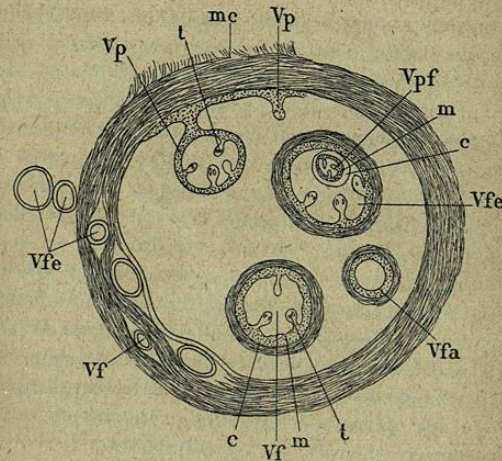


Fig. 170.

cm, membrane cuticulaire, Vp, formation de *vésicules prolifères*, aux divers stades, aux dépens de la membrane germinale. — Vf, Vfa, Vfe, formation de *vésicules secondaires* ou *vésicules filles*, caractérisées par ce fait que, prenant naissance plus profondément, en pleines couches cuticulaires, elles entraînent du tissu de la cuticule et ont les mêmes membranes que la vésicule mère. — Vfe, *vésicules filles exogènes*. — Vfa, *vésicules filles acéphalocystes*, sans tête de *ténia*. — Vpf, formation de *vésicules petites-filles* : troisième génération.

bourgeon à la surface de la membrane germinale; plus tard, ce bourgeon s'accroît, se creuse d'une cavité qui se montre elle-même recouverte d'une mince cuticule. Enfin à l'intérieur de cette cavité on voit apparaître des têtes de *ténias* avec leur double couronne de crochets et leurs ventouses. Ils se présentent ordinairement dans l'*attitude invaginée*, crochets et ventouses rentrés en dedans; une mince cuticule anhiste leur sert d'enveloppe. Ce sont ces *scolex* qui, ingérés par le chien, se

greffent dans son intestin et y évoluent vers la forme adulte du *tænia echinococcus*. Normalement, les scolex restent inclus dans leurs vésicules d'origine et ces vésicules restent attachées à la membrane fertile; mais, grâce à la rupture des vésicules, à membrane fragile, ils se libèrent et flottent dans le liquide, soit à l'état isolé, soit agglomérés encore en petites grappes.

Mais, en dehors des vésicules proligères, on rencontre à l'intérieur du kyste d'autres productions connues sous le nom de *vésicules secondaires* ou *vésicules filles*, ou *Tochterblasen*, qui se distinguent des vésicules proligères en ce qu'elles sont revêtues extérieurement par une cuticule épaisse et qu'elles présentent en somme les mêmes caractères que la vésicule mère (fig. 170). Ce sont elles que l'on voit sortir du kyste, après l'incision, sous l'aspect de petites poches blanches, élastiques, tremblotantes, variant en dimensions depuis le volume d'un pois, d'une bille, d'un grain de raisin jusqu'à celui d'un œuf de poule et au delà, tantôt abondantes et bourrant la cavité kystique, tantôt rares. — Quelle est l'origine des vésicules filles? Deux théories sont en présence: 1° la théorie classique (KUNN, DAVAINE) de l'origine cuticulaire; 2° la théorie de NAUNYN de l'origine aux dépens des vésicules proligères ou des scolex. Selon la première théorie, les vésicules filles naissent dans la cuticule même de la vésicule mère, indépendamment de la membrane germinale, s'accroissent dans l'interstice de deux lames de cette cuticule et finissent par la rompre, soit par sa face interne, soit par sa face externe, de sorte que, suivant les cas, les vésicules filles ou secondaires peuvent tomber à l'intérieur du kyste et nager dans son contenu liquide (vésicules filles endogènes — vésicules secondaires endogènes), ou pousser à l'extérieur de ce même kyste (vésicules filles exogènes ou vésicules secondaires exogènes).

On peut se demander alors comment des productions comme les vésicules secondaires sont susceptibles de se développer dans la cuticule de la vésicule mère qui est formée par un tissu amorphe. Il suffit de se rappeler que cette cuticule n'est pas un produit de sécrétion de la membrane germinale, mais résulte de la modification de cette membrane, de sorte qu'on

peut penser que certains éléments vivants ont persisté dans cette cuticule, et sont le point de départ des vésicules secondaires. Par le même procédé, on conçoit qu'aux dépens de la cuticule des vésicules secondaires il puisse se former des *vésicules petites filles* — *Enkelblasen* — ayant tous les caractères des vésicules filles.

Selon la théorie de NAUNYN, bien résumée par DÉVÈ, les vésicules filles peuvent provenir: 1° des vésicules proligères; 2° des scolex. — Dans le premier cas, les vésicules proligères se cuticularisent à leur surface externe; les scolex contenus se désagrègent et leur parenchyme, se répandant en une mince couche à la face interne de la cuticule, forme la membrane germinale. Dans la seconde hypothèse, les scolex augmentent de volume, deviennent vésiculeux, en même temps qu'on voit se former à leur intérieur un fin réseau; ils s'enveloppent de plusieurs couches cuticulaires; bientôt le réseau s'efface, la cavité intérieure devient libre; les crochets épars disparaissent les derniers; la transformation kystique du scolex est dès lors achevée.

Les vésicules filles endogènes ou exogènes peuvent aussi développer des vésicules proligères avec des têtes de *tænia*. Mais il arrive fréquemment que certains kystes hydatiques ne renferment pas de têtes de *tænia*; on dit alors qu'on a affaire à des kystes acéphalocystes.

2° CONTENU DU KYSTE. — Certains kystes sont bourrés de vésicules secondaires, agglomérées presque à sec. D'autres contiennent un nombre plus ou moins considérable de vésicules filles flottant dans du liquide clair, « eau de roche ». Plus rarement la vésicule mère est distendue par son liquide caractéristique sans contenir de vésicules filles.

Le liquide qui remplit la vésicule a des caractères pathognomoniques. Il résulte de la liquéfaction centrale de la masse granuleuse qui formait autrefois le contenu solide de l'embryon hexacanthé. Clair et transparent comme de l'eau de roche, parfois légèrement opalin, comme de l'eau anisée, il est ordinairement neutre ou alcalin, de densité oscillant entre 1007 et 1016, non coagulable par la chaleur ou les acides, riche en chlorure de sodium. Ce liquide est parfois chargé en

albumine : c'est que l'hydatide est mort, disait GUBLER ; les recherches modernes ont établi, au contraire, que le liquide albumineux pouvait coïncider avec la vie persistante et l'activité reproductrice de l'entozoaire.

Le liquide vésiculaire normal est amicrobien : il reste stérile grâce à l'imperméabilité des membranes d'enveloppe. FINSEX, le premier l'a établi ; KORACH et KIRMISSON en ont fourni la preuve expérimentale par l'innocuité des injections intrapéritonéales de ce liquide ; CHAUFFARD et WIDAL, en ont fait la démonstration bactériologique. Cette aseptie normale peut être troublée par l'apport de germes infectieux venus, pour plus de la moitié de ces kystes à contenu septique, par la voie biliaire, pour un quart apportés par l'inoculation directe d'une ponction, pour un dixième ayant pénétré par les voies sanguine ou lymphatique. Or, comme l'ont montré CHAUFFARD et WIDAL, le liquide vésiculaire est un bon milieu de culture pour les microbes pathogènes.

Si le liquide est normalement exempt d'agents infectieux, il est, en revanche, habituellement pourvu de propriétés toxiques dont la notion a éclairé la pathogénie de certains symptômes, comme l'urticaire (signalé par MONNERET et bien étudié par FINSEX), ou de certains accidents, parfois consécutifs à la ponction exploratrice, tels que la dyspnée, les nausées, les vomissements, la syncope, le collapsus cardiaque. Cette action toxique, qui d'ailleurs est loin de répondre à une valeur constante, émane des hydatides, des produits de déchets et de décomposition de l'entozoaire mort, ou des substances issues de son activité reproductrice. Ce sont de vraies ptomaines : MOURSON et SCHLAGDENHAUFEN l'ont formulé avec netteté : DEBOVE l'a établi en reproduisant les phénomènes toxiques par l'injection sous-cutanée de liquide hydatique filtré ; ACHARD a fait une bonne étude de cette « intoxication hydatique » ; VIRON a isolé plus récemment une substance albuminoïde offrant les réactions chimiques des propeptones et les effets physiologiques des toxalbumines.

Symptômes. — 1° SYMPTÔMES FONCTIONNELS. — Le parasite évolue « à froid » dans le parenchyme hépatique, n'y provoquant, malgré le volume souvent considérable de la formation

kystique, que des lésions circonscrites, bornées au contact de la tumeur. D'autre part, il s'établit, dans le reste de l'organe, une hypertrophie compensatrice, bien connue depuis les travaux de PONFICK, de CHAUFFARD et d'HANOT, qui réalise une suppléance fonctionnelle efficace. — De ces deux raisons, il résulte que, dans la plupart des cas, la tumeur kystique a eu le temps d'atteindre un volumineux développement avant que les signes de l'insuffisance hépatique par diminution fonctionnelle de l'organe ou les symptômes de l'intoxication hydatique n'aient pu se manifester. — De là, en pratique, la prédominance des troubles mécaniques, et partant, des phénomènes locaux sur les troubles fonctionnels ; de là, la nécessité d'un examen attentif pour dépister cette affection, réduite ordinairement à de petits signes d'insuffisance hépatique : tels que de l'inappétence, surtout marquée pour les graisses (signe de DIEU-LAFOY), des vomissements, de la diarrhée, survenant avant et après le repas, de la douleur dans l'épaule droite, de l'urticaire par résorption toxique.

Ce n'est jamais sur ces signes médicaux, variables ou tardifs, que se basera un diagnostic de certitude : ce dernier ne peut naître que des renseignements locaux fournis par l'examen de la tumeur hépatique. C'est dire que, tant qu'un kyste de petit volume reste inclus en plein parenchyme, l'affection demeure latente ou méconnue.

2° SYMPTÔMES LOCAUX. — Ces signes physiques varient suivant le siège et le mode de présentation de la tumeur hépatique. Tantôt l'augmentation de volume du foie est générale, au moins dans toute la région droite. Tantôt elle est partielle, se détachant, sous la forme d'une saillie plus ou moins limitée, de la face antérieure ou inférieure des organes, et évoluant ainsi à la façon d'une tumeur abdominale. En d'autres cas, enfin, elle occupe la face convexe du viscère, se développant vers le thorax.

1. *Cas d'une tuméfaction diffuse du foie.* — Soit d'abord le cas où la production hydatique, en tuméfiant l'organe, lui conserve sa forme générale, sans se dégager du parenchyme en une saillie perceptible à sa surface. Alors, l'inspection de la région fait constater une voussure, qui déborde le rebord costal, sou-

lève l'hypochondre et agrandit les espaces intercostaux. Le diagnostic se discute, en pareils cas, avec toutes les cirrhoses hypertrophiques sans ictère : tuberculose du foie ; cirrhose dyspeptique ; forme hypertrophique de la cirrhose alcoolique. Seule, la ponction exploratrice tranche la question.

II. *Kystes hydatiques issus de la face antérieure ou inférieure du foie.* — Au lieu de déterminer une tuméfaction hépatique, massive, diffuse, il est habituel que le kyste, suivant son lieu de fixation initiale et le sens de son développement ultérieur, se dégage du foie, sur un point de sa périphérie et vienne constituer une tumeur juxtaposée à l'organe, en saillie plus ou moins sessile, circonscrite, mieux accessible à nos moyens d'exploration.

C'est le cas ordinaire des kystes évoluant, en se dégageant du parenchyme, soit vers la face antérieure du viscère, soit vers sa face inférieure. Nous ne trouvons plus alors le soulèvement massif de l'hypochondre et son élargissement régulier : sur un point, une voussure globuleuse se dessine. Elle est lisse, arrondie, régulière, indolente ou peu douloureuse ; il est exceptionnel d'y trouver une fluctuation : TRÉLAT insistait sur ce caractère ; ces tumeurs sont ordinairement tendues, résistantes, donnant, avec d'autant plus de netteté qu'elles sont superficielles, la sensation d'une poche dont les parois ont une réaction élastique. Percutée, la tumeur donne un son mat. De même que la palpation montre la continuité de sa saillie avec le relief hépatique sous-costal, de même la percussion montre que sa matité se continue en général avec celle du foie. Parfois cependant, une bande sonore s'interpose entre le foie et la tumeur : la présence du colon transverse ou l'existence d'une dilatation gastrique, troublent, ainsi, les indications de la percussion.

Quand un kyste hydatique est nettement accessible, comme c'est le cas surtout des kystes antéro-inférieurs, sa percussion peut déterminer l'apparition du signe pathognomonique connu sous le nom de *frémissement hydatique*. Placez, sur la tumeur, l'index, le médius et l'annulaire de la main gauche, écartés l'un de l'autre, et percez le médius d'un coup preste et détaché :

vous éprouvez la sensation d'un choc vibrant, comparable absolument à celui que donne la percussion d'un fauteuil, aux ressorts bien tendus. En 1813, BLATIN fut le premier à noter ce signe : en 1828, BRIANÇON l'étudia et le dénomma. Ce frémissement est considéré par quelques-uns comme le résultat de la collision des hydatides s'entre-choquant. DAVAINÉ et BOINET ont proposé une autre explication, à laquelle nous préférons nous rallier. Dans une poche à parois minces, un liquide peu dense est contenu, en tension suffisante pour transmettre rapidement les ondes de percussion, pas assez élevée pour les annuler ; qu'un choc y vienne créer des vibrations liquides : elles se répercuteront, comme des ondes sonores vibrent en échos multiples. Donc, trois conditions physiques nous semblent présider à l'apparition de ce phénomène : 1° la souplesse suffisante des parois contenant ; 2° les qualités fluides du liquide contenu ; 3° sa tension moyenne. La preuve en est qu'il se produit dans ses kystes monovésiculaires : il existait, très net vers l'épigastre, chez un enfant que nous avons opéré d'une grande poche sans vésicules filles, tandis qu'il manquait chez un adulte, opéré à quelques jours de là, pour un kyste bourré de vésicules secondaires. Prenez dans la paume une vésicule et secouez le poignet : elle vous donne le frémissement de BLATIN. Et toute poche non hydatique, mais qui remplit les conditions physiques requises, le fournira également : POTAIN l'a bien indiqué ; SEGOND et nous l'avons retrouvé dans un kyste du ligament large.

Quand le siège du kyste est antérieur, ce qui est le plus fréquent, on trouve la voussure dans l'épigastre, si le lobe gauche est intéressé ; on voit la base du thorax évasée, déjetée, si l'affection porte sur le grand lobe hépatique. Ici la netteté de la tumeur, la continuité de sa matité ou de sa surface palpable avec celles du foie simplifient le diagnostic. — Au contraire, les kystes émanés de la face inférieure du foie, évoluant dans la cavité abdominale, et dont la matité est parfois séparée de la zone mate hépatique par une région sonore, prêtent à confusion avec certaines tumeurs abdominales, kystiques ou non : hydronéphrose ; hydropisie de la vésicule ; kyste de l'ovaire ;

kyste mésentérique. La ponction par la voie antérieure ou lombaire tranche le débat; et si la tumeur, profondément située, paraît périlleuse à ponctionner, la seule notion nette est fournie par la laparotomie exploratrice.

III. *Kystes de la face convexe à évolution thoracique.* — Ici, la

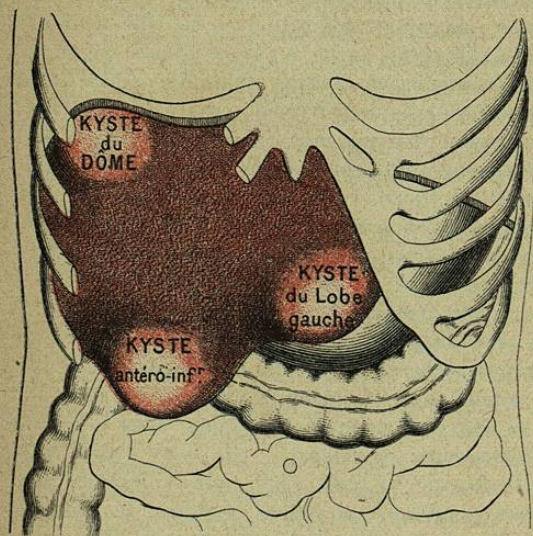


Fig. 171.

Schéma montrant l'évolution des kystes issus du dôme ou de la face antérieure du foie.

tumeur, dissimulée par le plan costal, échappe à nos moyens d'exploration directe. Un malade présente une voussure non circonscrite de la partie inférieure droite du thorax; les côtes sont immobilisées; les vibrations thoraciques diminuées ou abolies; le poumon est refoulé, imperméable; sur une plus ou moins grande hauteur, la matité est complète et le murmure vésiculaire supprimé. Dans un fait observé par Gooch, le poumon était réduit au tiers de son volume normal. S'agit-il d'un kyste ou d'un épanchement intra-pleural? Les nuances sont délicates

à fixer; les médecins ont essayé de les préciser. La matité pleurétique, suivant DAMOISEAU, est limitée en haut par une courbe parabolique dont l'axe est formé verticalement par la ligne des angles costaux; dans le kyste la ligne de matité des-

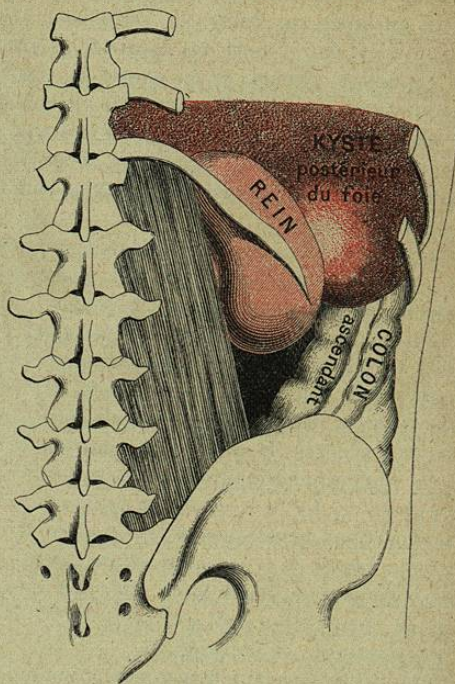


Fig. 172.

Schéma montrant l'évolution et les rapports d'un kyste postérieur du foie.

sine toujours une courbe à convexité supérieure dont l'axe n'est plus sur la ligne angulo-costale, mais sur la ligne axillaire. La direction oblique descendante des côtes s'exagère, nous disent GUÉNEAU DE MUSSY et CHAUFFARD, dans la pleurésie et diminue dans le kyste. Dans le kyste, le foie n'est pas abaissé comme il

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

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

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

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

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

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

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

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

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