

tissu du poumon refoulé, étaient tapissées par une couche de pus concret. Cette cavité était remplie par une acéphalocyste unique, qui y était libre de toutes parts. La surface intérieure de la poche qui constituait cet entozoaire était parsemée d'une quantité infinie de petites granulations blanches, ayant la plupart le volume d'une très-petite tête d'épingle; quelques-unes, plus considérables, étaient d'un blanc mat et avaient le volume d'un pois. Elle était remplie par un liquide semblable à de l'eau de roche. Le tissu qui composait ses parois était lisse, doux au toucher, assez bien comparable au tissu de la cornée transparente, qui, macérée dans l'eau, s'est imbibée de ce liquide.

Sur la face supérieure du lobe droit du foie, non loin de l'insertion de son ligament suspenseur, on apercevait une tache blanche, ayant une étendue double d'une pièce de cinq francs. Par le toucher, on reconnaissait dans toute l'étendue de cette tache une résistance qui indiquait la présence d'un liquide; on éprouvait la même sensation en touchant le foie à sa face inférieure, à droite de la vésicule biliaire; là, le tissu du foie paraissait comme bosselé. Une incision fut pratiquée sur la tache blanche, et l'on vit s'élaner avec force un liquide transparent et incolore comme de l'eau de roche, contenu dans une acéphalocyste semblable à celle du poumon, plus grosse toutefois, et en différant encore par la présence d'une membrane fibreuse qui la séparait du tissu même du foie.

IV^e OBSERVATION.

Acéphalocystes dans le lobe inférieur du poumon droit. Bruit respiratoire plus fort de ce côté; pas d'autre signe d'affection pulmonaire.

Une femme, de quarante-cinq ans environ, mourut d'un cancer utérin. Soumise à notre observation pendant les deux

derniers mois de sa vie, elle ne nous offrit jamais aucun symptôme du côté de la poitrine. La respiration était libre, la toux nulle; le bruit respiratoire s'entendait seulement avec plus de force dans le poumon droit que dans le gauche; la poitrine, percutée, résonnait également bien partout. L'inégalité d'intensité du bruit respiratoire était assez prononcée pour qu'il fixât notre attention; mais quelle en était la cause? L'altération existait-elle du côté où le bruit respiratoire était le plus faible, ou bien du côté où il était le plus fort? Beaucoup de conjectures pouvaient être établies, sans qu'aucun diagnostic certain pût être porté.

L'ouverture du cadavre montra dans l'appareil respiratoire l'existence d'une lésion, qu'en raison de sa rareté nous n'avions pas même soupçonnée. Le poumon droit, c'est-à-dire celui dans lequel le bruit respiratoire s'entendait avec le plus d'intensité, contenait, vers le centre de son lobe inférieur, une acéphalocyste, du volume d'une grosse noix, qui en contenait plusieurs autres petites. Des granulations blanchâtres, des espèces de bourgeons tapissaient la surface interne de la plus grosse. Ces entozoaires étaient renfermés dans une cavité dont les parois étaient tapissées par une membrane fibro-celluleuse. Entre celle-ci et l'hydatide était interposée, en petite quantité, une matière rougeâtre, bourbeuse, assez semblable à de la lie de vin. Partout le tissu pulmonaire était sain et crépitant.

Chez cette malade il semblait qu'une sorte de respiration supplémentaire se fût établie dans le poumon, dont une petite portion refoulée par le kyste hydatique était devenue imperméable à l'air (1).

(1) N'existait-il pas plutôt dans ce cas une nuance de la *respiration bronchique*?

V. OBSERVATION.

Acéphalocystes dans les veines pulmonaires. Anévrysme du cœur.

Un homme de cinquante-cinq ans s'était mal nourri depuis un an et avait souvent éprouvé toutes les angoisses de la misère. Pendant son séjour à la Charité, ce malade ne présentait d'autre phénomène que les symptômes ordinaires d'une affection de cœur : battements s'entendant avec bruit, mais sans impulsion, dans toute l'étendue du sternum et sous les deux clavicules; pouls ordinaire, face bouffie et violacée; infiltration des membres; état d'orthopnée habituel; en plusieurs points des parois thoraciques l'on entendait du râle bronchique humide, et en d'autres il y avait absence complète de respiration. Cependant la difficulté de respirer devint de plus en plus grande, et le malade succomba dans un état d'asphyxie.

Les deux poumons furent trouvés remplis d'un grand nombre d'hydatides. Nous crûmes d'abord qu'elles étaient logées dans le parenchyme même des poumons; mais bientôt une dissection plus attentive nous découvrit un fait qui a, jusqu'à présent, peu d'analogues dans les annales de la science, savoir, l'existence des hydatides dans les veines pulmonaires. M. Breschet a bien voulu examiner la pièce avec nous.

Plusieurs de ces hydatides étaient logées dans des poches à surface lisse, qui nous parurent d'abord autant de kystes. D'autres, vides et plusieurs fois roulées sur elles-mêmes, étaient contenues dans d'étroits canaux, dont elles avaient pris la forme allongée. La surface interne de ces canaux était lisse comme celle des grandes poches; ils se ramifiaient comme des vaisseaux. Enfin nous reconnûmes bientôt qu'à chaque poche

aboutissait un vaisseau d'un petit calibre, qui, pour la former, subissait une dilatation plus ou moins considérable. Nous disséquâmes alors les veines pulmonaires à leur entrée dans le cœur et nous les suivîmes dans le poumon : lorsque nous fûmes arrivés à leurs divisions presque capillaires, nous commençâmes à voir plusieurs d'entre elles présenter un grand nombre de renflements que remplissaient des hydatides. Après s'être ainsi dilatée, la veine reprenait son calibre primitif, puis, un peu plus loin, elle se dilatait encore. Les poches les plus considérables auraient pu admettre une grosse noix, et les plus petites auraient pu à peine recevoir un pois. Elles existaient également dans les deux poumons. Les hydatides qu'elles contenaient avaient tous les caractères des acéphalocystes : plusieurs présentaient dans leur épaisseur des petits points d'un blanc mat; d'autres offraient à leur surface interne un grand nombre de granulations miliaires. La plupart étaient rompues. Autour d'elles, le tissu pulmonaire était en plusieurs points sain et crépitant, en d'autres fortement engoué et même hépatisé.

Un vaste kyste hydatifère, à parois cartilagineuses, pouvant admettre dans son intérieur une grosse orange, existait au milieu du foie, dont il avait refoulé le parenchyme : huit à dix acéphalocystes y étaient renfermés. C'est la seconde fois que nous constatons l'existence simultanée des hydatides dans le foie et dans le poumon.

Les cavités droites du cœur étaient considérablement dilatées et les parois du ventricule droit un peu hypertrophiées.

Ce n'est point ici le lieu de rappeler les cas bien avérés, et peu nombreux jusqu'à présent, dans lesquels des entozoaires de différentes espèces ont été trouvés dans les vaisseaux artériels et veineux, soit de l'homme, soit des animaux. Rudolphi les a rassemblés dans son savant ouvrage : il cite des exemples de strongles, de filaires, de distômes, etc., observés dans les

vaisseaux ; mais, ni lui ni les autres elminthologistes ne disent que des vers vésiculaires aient été trouvés dans les voies de la circulation.

La présence d'un aussi grand nombre d'hydatides dans les veines pulmonaires a dû nécessairement gêner la circulation ; a-t-elle contribué à la dilatation considérable qu'avaient subie les cavités droites du cœur ?

VI^e OBSERVATION.

Débris d'acéphalocystes expectorés. Hémoptysie.

Un marchand de vin, âgé de vingt-huit ans, toussait depuis quatre mois lorsqu'il entra à la Charité. Depuis ce temps, il avait eu plusieurs hémoptysies ; il ressentait une douleur habituelle au-dessous du sein gauche. Nous le trouvâmes dans l'état suivant :

Face pâle ; maigreur ; respiration courte ; décubitus impossible à gauche, à cause de la douleur. Toux fréquente ; crachats formés d'un mucus opaque et verdâtre ; résonnance égale de la poitrine dans tous les points ; râle bronchique en arrière des deux côtés ; apyrexie. Tout devait faire craindre chez ce malade l'existence de tubercules pulmonaires. Le troisième jour de son entrée, il expectora un large fragment de membrane roulée sur elle-même, ayant tout-à-fait l'aspect caractéristique du tissu des acéphalocystes, aspect qu'il est impossible de confondre avec celui d'un autre. Cette membrane, déroulée, avait à peu près la largeur de la paume de la main. Ainsi, il était bien évident qu'elle ne s'était point formée dans les bronches ; elle ne pouvait provenir que d'une excavation tuberculeuse, ou bien d'une cavité renfermant un kyste hydatique, comme les précédentes observations nous en ont offert

des exemples. Cette dernière opinion nous parut la plus probable. Les jours suivants, le malade cracha beaucoup de sang ; d'abondantes saignées furent pratiquées, l'hémoptysie cessa, et le malade, se trouvant mieux, voulut quitter l'hôpital.

Ce cas est à ajouter à ceux déjà consignés dans les auteurs sur ces expectorations d'hydatides. On conçoit que leur expulsion totale peut être suivie de guérison, pourvu que la disposition qui leur avait donné naissance n'en reproduise pas d'autres ; qu'elles ne soient compliquées d'aucune autre affection du poulmon, comme c'était le cas de l'individu qui fait le sujet de notre troisième observation, et pourvu qu'enfin la cavité qui logeait les hydatides, au lieu de s'effacer après l'expulsion de celles-ci, ne se transforme pas en une ulcération incurable, ce qui est possible. M. le professeur Fouquier a bien voulu nous communiquer verbalement l'observation d'un individu chez lequel avaient existé tous les symptômes rationnels d'une phthisie pulmonaire déjà très-avancée. Ce malade recouvra une parfaite santé après avoir expectoré une grande quantité d'hydatides rompues. Plusieurs auteurs ont rapporté des cas analogues. Ainsi on lit dans les *Transactions philosophiques de Londres* l'histoire d'une femme de quarante-neuf ans, qui éprouvait depuis quelque temps une douleur au côté droit de la poitrine, une toux incommode et une grande difficulté de respirer. Il survint une expectoration d'une matière gélatineuse, au milieu de laquelle nageaient des hydatides. La malade en rendit d'abord qui adhéraient les unes aux autres et qui étaient crevées. Elle continua à expectorer chaque jour quelques hydatides pendant près de quatre mois. Alors la toux et la dyspnée (c'était en été) diminuèrent notablement. Cependant les crachats contenaient toujours de temps en temps quelques hydatides. Au mois de janvier, tous les accidents prirent une nouvelle intensité, et la malade expectora à la fois

une grande quantité d'hydatides. Elle recouvra bientôt après une santé parfaite. Cette femme avait rendu par l'expectoration plus de cent hydatides. Les plus grosses, égalant le volume d'un petit œuf de poule, étaient rompues. Le plus grand nombre avait à peu près le volume d'une noix muscade; plusieurs de cette seconde classe furent rendues entières.

A la suite de ces différents cas, relatifs aux hydatides pulmonaires, nous placerons un autre cas d'expectoration de ces entozoaires, observé et recueilli par M. le docteur Smith, qui l'a communiqué, il y a trois ans environ, à une Société de médecine de Paris.

VII. OBSERVATION.

Hydatides rendues par l'expectoration.

Madeleine Vivois, âgée de vingt ans, marchande de mouton, a les apparences du tempérament sanguin. Sa mère est morte phthisique à l'âge de trente ans. Son père vit encore et jouit d'une parfaite santé. Elle a une sœur, âgée de dix-sept ans, qui n'a commencé à parler qu'à quinze, mais qui, du reste, se porte bien. Madeleine Vivois a eu dans son enfance la variole, la rougeole et la coqueluche, et n'a éprouvé depuis aucune maladie grave. Son habitation et sa nourriture ont toujours été saines. Ses règles ont commencé à paraître il y a seulement six mois. Cet écoulement, qui s'est établi sans aucun accident, a continué à revenir régulièrement, mais en très-petite quantité.

Cette jeune fille, sans cause apparente, éprouva, dans les premiers jours de novembre 1815, un malaise général, de légers frissons dans le dos et dans les membres, qui n'étaient

pas, dans le commencement, suivis de chaleur. La langue était, le matin, chargée d'un léger enduit blanchâtre, un peu amer: il y avait un peu de céphalalgie sus-orbitaire, dégoût et quelques nausées. Une toux assez forte se déclare presque en même temps sans douleur à la poitrine; l'expectoration était simplement muqueuse: il y avait constipation. Ces symptômes prirent peu à peu plus d'intensité, et, le 12, la fièvre vint s'y joindre. A cette époque, la malade, qui avait jusqu'alors continué ses occupations, s'alita. La fièvre devint plus forte, avec des exacerbations le soir; une douleur se fit sentir à l'épigastre; les nausées se renouvelèrent; il y eut même, dans la nuit du 16 au 17, des vomissements de matières muqueuses et bilieuses. Le 17 au matin, je trouvai la malade dans l'état suivant:

Décubitus indifférent, sommeil presque nul, sens et fonctions intellectuelles intègres, face colorée, yeux vifs, un peu injectés; céphalalgie sous-orbitaire très-forte; langue couverte d'un enduit jaunâtre assez épais, bouche amère, légère teinte jaune autour des lèvres et des ailes du nez; voix rauque; la poitrine résonnait bien dans toutes ses parties et n'offrait aucun point douloureux; toux fréquente, pénible; expectoration peu abondante de crachats muqueux et filants; épigastre douloureux: on y sentait une légère résistance, à laquelle je fis alors peu d'attention. Depuis le dernier vomissement il y avait encore eu quelques nausées; appétit nul; soif assez vive; constipation depuis plusieurs jours; urine foncée en couleur, peau chaude, pouls régulier, assez développé, un peu plus vite que dans l'état naturel; faiblesse générale, lassitude dans les membres, amaigrissement peu marqué.

Persuadé que cette maladie n'était autre chose qu'un catarre pulmonaire compliqué d'embarras gastrique, je pres-

crivis un vomitif, une tisane pectorale et une potion huileuse. Les symptômes de l'embarras gastrique et ceux du catarrhe pulmonaire diminuèrent beaucoup les jours suivants; mais, en palpant l'épigastre, la résistance qu'on y rencontrait fixa davantage mon attention. J'y reconnus manifestement une tumeur presque exactement semi-circulaire, placée sur la ligne médiane, et faisant au-dessous de l'appendice sternal et du rebord cartilagineux des côtes une saillie d'un pouce et demi environ. La pression y déterminait une douleur plus vive que les jours précédents. Cependant les hypochondres n'étaient pas douloureux; le décubitus était indifférent. Je soupçonnai que le lobe gauche du foie avait pu s'enflammer isolément, et former, par suite du gonflement inflammatoire dont il était le siège, la tumeur dont il était question; l'on pouvait même expliquer par là tous les symptômes qui s'étaient manifestés jusqu'alors, et la toux, si fréquente dans les affections du foie, et les signes d'embarras gastrique. Je fis donc appliquer, le 21 novembre, douze sangsues sur l'épigastre, et continuai la tisane pectorale et la potion huileuse. Le volume de la tumeur diminua, ainsi que le sentiment douloureux que la pression y faisait naître; l'appétit reparut; le pouls revint à son état naturel: il ne restait qu'un peu de toux et une légère expectoration insignifiante. Croyant la convalescence assurée, je cessai de voir la malade le 1^{er} décembre. Le hasard me conduisit chez elle le 7 du même mois, à neuf heures du matin. Je la trouvai dans un abattement extrême, la face pâle et maigrie, les yeux ternes, le pouls faible. Voici ce qui s'était passé:

Après avoir joui pendant quatre jours d'une assez bonne santé, Madeleine Vivois recommença à tousser plus que les jours précédents. Le 5 décembre, vers midi, elle ressentit tout-à-coup, à la partie antérieure, inférieure et droite de la poitrine, une douleur aiguë et accompagnée d'une toux très-

fatigante et d'un étouffement assez considérable. La douleur cependant se calma un peu quelques instants après; des nausées, puis des vomissements ne tardèrent pas à paraître. Les matières rejetées n'étaient que des mucosités amères. Ces vomissements se répétèrent plusieurs fois dans le reste de la journée. La malade éprouvait un malaise général et une chaleur intérieure très-incommode, qui, joints à la toux, ne lui permirent de prendre aucun repos.

La toux fut très-violente toute la journée du 6; l'expectoration était simplement muqueuse; mais le soir du même jour, au milieu des efforts d'une toux très-pénible, la malade commença à expectorer des mucosités sanguinolentes, auxquelles se mêlèrent bientôt des petits corps vésiculeux, arrondis et ovoïdes. Cette expectoration, accompagnée de refroidissement des extrémités, et d'un étouffement si considérable, qu'il fit plusieurs fois craindre pour la vie de cette jeune fille, continua toute la nuit, et ne cessa que vers cinq heures du matin. Un sommeil d'une heure avait alors un peu réparé ses forces. Depuis son réveil, elle n'avait plus expectoré que des mucosités épaisses et sanguinolentes.

Le produit de l'expectoration, depuis la veille au soir, remplissait la moitié d'un grand pot de nuit. Les petits corps vésiculeux, arrondis ou ovoïdes, dont j'ai parlé, étaient facilement reconnaissables pour des hydatides. Les kystes de ces animalcules étaient transparents dans une partie de leur étendue; le reste était blanc et opaque, comme cartilagineux. Ces hydatides n'étaient pas toutes de la même grosseur: les unes pouvaient avoir le volume d'une grosse noisette et étaient rompues; les autres, et c'était le plus grand nombre, avaient un peu moins de volume; quelques-unes de celles-ci étaient encore entières; d'autres, enfin, très-petites, avaient presque toutes conservé leur intégrité. En ouvrant celles qui n'avaient

pas été rompues, il en sortait un fluide incolore. Au milieu des matières expectorées on voyait aussi des morceaux de membrane assez considérables, qui pouvaient bien être les lambeaux d'un kyste général qui contenait tous ces petits kystes hydatiques. Madeleine Vivois m'assura que les deux jours précédents elle avait expectoré trois de ces petits kystes.

Malgré la grande faiblesse de la malade, sa vie ne paraissait pas actuellement en danger : le pouls, quoique faible, n'était pas petit; la peau était chaude et moite; la tumeur de l'épigastre était notablement diminuée et un peu moins douloureuse; aucune douleur ne se faisait ressentir dans la poitrine, qui résonnait bien dans tous ses points. La malade se plaignit seulement d'une céphalalgie assez vive et d'un goût de sang très-incommode au fond de la bouche; la langue était chargée d'un enduit jaunâtre dans le milieu, elle était rouge à sa pointe; il y avait eu dans la nuit une selle de matière fécale liquide.

La malade conserva encore pendant quelques jours la céphalalgie et le goût de sang qu'elle avait dans la bouche. Sa langue se nettoya peu à peu; son appétit revint; la toux, très-pénible pendant plusieurs jours, et l'expectoration, d'abord très-abondante, diminuèrent progressivement; les crachats, muqueux et presque puriformes, ne furent bientôt plus que de simples mucosités claires. Le 31 décembre, la malade expectora encore trois petites hydatides. Leur sortie avait été précédée de quintes de toux très-fatigantes. Elle n'en a pas rendu depuis. Le 16, elle ressentit au côté droit de la poitrine une douleur assez forte, qui cessa le soir, pour ne plus reparaitre. La tumeur de l'épigastre continua à diminuer de volume, sans cependant se dissiper totalement, et il ne fut bientôt plus douloureux qu'au toucher. La douleur cessa même tout-à-fait, mais seulement pour quelques jours. Le 24 du même mois, la malade rendit par les selles un ver ascaride

lombricoïde, d'environ un pied de longueur. Les forces se réparèrent promptement; l'embonpoint et les couleurs ne tardèrent pas non plus à revenir, et vers le milieu de janvier 1816, Madeleine Vivois fut en état de reprendre ses occupations. Elle ne conservait plus alors qu'un peu de toux et une légère expectoration; on sentait encore un peu la tumeur de l'épigastre, qui n'était plus que très-peu douloureux au toucher; la voix était encore un peu rauque.

J'ai, depuis cette époque, rencontré souvent cette jeune fille, qui paraît toujours jouir d'une bonne santé : sa voix n'a cependant pas repris le timbre qu'elle avait avant sa maladie.

Les hydatides expectorées par cette malade s'étaient-elles formées dans le poumon? On peut en douter, et il n'est pas invraisemblable que leur siège fut dans cette tumeur reconnue par M. Smith à la partie droite de l'épigastre, tumeur qui semblait appartenir au foie. Il est très-possible que les hydatides qu'elle contenait se soient frayé une route dans la poitrine à travers le diaphragme, et soient ainsi parvenues dans les bronches. Le cas suivant milite en faveur de cette manière de voir. Ce cas est relatif à un homme de cinquante ans environ qui mourut dans notre service à la Maison royale de Santé, après avoir présenté un ictère, et d'autres symptômes d'une affection du foie. Nous trouvâmes dans cet organe une vaste poche remplie d'hydatides, et qui communiquait à travers le diaphragme avec une autre cavité, pleine de pus et d'hydatides, creusée à la base du poumon droit.