

TROISIÈME LEÇON.

AUGMENTATION DE VOLUME DU FOIE (SUITE).

IV. — TUMEUR HYDATIQUE.

La quatrième forme d'augmentation de volume du foie, sans douleur (1), est due à la présence d'une tumeur hydatique. Quoique cette maladie soit moins commune ici que dans quelques autres pays (2), j'ai cependant eu maintes occasions de vous montrer ses caractères cliniques, qui sont les suivants :

1° L'augmentation de volume peut être très-considérable, de façon à remplir la plus grande partie de la cavité abdominale, ou atteindre en haut presque jusqu'à la clavicule. A une période moins avancée, les hydatides peuvent constituer une tumeur globuleuse, dans une portion du foie, pas plus grosse qu'une orange, et qui peut même, par sa situation et son volume, échapper complètement à l'observation.

(1) Je crains que M. Murchison n'ait été entraîné, pour les besoins de sa classification, d'ailleurs très-clinique, à faire de l'absence de la douleur un des caractères symptomatiques de la tumeur hydatique. Si ce caractère, en effet, est exact pour les cas où la tumeur se développe lentement, surtout vers le bas, et où elle ne prend pas des proportions considérables, combien d'exceptions on rencontre, même en dehors des complications ! Aussi tout en tenant compte de l'opinion de l'auteur, peut-être ne faudrait-il pas trop s'appuyer sur la constatation du symptôme douleur pour écarter l'idée d'une tumeur hydatique. M. Murchison fait du reste, à ce sujet, quelques restrictions, p. 57. (N. D. T.)

(2) Sur 2100 autopsies relevées à l'hôpital Middlesex du 19 avril 1853 au 25 août 1863, on ne trouva des hydatides que 13 fois, soit une fois sur 161 cas ; et sur ces 13 cas, 7 fois seulement les hydatides furent la cause de la mort, soit 1 fois sur 300 cas. Mais, en Islande, Eschricht a calculé que 1/6 de la population est affectée d'hydatides ; et, d'après Hjaltelin, on en trouverait chez 1/5 des cadavres d'adultes (*British med. Journ.*, 14 août 1869). Dans les hôpitaux d'Australie, les hydatides causeraient la mort dans 1 cas sur 139 décès (Mac Gillivray, *Australian med. Journ.*, mars 1867). D'autre part, les hydatides sont beaucoup plus rares en Écosse qu'en Angleterre. Le docteur Scott Orr a compulsé les relevés de l'Infirmerie Royale de Glasgow depuis les périodes les plus reculées et n'a pu trouver que trois cas, un où les hydatides siègeaient dans la mamelle, et deux dans le foie (*Glasgow med. Journal*, janvier 1876). Le docteur Gairdner assure également que sur plusieurs milliers d'autopsies qu'il a pratiquées ou vu pratiquer, pendant son exercice à l'Infirmerie Royale d'Édimbourg, il n'a vu qu'un seul cas d'hydatides affectant quelque partie du corps, et c'était dans ce cas la partie supérieure du poumon droit. Le malade avait paru venir de Newcastle (*Clinical Medicine*, p. 431). Cette immunité pourrait-elle tenir à la non-importation des moutons étrangers en Écosse ?

2° Contrairement aux augmentations de volume dont nous nous sommes déjà occupé, celle-ci n'est pas uniforme dans toutes les directions, mais généralement elle en suit une, de telle sorte que la forme normale du foie est considérablement altérée (fig. 14 et 15 ; voir obs. XVI et XVII). Si la tumeur se développe en haut, le contour arqué qu'affecte ordinairement la limite supérieure de la matité hépatique, se trouvera exagéré ; si elle se développe en bas, on constatera que la limite inférieure de la matité hépatique sera normale à certains endroits, tandis que, dans d'autres, on trouvera une tumeur abrupte, saillante (fig. 14). Il n'est pas rare de lui voir prendre une direction latérale, et causer une voussure plus ou moins prononcée des côtes ; dans ce cas, on peut prendre la maladie pour un empyème, qu'on différenciera par les caractères déjà énumérés (p. 10). C'est dans le lobe droit du foie que la tumeur se développe habituellement.

3° La tumeur hydatique n'est ni dense ni pâteuse, mais élastique, ou même fluctuante. Si son siège est profondément situé, avec une couche épaisse de tissu hépatique qui la sépare de la face externe, la tumeur sera seulement élastique ; mais, si elle se rapproche de la surface, il y aura une fluctuation nette, accompagnée du ballottement du fluide à la palpation. On constate parfois le signe connu sous le nom de vibration hydatique. C'est une sensation particulière de tremblement qu'on ressent lorsque, posant à plat trois doigts de la main gauche sur la tumeur, on frappe brusquement sur le dos du médius gauche avec le bout du médius droit. Ce signe n'est pas dû, comme on le prétend généralement, à des vésicules secondaires renfermées dans le kyste principal et frappant ses parois ; on peut le constater sur des hydatides stériles (1), et il n'est pas spécial aux tumeurs hydatiques. On le fait naître toutes les fois qu'on agit de la façon que je viens d'indiquer sur tout kyste volumineux, à parois minces et tendues et dont le contenu est aqueux. Mais comme les seules tumeurs du foie qui répondent à ces caractères sont les kystes hydatiques, il s'ensuit que la constatation de ce signe est de grand valeur pour le diagnostic de ces tumeurs. Malheureusement, il manque complètement dans une grande partie, — peut-être même la majorité, — des cas.

4° La surface de la tumeur est complètement dépourvue d'inégalités. Dans des cas rares, lorsqu'il y a plusieurs kystes distincts faisant saillie à la surface du foie, cet organe peut paraître, à travers les parois abdominales, avoir un aspect un peu lobulé qui rendrait parfois le diagnostic très-embarrassant. Il ne faut donc pas perdre de vue la possibilité de cette source d'erreur.

5° L'ascite, l'œdème des extrémités inférieures, le développement des

(1) Voir aussi Trousseau, *Clinique médicale*, t. III 3^e éd.

veines superficielles de l'abdomen, et les hémorroïdes, ne sont pas des caractères distinctifs de la tumeur hydatique du foie. Quand ils surviennent, dans de rares cas, on doit les considérer dans une certaine mesure comme accidentels et dus à la compression exercée par la tumeur sur le tronc de la veine porte, ou de la veine cave inférieure, ou des veines iliaques. Il faut bien se garder de prendre pour une ascite un énorme kyste hydatique faisant saillie au bas du foie et remplissant la partie antérieure de la cavité abdominale. On reconnaît ce dernier à la façon dont s'est fait le développement de la tumeur, de haut en bas, et à ce que les portions de l'abdomen qui donnent un son tympanique ne sont pas les plus élevées dans quelque position du malade que ce soit. Ainsi, quand celui-ci est sur le dos, il peut y avoir de la matité à la percussion et des signes non équivoques d'épanchement dans la partie la plus élevée de l'abdomen, tandis que dans les deux flancs la percussion donne un son tympanique (*voir* obs. XXXVIII). Si la tumeur hydatique du foie coexiste avec de l'ascite, et si on n'a pas eu l'occasion d'examiner le malade avant l'apparition de l'ascite, le diagnostic sera extrêmement difficile, sinon impossible.

6° L'augmentation de volume de la rate n'est pas une conséquence ordinaire de la tumeur hydatique du foie, mais elle peut survenir dans des circonstances semblables à celles qui amènent l'ascite. Dans des cas très-rares, la rate peut être augmentée de volume par suite de la présence de tumeurs hydatiques secondaires.

7° L'ictère est aussi un symptôme exceptionnel, et, pour ainsi dire, accidentel de la tumeur hydatique du foie. Lorsqu'il existe, il est dû à la pression exercée par la tumeur sur le canal cholédoque dont le calibre se trouve ainsi rétréci ou oblitéré, au catarrhe des voies biliaires, ou à l'envahissement des canaux biliaires par la tumeur, dont le contenu obstrue ces conduits. Je puis vous montrer ici une pièce prise sur un sujet qui avait été dans mon service et chez lequel l'ictère était dû à la dernière de ces causes (obs. XXXIV); vous avez eu d'ailleurs d'autres occasions d'étudier les symptômes dans des cas semblables qui se sont terminés à l'hôpital par la mort (obs. XXXI à XXXIII).

8° L'augmentation de volume du foie par tumeur hydatique entrave rarement les fonctions des reins; par suite, nous ne devons pas rencontrer ces altérations de l'urine si communes dans le foie cireux et assez fréquentes dans le foie gras. Dans des cas rares, cependant, les reins peuvent aussi être le siège d'hydatides, ou encore la pression exercée sur l'uretère par une grosse tumeur hydatique du foie peut amener une pyélite. Dans ces circonstances, l'urine peut contenir une grande quantité de pus, comme cela est arrivé chez un malade qui était dans mon service, à cet hôpital, il y a quelques années, et dont je vous rapporterai l'histoire

(obs. XLII). L'urine contient parfois de l'albumine, probablement par suite de la pression sur la veine rénale, puisqu'elle disparaît quand le kyste a été vidé.

9° Le développement d'une tumeur hydatique est lent et imperceptible, et, lorsque la tumeur est volumineuse, elle a généralement existé pendant des années avant que le malade demande avis à un médecin. Le docteur Budd signale le cas d'une dame qui mourut à l'âge de soixante-treize ans et chez laquelle on trouva deux tumeurs hydatiques du foie, qui existaient, — on avait tout lieu de le croire, — depuis l'âge de huit ans (1).

10° Le caractère latent de la tumeur hydatique du foie est un de ses principaux traits. Elle atteint souvent un grand volume sans causer ni douleur ni malaise, et souvent même sans que le patient ait conscience de sa présence (2), et à moins que la poche ne s'enflamme sur sa face interne ou externe, on peut ordinairement manipuler la tumeur comme on veut sans provoquer de la sensibilité. Les premiers indices locaux de sa présence sont ceux qui résultent de la pression qu'elle exerce sur les organes adjacents, une sensation de pesanteur ou de distension, de tiraillements douloureux, ou d'embarras de la respiration. Alors, mais non jusqu'à ce moment, elle peut devenir le siège de crises accidentelles de douleur aiguë et de sensibilité, par suite de l'inflammation du péritoine qui le recouvre. Mais parfois une tumeur d'un faible volume relativement cause de la douleur en se développant dans une direction où il n'y a que peu d'espace pour son accroissement, ou en comprimant quelque nerf (obs. XXI).

11° Pareillement, les symptômes constitutionnels peuvent manquer complètement. Même lorsqu'elle a acquis un volume considérable, souvent la tumeur n'entrave pas les fonctions du foie. Il n'y a ni fièvre ni trouble de la santé générale et les principaux symptômes sont ceux dus à la pression exercée sur les organes voisins, et à la gêne apportée à leurs fonctions. Il y a quelques années, une malade se présenta à moi se plaignant de tousser, d'avoir la respiration courte et craignant d'être atteinte de consommation. En examinant la poitrine, je trouvai une énorme tumeur hydatique du foie comprimant le poumon droit et produisant une forte voussure des côtes en même temps qu'une tumeur proéminente dans l'abdomen. Le malade n'avait ressenti que de la toux et de la dyspnée et ne se doutait pas de l'existence de quelque tumeur (obs. XLII). Il n'est pas rare non plus de voir des malades qui ont succombé à une inflammation

(1) *Diseases of Liver*, 3^e éd., p. 433.

(2) Sur 17 spécimens d'hydatides du foie à l'Institut pathologique de Berlin, 13 n'avaient pas déterminé de symptômes. Heller, in *Ziemssen's Handb. der spec. Path.*, band III.

aiguë déterminée par la rupture d'une grosse tumeur hydatique du foie, et qu'on croyait, jusqu'au moment de cette complication inflammatoire mortelle, être en parfait état de santé (1).

12° Les affections que l'on confond le plus facilement avec les kystes hydatiques du foie, sont les abcès, la distension de la vésicule biliaire, un épanchement dans la plèvre droite, un anévrysme, un cancer, un kyste du rein, une tumeur imaginaire et un kyste de l'ovaire.

a. L'absence de symptômes aussi bien constitutionnels que locaux, et le développement lent de la tumeur hydatique, la différencient nettement des abcès qui, à ne considérer que leurs caractères physiques, sont la forme d'augmentation de volume du foie qui se rapproche le plus de l'hydatique. Il y a cependant une source d'erreur qu'il ne faut pas perdre de vue, bien que dans la circonstance un diagnostic correct ne modifierait sensiblement ni le pronostic ni le traitement. La tumeur hydatique du foie s'enflamme et suppure quelquefois et alors on peut être à même de constater tous les phénomènes à la fois locaux et constitutionnels de l'abcès. Dans cette situation, le diagnostic doit reposer entièrement sur les antécédents du malade : ainsi, il était affecté d'une tumeur indolente ayant de longtemps précédé les symptômes de l'abcès; il n'a pas été dans les conditions où d'habitude se développent les abcès tropicaux et il n'a jamais eu la dysenterie.

b. La distension de la vésicule biliaire peut offrir une grande ressemblance avec une tumeur hydatique pédiculée, et peut également ne pas provoquer de douleur. On la reconnaît à sa forme, à sa position, son développement ordinairement précédé de crises de coliques hépatiques, et par ce fait que, dans la plupart des cas, il y a ictère, par suite de l'obstruction du canal cholédoque. Il ne faut pas oublier cependant que lorsqu'une tumeur hydatique s'ouvre dans les voies biliaires, le passage du contenu du kyste dans ces conduits peut donner lieu à tous les phénomènes des coliques biliaires, y compris l'ictère. Sir Thomas Watson a rapporté un remarquable cas de ce genre (2), et j'en ai moi-même observé plusieurs dont je vous présenterai les particularités.

c. Un épanchement considérable dans la plèvre droite, avec voussure des côtes et effacement des espaces intercostaux, peut très-bien simuler une volumineuse tumeur hydatique; mais cependant on prendra plutôt un kyste hydatique du foie pour un épanchement pleurétique qu'on ne confondra ce dernier avec un kyste. On distingue l'hydatique principalement à sa marche insidieuse et à l'absence de symptômes constitu-

(1) Dans ces derniers temps, Dieulafoy a signalé un symptôme qu'il a déjà constaté plusieurs fois et que je n'ai vu indiqué nulle part : c'est la régurgitation ou des vomissements de matières grasses quand le malade a pris des aliments gras. (N. D. T.)

(2) *Lectures on the Pract.*, etc., 5^e éd. 1871, t. II, p. 632. Voir aussi Trousseau, *Clinique médicale*, t. III, p. 219 et 261, 3^e éd.

tionnels. Le caractère physique qu'on peut regarder comme le plus distinctif, c'est la limite supérieure de la matité : dans le cas d'épanchement pleurétique, elle est horizontale (*voy.* p. 11); dans la tumeur hydatique, elle est arquée, la convexité variant dans sa position, suivant la place occupée par la tumeur dans les différents cas, mais toujours fixe chez le même individu. Il ne faut pas oublier cependant la coexistence possible d'un épanchement pleurétique avec la tumeur hydatique (*voir obs.* XXXIX, XL); dans ces circonstances, le diagnostic peut être extrêmement difficile. En outre, une pleurésie enkystée peut simuler un kyste hydatique en produisant une voussure circonscrite des dernières côtes, bien que Trousseau (1) prétende le contraire. (*Voy.* p. 14.)

d. Un anévrysme de l'aorte abdominale, ou de l'artère hépatique, peut présenter une tumeur lisse, globuleuse, très-analogue à l'hydatique. Ses principaux caractères distinctifs sont la pulsation, le bruit de souffle et ce fait qu'il est ordinairement le siège de douleurs névralgiques aiguës, dues à la compression des branches du plexus solaire ou hépatique. Un anévrysme de l'artère hépatique se distingue en outre par l'ictère que détermine la pression qu'il exerce sur les conduits biliaires.

e. On distingue le cancer du foie principalement par sa surface irrégulière, sa dureté, sa sensibilité, et par l'absence d'élasticité ou de fluctuation. Le diagnostic devient parfois embarrassant par cette circonstance que plusieurs tumeurs hydatiques se projetant de la surface du foie peuvent lui communiquer un aspect inégal (*obs.* XLV), ou bien que les nodules, ou une infiltration étendue d'un cancer médullaire peuvent présenter un certain degré d'élasticité approchant de la fluctuation, ou encore qu'un kyste volumineux peut se développer dans le foie en même temps que le cancer (*obs.* XCII). Dans de telles circonstances, le diagnostic de la tumeur hydatique doit principalement être basé sur son développement plus lent et sur l'absence de cachexie constitutionnelle.

f. Kyste rénal. — J'ai déjà eu l'occasion de signaler les difficultés qu'on peut rencontrer à distinguer un kyste rénal volumineux d'un foie gros (p. 14). On distinguera un kyste rénal d'un hydatique du foie par : 1° son lieu d'origine et la direction de son développement; 2° la présence du colon en avant du kyste; et 3° par le peu d'influence, si même on en constate, qu'exerce sur sa position une inspiration profonde. Les caractères du liquide obtenu par une ponction exploratrice ne vous aideront pas beaucoup pour le diagnostic. Il n'y aura évidemment pas d'échinoques ni de fragments de membrane hydatide, mais vous pouvez aussi n'en pas trouver dans le liquide retiré d'un kyste hydatique. D'un autre

(1) *Op. cit.*, t. III, p. 259.

côté, le fluide peut avoir une densité de 1010 et ne pas contenir d'urée, mais la quantité de chlorures avec du pus et de l'albumine, caractères qui sont tout à fait compatibles avec le fluide retiré d'un kyste hydatique enflammé (obs. VIII).

g. Une tumeur imaginaire circonscrite à l'épigastre ou dans l'hypochondre droit peut être prise pour un kyste hydatique. Il n'y a pas longtemps que, dans ma clientèle privée, j'ai observé un cas où l'on avait commis cette méprise (obs. VII). On la distinguera par l'absence de fluctuation ou de vibration, et par cette circonstance que la tumeur disparaît quand on soumet le malade à l'influence du chloroforme.

h. Kyste de l'ovaire. — On a rarement de la peine à distinguer un kyste de l'ovaire d'un kyste du foie. Les principaux caractères distinctifs de ce dernier sont : 1° son développement de haut en bas ; 2° on peut passer la main entre son bord inférieur et le rebord du bassin ; 3° son bord inférieur s'abaisse pendant une inspiration profonde ; 4° l'augmentation de volume est ordinairement plus considérable au-dessus qu'au dessous du niveau de l'ombilic ; 5° l'examen du liquide obtenu à l'aide d'une ponction exploratrice lèverait tout d'abord les embarras du diagnostic. Il pourrait cependant y avoir quelques difficultés si l'on se trouve pour la première fois en présence d'un kyste hépatique qui a pris un grand développement ; et il n'y a pas longtemps qu'un journal de médecine rapportait un cas (1) où l'on avait commencé l'ovariotomie lorsqu'on s'aperçut qu'on avait affaire à un kyste du foie (2).

(1) *Brit. Med. Journ.*, 5 décembre 1874. Dans ce cas, la lenteur du développement, l'absence d'irrégularité à la surface et la fluctuation marquée, n'étaient pas, à mon avis, des arguments contre l'existence d'une tumeur hydatique, ainsi qu'on le prétendait.

(2) A cette liste des maladies que l'on peut confondre avec les hydatides, M. Murchison aurait pu ajouter les calculs biliaires, d'autant mieux que les kystes hydatiques donnent parfois lieu, ainsi que l'auteur le fait remarquer, aux symptômes déterminés par les cholélithes.

Mon ami le docteur Dourlen (d'Argenteuil) m'a communiqué le fait suivant.

Un cultivateur le fit demander il y a environ deux ans, pour une crise de douleurs présentant tous les caractères de la colique hépatique. Cette crise se renouvela cinq à six fois, à de courts intervalles, sans aucune apparence de tumeur, et chaque fois le médecin fit rechercher avec grand soin dans les garde-robes, mais inutilement, la présence de calculs. Le malade, ennuyé par la persistance de cet état, se rend à Paris et entre à la Pitié dans le service du professeur Lasègue, où le même diagnostic est porté. Au bout de peu de temps, le malade quitte le service dans la même situation et un mois plus tard, à la suite d'une crise de coliques plus violentes, il rendait par l'anus une demi-douzaine d'hydatides du volume de petites noisettes qu'il montra triomphalement au docteur. Il n'a plus eu de crises depuis lors.

Un cas plus curieux est rapporté dans les *Archives* (1873, t. II, p. 718) : il a été observé dans le service du professeur Lasègue, qui en a fait ressortir les difficultés. Il s'agit d'une femme qui présenta successivement les symptômes de calculs biliaires et puis d'angiocholite calculeuse, jusqu'à ce qu'enfin une tumeur se montra et bientôt après eut lieu l'évacuation par l'anus de trois kystes hydatiques du volume d'une noix. Dans ce cas, on peut dire que le diagnostic ne fut et ne put être fixé que par la constatation du corps du délit. (N. D. T.)

S'il y avait quelques doutes quant à la nature du cas, on pourrait presque toujours les lever par une ponction exploratrice. Le liquide qu'on retire d'un kyste hydatique, même s'il ne contient ni échinocoques, ni fragments de membrane hydatique striée, indiquera sa nature avec une certitude absolue. Si la poche n'est pas enflammée, le liquide est limpide lorsqu'on le fait couler, et légèrement opalin lorsqu'on le regarde en masse ; il est alcalin, sa densité est d'environ 1009 (1007 à 1011) ; il ne contient ni albumine ni urée, mais il donne avec le nitrate d'argent un abondant précipité blanc, ce qui tient à ce qu'il renferme beaucoup de chlorure de sodium. Ces caractères ne s'appliquent à aucun autre liquide de l'organisme, normal ou pathologique (1). Même s'il arrivait qu'on eût affaire à un anévrysme ou à un cancer, on n'a pas à craindre de mauvais résultat de la ponction exploratrice.

Modes de terminaison des tumeurs hydatiques du foie. — Une tumeur accompagnée de si peu de troubles que, même quand elle est d'un grand volume, le malade peut en ignorer l'existence, ne doit guère nécessiter d'intervention médicale. Dans la pratique, cependant, il est important de connaître assez exactement les modes de terminaison naturelle des tumeurs hydatiques du foie. Les principaux sont les suivants :

Guérison spontanée. — Tout d'abord, on ne peut douter que certaines de ces tumeurs ne guérissent spontanément. Le parasite peut mourir par suite de la calcification des parois du kyste, ce qui a pour effet d'en arrêter le développement ; par suite de l'entrée de la bile ou par l'action de toute autre cause susceptible d'y provoquer de l'inflammation ; ou encore quand des vésicules secondaires prennent un développement hors de proportion avec le fluide dans lequel elles flottent ; la vésicule mère se contracte lentement sur elles, et à la place des hydatides on ne trouve plus qu'une matière semblable à du mastic, mais on en découvre la nature réelle par les débris de membranes d'hydatides ou de crochets d'échinocoques qu'elle contient. Mais, malheureusement, ce résultat favorable ne s'observe la plupart du temps que sur des tumeurs d'un si petit volume qu'elles sont méconnues durant la vie. L'observation XLVIII est une remarquable exception à la règle générale en pareille matière. Watson, également (*op. cit.*, t. II, p. 635), diagnostiqua un kyste hydatique chez un jeune noble, qui mourut vingt-deux ans plus tard et dans le foie duquel on trouva une poche hydatique contractée. Lorsque la tumeur est assez volumineuse pour donner lieu à des symptômes et se prêter au

(1) Le contraste entre le liquide des kystes hydatiques décrits dans l'observation XLIV, et le liquide péritonéal environnant dans lequel ils flottaient, est digne de remarque. D'après Naunyn, le liquide hydatique a une densité de 1010 à 1013, et contient un peu d'albumine ; mais c'est contraire à ce que j'ai observé, à moins que la poche ne soit enflammée, ou que du sang ne s'y soit mélangé.

diagnostic, une pareille terminaison est si exceptionnelle qu'il ne faut pas du tout compter là-dessus. La tumeur continue donc à augmenter de volume; son développement est lent et peut durer des années; mais presque sûrement qu'elle s'accroît, un jour viendra où elle se rompra, ou bien elle aura un résultat aussi dangereux, quoique moins soudain. Un kyste qui paraît avoir bénéficié d'une guérison spontanée peut même, ainsi que l'a montré le docteur Church, déterminer une inflammation mortelle (1). Une tumeur hydatique peut se rompre dans des directions très-diverses et le danger variera en conséquence (2).

1° *Rupture dans la plèvre ou le tissu pulmonaire.* — Cette direction est la plus fréquente. C'est presque toujours le poumon droit et la plèvre qui sont envahis. Lorsque le contenu de la tumeur se vide à travers une ouverture du diaphragme dans la plèvre, il en résulte une pleurésie aiguë et presque invariablement mortelle (3). Après la mort, on trouve la cavité pleurale pleine de pus contenant de nombreuses vésicules hydatiques (obs. XXXIX). Trousseau a rapporté des cas dans lesquels un empyème ainsi produit s'est ensuite ouvert dans une bronche. Une pleurésie mortelle peut également résulter d'une tumeur hydatique du foie, sans qu'il y ait perforation du diaphragme (4).

S'il se forme des adhérences entre le diaphragme et la base du poumon droit avant la rupture de la poche hydatique, le contenu de cette dernière peut s'échapper avec de la bile par les bronches, et le malade peut guérir (5); mais même alors, dans la plupart des cas, il se produit une inflammation ou une gangrène du poumon mortelle (6), ou bien le malade meurt étouffé par suite de l'obstruction des bronches par les vésicules hydatiques, ou d'épuisement dû à la suppuration profuse que fournissent une ou plusieurs cavités pulmonaires (7). On verra aussi, par l'observation XLI, qu'un ancien kyste hydatique du foie peut s'enflammer,

(1) *Treatment of hydatid tumours of Liver*, 1868. Voir aussi l'obs. XLI.

(2) On trouvera ci-après une bibliographie assez détaillée pour chacun des divers modes de terminaison des kystes hydatiques du foie. C'est ce qui m'a engagé à ne pas grossir le nombre des faits cités, ce qu'il eût été si facile de faire en compulsant, par exemple, les *Bulletins de la Société anatomique*. (N. D. T.)

(3) Voyez obs. XXXIX et XL; Frerichs, 2^e édit. française, p. 585; Ogle, *Pathol. Transact.*, t. XI, p. 299; Bristowe, *Pathol. Transact.*, t. III, p. 341; H. Davies, *Pathol. Transact.*, t. I, p. 278; Davaine, *Traité des entozoaires*, p. 437; dans le poumon gauche, P. W. Latham, *Lancet*, 16 août, 1873.

(4) Voyez Murchison, *Edinb. med. Journ.*, décembre 1865, obs. XI; et un cas du docteur Pollock, *Pathol. Transact.*, t. V, p. 301.

(5) Pour des exemples, voyez Bright, *Abdomin. Tum.* (Soc. Syd. ed.), p. 49; Todd, *Med. Times and Gaz.*, 5 janvier 1854; *Pathol. Transact.*, t. IV, p. 44; t. V, p. 303, t. VIII, p. 92; t. IX, p. 28; Davaine, *op. cit.*, p. 449.

(6) Voir les cas de Peacock, *Pathol. Transact.*, t. II, p. 72; de Pollock, *ibid.*, t. XVI, p. 155.

(7) Frerichs, *op. cit.*, p. 611; Peacock, *Pathol. Transact.*, t. XV, p. 247; Cayley, *ibid.* XXVII, p. 171; Davaine, *op. cit.*, p. 443.

et après avoir établi une communication avec les tubes bronchiques, donner lieu à tous les phénomènes de la gangrène pulmonaire.

2° *Dans le péricarde.* — C'est très-heureux que le kyste en se rompant prenne très-rarement cette direction car, dans les cas où ce fait est arrivé, la mort s'en est toujours suivie, soit subitement par arrêt du cœur, ou dans l'espace de quelques heures par péricardite aiguë (1).

3° *Dans le péritoine.* — La tumeur s'affaisse et il en résulte promptement une péritonite violente et presque toujours mortelle. La rupture du sac est souvent causée par une violence extérieure, un coup, une chute, un effort. Au musée de Saint-Mary's Hospital on voit une vésicule calcifiée d'hydatide provenant du cadavre d'un homme qui tomba mort après avoir reçu un coup léger à l'épigastre de la part d'un camarade avec lequel il se battait. Le coup fit rompre le kyste dont le contenu tomba dans le péritoine et l'homme mourut du choc. Il y a bien des années, Andral a rapporté un cas d'hydatides du foie, terminé fatalement par rupture spontanée dans le péritoine (2). Trois cas de rupture mortelle à la suite d'une chute sont rapportés par M. César Hawkins (3). Frerichs en signale trois autres semblables : dans deux, la rupture fut causée par une chute, et dans le troisième par un effort. Dans un de ces cas, la mort survint dans l'espace d'un quart d'heure après la rupture. Davaine a réuni huit autres cas dans lesquels la mort a suivi de quelques heures à quelques jours la rupture d'un kyste hydatique du foie dans le péritoine. Dans plusieurs de ces cas, la rupture fut produite par une chute ou par un effort, et dans un autre elle survint pendant que le patient luttait avec un de ses camarades (4). La rupture dans le péritoine fut probablement la cause de la mort dans l'observation XLII. D'un autre côté, Bright rapporte un cas où une grosse tumeur hydatique — ou ce qui fut regardé comme tel — se rompit dans l'abdomen, sans être suivi d'un dénouement fatal (5). Ogle signale aussi le cas d'un malade qui guérit après avoir présenté les symptômes d'une péritonite consécutive à la rupture d'un kyste hydatique dans l'épiploon (6). Enfin, le docteur Fagge et M. Durham ont constaté que si l'on introduit des aiguilles dans une hydatide du foie, le liquide contenu dans le kyste semble se glisser dans le péritoine sans entraîner d'accident fâcheux (7). La différence de ces résultats tient peut-être à la pré-

(1) On trouvera, dans l'ouvrage de Davaine (p. 408) deux cas de rupture dans le péricarde; un troisième est rapporté par Wunderlich (*Med. Times and Gaz.*, 12 décembre 1859, p. 488).

(2) *Clinique médicale*, maladies de l'abdomen, obs. XLIV.

(3) *Med.-chir. Trans.*, t. XVIII, p. 124.

(4) Davaine, *op. cit.*, p. 493.

(5) *Abdom. Tum.* Syd. Soc. ed., p. 47.

(6) *Pathol. Transact.*, t. XI, p. 295.

(7) *Med.-chir. Transact.*, t. LIV, 1871.

sence ou à l'absence de scolex et de vésicules secondaires dans le liquide qui s'échappe, l'entrée du liquide hydatique simple dans une cavité séreuse étant, comme Malgaigne l'a prétendu, sans danger (1). Mais comme il est exceptionnel qu'une hydatide soit stérile, et qu'il n'y a nul moyen de déterminer pendant la vie s'il en est ainsi ou non, sa rupture dans le péritoine doit être toujours envisagée avec terreur.

4° *A travers les parois abdominales ou les espaces intercostaux inférieurs.* — Ce n'est pas un mode de terminaison commun, bien qu'on en ait rapporté quelques exemples. Le contenu de l'hydatide peut être évacué par une ouverture à l'ombilic ou à quelque autre partie des parois abdominales, ou à un des espaces intercostaux inférieurs, et le patient peut guérir. Dans ce cas, cependant, le kyste est encore susceptible de suppurer et le malade de succomber à l'épuisement ou à une péritonite, ou à une vaste suppuration et au sphacèle des parois abdominales; ou bien il peut se faire à l'intérieur du sac une hémorrhagie mortelle, comme dans un cas rapporté par le docteur Bright. Sur douze cas où il s'est fait une ouverture spontanée et sur lesquels j'ai recueilli des notes, cinq au moins ont eu une terminaison fatale, et chez un sixième il restait, au moment où les notes ont été prises, une fistule donnant issue à de la bile. Quatre cas également, sur les onze observés par Finsen en Islande, ont été mortels (2).

5° *Dans l'estomac ou l'intestin.* — C'est la direction la plus favorable dans laquelle la tumeur puisse se rompre, quoiqu'une péritonite mortelle se déclare parfois autour de l'ouverture ou que des abcès secondaires du foie amènent la même terminaison, ce qui n'est malheureusement pas rare (3). La tumeur s'affaisse ou disparaît, et, selon qu'elle s'ouvre dans l'estomac ou dans l'intestin, les hydatides sont vomies ou évacuées par l'anus (4), parfois elles s'échappent des deux côtés. L'ouverture est ordinairement petite, de sorte que les hydatides ne sont évacuées que lentement.

Davaine a réuni onze cas où la tumeur hydatique a paru s'ouvrir dans l'estomac et dont six se terminèrent par la mort; et quinze autres cas dans lesquels on a eu tout lieu de croire qu'elle s'était ouverte dans l'intestin et où il n'y a eu qu'un cas de mort. Dans un des cas de Davaine, la tumeur s'ouvrit à travers les parois abdominales en même temps que dans l'estomac. Dans un cas de volumineuse tumeur hydatique du foie qui

(1) *Traité de médecine opératoire*, 6^e édit., p. 521.

(2) Budd, *op. cit.*, p. 437; Frerichs, *op. cit.*, p. 586; Hawkins, *Med.-chir. Trans.*, XVIII, pp. 153, 158; Bright, *op. cit.*, p. 50; Griffiths, *London med. Gaz.*, 1844, t. XXXIV, p. 585; Davaine, *op. cit.*, p. 384, obs. V; Ogier Ward, *Pathol. Transact.*, t. III, p. 100; Ransom, *Brit. med. Journ.*, 1873, t. II, p. 376.

(3) Voir un cas rapporté par Owen Rees, *Med. Times and Gaz.*, 20 juin 1857.

(4) Pour des exemples, voyez Frerichs, *op. cit.*, p. 586; Budd, *op. cit.*, p. 452; Bright, *op. cit.*, p. 49; Davaine, *op. cit.*, p. 496.

s'est présenté à l'hôpital Middlesex, en 1859, dans le service de mon ami le docteur A.-P. Stewart, la tumeur fut vidée à l'aide d'un trocart, ce qui ne l'empêcha pas de s'ouvrir ultérieurement dans l'intestin, éliminant ainsi par l'anus de nombreuses vésicules; la guérison se fit très-bien. Dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1850, on trouve un cas remarquable où trois kystes hydatiques du foie s'ouvrirent spontanément, le premier en 1833, dans les bronches, le second en 1845, dans l'estomac, le troisième en 1848 dans l'intestin; le malade guérit. Russell a également rapporté le cas d'un homme de trente-six ans qui eut deux grosses tumeurs hydatiques du foie dont l'une s'ouvrit dans la plèvre droite et l'autre dans l'estomac et les tubes bronchiques du poumon gauche (1).

6° *Dans les voies urinaires.* — Bien que les tumeurs hydatiques de l'abdomen ou du bassin s'ouvrent parfois dans les voies urinaires, ainsi qu'en témoigne la présence d'échinocoques et de débris de membrane hydatique dans l'urine (2), je n'ai jamais rencontré de cas où ce fait se soit présenté quand le kyste adventice se trouvait dans le foie. En 1868, un cas de ce genre paraît avoir été rencontré dans un des hôpitaux de Londres (3), mais il n'a pas été bien établi que le kyste fût dans le foie, ou que ce fût une hydatide.

7° *Dans les voies biliaires.* — Il n'est pas rare de voir s'établir une communication entre la tumeur hydatique du foie et un des canaux biliaires. Dans plusieurs cas où les choses se sont passées ainsi, j'ai trouvé les kystes secondaires rompus et vides et plus ou moins teints de bile. La pénétration de la bile paraît, ainsi que l'a fait remarquer il y a longtemps Cruveilhier, être fatale au parasite, et dans bien des cas c'est probablement ainsi que commence la guérison spontanée (4), tandis que dans d'autres la bile provoque dans le kyste une inflammation intense et parfois mortelle (obs. XXXII). Non-seulement la bile entre dans le kyste, mais on a vu le contenu du kyste pénétrer dans les voies biliaires et dans la vésicule biliaire, obstruer les conduits et causer un ictère persistant et souvent fatal (*voy. fig. 13*, p. 66). Parfois le passage de kystes secondaires dans les voies biliaires a donné lieu à tous les symptômes déterminés par le passage d'un calcul. Vous avez eu l'occasion de suivre des cas de ce genre (obs. XXXI à XXXIV); vous en trouverez quelques autres dans l'ouvrage

(1) *Med. Times and Gaz.*, 1873, t. I, p. 439.

(2) Pour plusieurs cas, voyez, *Med. Times and Gaz.*, 1855, t. I, p. 159.

(3) *Brit. med. Journ.*, 7 novembre 1868.

(4) C'est ce qui avait donné l'idée d'injecter de la bile dans les kystes pour tuer le parasite et amener ultérieurement la résorption du liquide ainsi que le retrait de la poche. Dolbeau (*thèses de Paris*, 1856, p. 249, et *Bulletins de la Société anatomique*, 1857) et Voisin (*Bulletins de la Soc. Anat.*, 1857) ont préconisé ce mode de traitement qui ne paraît pas avoir rencontré grande faveur. Dans ces dernières années (*Comptes rendus de la Société de biologie*, 1874, p. 46), Landouzy a insisté de nouveau sur cette idée qui, au moins théoriquement, semble assez rationnelle. (N. D. T.)