

établi une communication entre la tumeur et le canal cholédoque. Le fait que la tumeur avait suppuré et que le contenu était fétide contre-indiquait l'opération ordinaire et nous força à lui substituer une large ouverture permanente.

OBS. XXXII. — *Tumeur hydatique du foie, ouverte dans le canal cholédoque. — Ictère et suppuration du kyste. — Ponction avec un gros trocart et ouverture permanente. — Pneumonie. — Mort.*

Le 4 février 1868, je fus appelé par le docteur Ayling, de Great Portland street, pour voir Madame C., âgée de trente ans, qui avait le foie gros et était ictérique. Sa mère m'assura que, depuis l'âge de quatorze ans, sa fille avait comme une tuméfaction à l'épigastre et dans l'hypochondre gauche; mais que, à part un peu de mal parfois après le repas et autres symptômes d'indigestion, elle avait joui d'une bonne santé jusqu'à sa maladie actuelle. Elle était mariée depuis onze ans, et durant ce laps de temps ses époques avaient été régulières et elle n'avait eu ni enfants ni fausse couche. Dix-huit jours avant ma visite, elle avait été prise soudainement dans le dos et dans la partie supérieure de l'abdomen d'une vive douleur qui la faisait presque courber en deux. Cette douleur céda aux cataplasmes chauds, etc., mais ne tarda pas à être suivie de fièvre, et, quatre jours plus tard, d'ictère qui devint bientôt intense, avec l'urine couleur de porter foncé, et absence complète de bile dans les selles. La fièvre continua; on remarqua que la tuméfaction de l'épigastre et de l'hypochondre gauche augmentait. La malade était dans une prostration telle, qu'on avait cru, quelques jours avant ma visite, qu'elle allait rendre le dernier soupir; mais elle n'eut ni vomissements, ni frissons, ni transpirations nocturnes.

Je trouvai la malade considérablement amaigrie et atteinte d'un ictère intense, marqué sur les conjonctives et toute la surface du corps. Il y avait une tumeur distincte à l'épigastre, s'étendant en apparence dans les deux hypochondres. Elle faisait en avant une saillie d'un bon pouce et demi et projetait en avant l'extrémité inférieure du sternum et les dernières côtes des deux côtés, mais surtout à gauche. Lorsque la malade est couchée sur le dos, le bord inférieur de la tumeur est à un pouce au-dessus de l'ombilic. La tumeur est évidemment liée au foie, dont la matité est de 9 pouces sur la ligne médiane, de 6 pouces sur la ligne mammaire gauche et de 5 pouces sur la droite. En arrière et latéralement, la matité hépatique ne s'élève pas plus haut qu'à l'état normal à droite, mais à gauche en arrière elle monte deux pouces plus haut qu'à droite, et sur la ligne axillaire gauche la matité est de 9 pouces. La tumeur, telle qu'elle se présente à l'épigastre, est arrondie, lisse et légèrement sensible. On y sent une légère fluctuation et un frémissement (thrill), comme provenant d'un liquide, peut être perçu à l'épigastre quand on percute la partie mate en arrière du côté gauche de la poitrine. La langue est très-rouge et nette, les papilles de la pointe sont plus fortes qu'à l'état normal, le centre est lisse et sillonné de profondes fissures. Selles argileuses, sans trace de pigment biliaire. Pouls à 108; la pointe du

cœur est portée par la tumeur entre la quatrième et la cinquième côte; 28 respirations, un peu embarrassées; température 39°,2, urine 1027, contenant à la fois du pigment biliaire et des acides biliaires (par le réactif de Harley), mais pas d'albumine.

Ce fait que la tumeur contenait du liquide et qu'elle avait probablement existé pendant des années sans provoquer de symptômes, indiquait une hydatide. La douleur aiguë, suivie d'ictère, avec selles dépourvues de bile, indiquait également que cette hydatide avait une communication avec le conduit biliaire principal et l'avait obstrué; d'un autre côté, l'accroissement de la tumeur, la fièvre et la grande prostration, s'expliquaient par l'inflammation de la poche consécutive à la pénétration de la bile. Tel fut le diagnostic.

Le lendemain, je fis entrer la malade dans mon service à l'hôpital Middlesex et, comme son état devenait de plus en plus critique, on se décida à ponctionner la tumeur, ce qui paraissait offrir la seule chance de salut. Le 7 février, M. Hulke introduit un trocart fin dans le côté gauche de l'épigastre et en retire six onces de liquide très-fétide, fortement coloré par de la bile et contenant de nombreux corpuscules du pus, des cristaux de cholestérine, mais ni crochets, ni échinocoques. Après s'être ainsi assuré de la nature du liquide, on retira la petite canule et on lui substitua un gros trocart. Quelques vésicules d'hydatides s'échappèrent par cette ouverture plus large, mais il ne s'écoula que huit onces de plus de liquide, bien qu'on y enfonçât une sonde à une profondeur de 6 à 8 pouces. On en conclut que le contenu du kyste devait principalement consister en vésicules hydatiques. On injecta dans la cavité une solution d'acide phénique (à 2 pour 100) et on fixa un tube dans l'ouverture.

Durant les dix premiers jours qui suivirent l'opération, on injecta trois fois par jour, à l'aide d'une sonde, la solution d'acide phénique, et chaque fois on fit sortir des vésicules d'hydatides (avec des crochets et des échinocoques dans quelques-unes) en même temps qu'un liquide fétide, purulent, contenant une grande quantité de bile verte. Pendant ce temps l'abdomen revenait presque à ses dimensions normales et l'ictère s'effaçait presque complètement sur la peau et dans l'urine, mais les selles restaient aussi peu colorées qu'auparavant.

Après l'opération, on administra à la malade des doses répétées de morphine, et pendant quatre jours le pouls fut à environ 108, la température normale et on n'eut à constater aucun symptôme fâcheux, sauf le développement sur la langue et les côtés de la bouche de nombreuses ulcérations aphtheuses à base indurée, qui déterminaient des douleurs atroces toutes les fois qu'elle mangeait ou buvait; mais la douleur et les ulcérations ne tardèrent pas à disparaître sous l'influence de lavages répétés avec l'eau ozonisée de Condy. Pendant la nuit du 11 février, frissons répétés: le pouls monte à 140, la respiration s'accélère, la langue est sèche; vomissements de temps en temps; la prostration augmente rapidement. Le 18 au matin, le délire s'empare de la malade, qui succombe à 6 heures de l'après-midi.

A l'autopsie, on ne trouve pas de liquide dans le péritoine ni trace de péritonite récente, mais il y avait des adhérences solides entre la tumeur et le

diaphragme et en avant avec les parois abdominales. Le lobe gauche du foie avait disparu et sa place était occupée par un énorme kyste hydatique. Ce kyste contenait environ deux pintes d'un liquide épais, vert, très-fétide, avec de gros fragments de la vésicule mère. Il s'ouvrait extérieurement par l'ouverture pratiquée à la paroi abdominale, tandis qu'à l'intérieur il communiquait avec le canal cholédoque par une ouverture assez large pour recevoir un cathéter de gros calibre. En incisant le duodénum, on trouva l'orifice du canal cholédoque assez dilaté pour y introduire une plume d'oie, mais obstrué par une grosse vésicule hydatique refoulée en partie dans le duodénum (1). La portion du canal comprise entre le duodénum et l'ouverture interne du kyste, était distendue par des vésicules hydatiques. Les canaux hépatiques étaient également très-dilatés et le foie lui-même très-graisseux, très-ictérique avec un prolongement étranglé au bas du lobe droit. Pas de trace de pigment biliaire dans le contenu de l'intestin. Rate adhérente à la tumeur, mais à part cela normale; reins à l'état normal. Pneumonie récente, arrivée dans certains points à l'état d'hépatisation grise, en arrière du lobe inférieur des deux poumons et du lobe supérieur du poumon droit.

Le cas suivant est, sous certains rapports, très-analogue au dernier. L'invasion de la diarrhée était probablement due à l'évacuation partielle du contenu du kyste à travers le canal cholédoque dans l'intestin.

OBS. XXXIII. — *Tumeur hydatique du foie s'ouvrant dans le canal cholédoque. — Ictère dû à l'obstruction du canal par une vésicule d'hydatide. — Pyoémie.*

Jeanne R..., femme de journée, fut admise à l'hôpital Saint-Thomas le 13 novembre 1874. Rien d'important dans ses antécédents de famille. Elle est mariée et a eu cinq enfants dont trois sont vivants et se portent bien. Elle a eu la fièvre typhoïde il y a deux ans, mais en somme elle a joui d'une bonne santé jusqu'à il y a huit mois. Elle commença alors à se plaindre d'une douleur dans l'hypochondre droit, survenant de temps en temps et lui faisant le même effet que si quelque chose l'eût rongée; au bout de trois mois, cette douleur s'étendit aux épaules. Cela n'empêcha pas la malade de continuer son travail, mais elle éprouvait un malaise inaccoutumé et se voyait maigrir. Un mois avant son entrée, la douleur devint beaucoup plus forte et au bout d'une quinzaine de jours elle fut prise subitement d'une douleur lancinante très-aiguë dans l'hypochondre droit, accompagnée de frissons et de vomissements et suivie, deux jours après, d'ictère avec urine comme du porter et selles blanchâtres. Elle avait gardé le lit depuis le commencement de cette attaque aiguë jusqu'au moment de son admission. Six semaines avant son entrée, elle remarqua pour la première fois, dans la région lombaire droite, une tumeur

(1) La préparation est au Musée de l'hôpital Middlesex. Au musée de l'hôpital Saint-Barthélemy est un spécimen (XIX, 12) de tumeur hydatique du lobe droit du foie, s'ouvrant dans le canal cholédoque qui est obturé par des hydatides, dont une pénètre dans le duodénum à travers l'orifice du canal, comme ci-dessus.

qui était alors relativement petite et qui paraissait mobile; elle augmenta rapidement de volume, surtout pendant les trois dernières semaines.

*État de la malade à son entrée.* — Elle est très-amaigrie et dans une grande prostration, mais n'accuse pas de vives souffrances: ictère marqué des conjonctives et de la peau; pas d'hydropisie. Langue nette, mais sèche au centre, en bas; pas d'appétit, constipation; un lavement amène quelques matières fécales blanchâtres. La matité hépatique est très-étendue: elle commence à 1/2 pouce au-dessous du mamelon et se poursuit en bas sur 9 pouces 1/2, ou jusqu'à 2 pouces au-dessous du niveau de l'ombilic. La portion du foie au-dessous des côtes produit une voussure distincte des parois abdominales; sa surface est ferme, lisse et un peu sensible. Le lobe gauche du foie n'est pas gros, la tumeur se dirigeant brusquement en haut, à l'ombilic, vers le cartilage xyphoïde. Pas d'induration des téguments autour de l'ombilic; pas d'ascite; pas de développement des veines abdominales; la matité de la rate est dans les limites normales; pas de signe qu'il y ait une anse intestinale en avant de la tumeur, tandis que la percussion donne un son tympanique distinct en arrière d'elle. Les organes thoraciques sont sains; 20 respirations, pouls variant entre 92 et 128, et la température entre 36°4 et 37°77; l'urine, dont la densité est 1017, contient beaucoup de pigment biliaire et d'urates, 1/8 d'albumine, quelques corpuscules sanguins et des lamelles d'épithélium, mais pas de leucine ni de tyrosine. La malade a parfois du délire, et dans les autres moments ses idées sont tellement confuses qu'il est impossible d'obtenir d'elle des renseignements précis sur sa maladie.

Le 17 novembre, la malade a eu une crise de diarrhée qui a duré trois jours pendant lesquels elle a eu, au lit, de nombreuses garde-robes noires, liquides, très-fétides, qui malheureusement ne furent pas examinées avec soin. Le 20, la diarrhée cesse et les matières redeviennent solides et peu colorées. Le 21 novembre, la malade parut un peu mieux et ses idées semblèrent s'éclaircir. Mais après, sa prostration augmenta et elle tomba graduellement dans un état de stupeur avec la langue sèche et des fuliginosités autour de la bouche, et cet état persista jusqu'à sa mort, le 25 novembre.

*Autopsie.* — Le lobe droit a subi une élongation considérable, il occupe une étendue de neuf pouces au-dessous de l'extrémité inférieure du sternum. Un kyste hydatique, de 2 pouces de diamètre, se projetait de son bord antérieur et présentait l'apparence de la vésicule biliaire. Un autre kyste, plus gros que le poing, était enfoncé dans la substance du lobe droit, faisant légèrement saillie à sa face antérieure et supérieure. Ce kyste contenait un liquide ayant l'aspect du pus, coloré par de la bile, et d'autres kystes plus petits, et la cavité qu'il occupait communiquait avec les conduits biliaires. Un amas considérable de membrane hydatique obturait la terminaison du canal cholédoque et faisait saillie en partie dans le duodénum. Les canaux cholédoque, cystique et hépatique étaient tous considérablement dilatés et dans l'intérieur du foie les conduits biliaires étaient aussi dilatés de manière à présenter des cavités, analogues à des cavités kystiques, et remplies d'un liquide opaque couleur orange. La vésicule biliaire renfermait trois calculs et quelques petits kystes hydatiques. Reins congestionnés et tachés de bile, mais autrement

normaux. Estomac, rate, cœur et cerveau, à l'état normal. Le lobe inférieur du poumon droit était adhérent au diaphragme, très-congestionné, et contenait quelques infarctus solides, l'un hémorrhagique, les autres rouge foncé avec une goutte ou deux de pus épais à l'intérieur. Lobe inférieur du poumon gauche congestionné, mais sans infarctus.

Le cas suivant, obs. XXXIV, est remarquable autant pour ce fait, que le malade se rétablit après l'évacuation d'un kyste hydatique volumineux du foie à travers les voies biliaires dans l'intestin, que pour la façon extraordinaire dont la mort est finalement survenue.

OBS. XXXIV. — *Tumeur hydatique du foie, ouverte dans le canal cholédoque.* — *Ictère.* — *Évacuation de nombreuses membranes d'hydatides par l'anus.* — *Rétablissement.* — *Crises de colique hépatique par suite du passage par les voies biliaires de kystes restant dans le foie.* — *Rupture d'adhérences anciennes du foie dans des efforts pour vomir.* — *Péritonite.* — *Mort.*

Le 29 octobre 1861, je fus consulté par M. G. W..., avoué, âgé de 53 ans. Il se plaignait depuis quelques semaines de flatulence et d'une sensation de constriction et d'oppression après les repas; trois jours auparavant, il avait été pris de douleurs vives dans l'abdomen, ayant l'apparence de coliques. Il avait le teint un peu blême; selles pâles, mais contenant de la bile; pas de bile dans l'urine qui était en petite quantité, foncée, très-dense (1027) et déposait beaucoup d'acide urique. La matité hépatique verticale sur la ligne mammaire droite s'étendait à un pouce environ au-dessous du bord des côtes; un peu de sensibilité à la pression sur toute la surface de l'hypochondre droit. Pouls à 64. Les digestions ont toujours été bonnes, sauf une fois il y a environ sept ans, où il eut quelques crises de coliques abdominales, semblables à celles dont il avait récemment souffert. La médication que je conseillai seul et ensuite avec sir Thomas Watson, appelé en consultation, n'amena aucune amélioration.

Le 24 novembre, le malade fut pris de vomissements suivis d'une aggravation des symptômes dyspeptiques et d'augmentation de la sensibilité dans l'hypochondre droit.

Le 6 décembre, le malade est beaucoup plus mal; la sensibilité dans le côté droit a considérablement augmenté; le malade éprouve aussi dans cet endroit une douleur constante qui devient très-aiguë lorsqu'il tousse ou qu'il fait une inspiration profonde; langue épaisse et humide; constipation; distension tympanique très-prononcée de l'abdomen; le teint est de plus en plus blême, mais pas de malaise. Pouls à 88; 30 respirations, thoraciques. On applique 15 sangsues sur le siège de la douleur, 12 encore le 8 décembre, et 8 encore le 10 décembre avec des cataplasmes dans les intervalles; on maintient le ventre libre avec de l'huile de ricin et des lavements de térébenthine.

Le 12 décembre, la douleur est un peu calmée, mais il y a encore une vive sensibilité et un point douloureux dans le côté droit pendant la toux ou l'inspiration. Le teint est très-blême, mais les conjonctives ne sont pas jaunes et les selles quoique pâles contiennent de la bile. La matité hépatique verticale

est de 5 pouces sur la ligne mammaire droite. On ne sent rien qui ressemble nettement à une tumeur, et il n'y a pas de voussure des côtes; bruits respiratoires normaux à la base du poumon droit. Pouls à 88.

Les 16 et 17 décembre, le malade a rendu pour la première fois quelques hydatides dans une selle bilieuse.

Le 18, la situation a empiré: ictère très-prononcé des téguments; urine chargée de pigment biliaire et pas trace de bile ou de membranes hydatiques dans les matières. Douleur incessante dans le côté droit, avec paroxysmes de temps à autre, semblables à des coliques. Lèvres parcheminées; langue chargée; sueurs profuses la nuit et prostration considérable. Pouls à 100. Le traitement consiste en cataplasmes continuellement appliqués sur le côté et en l'administration de pilules bleues et d'opium.

Le 19, le malade se sent beaucoup mieux; il a rendu par l'anus une grande quantité de vésicules hydatiques, de grosseur très-variable, depuis le volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une orange. La peau et l'urine sont encore ictériques et il n'y a pas de bile dans les selles.

Le 20, les matières sont teintées de bile et contiennent encore de nombreuses vésicules hydatiques.

Le 21, presque plus d'ictère. Les matières contiennent toujours des hydatides et quantité de bile. Au-dessous et à gauche du mamelon droit, son tympanique à la percussion sur un espace grand comme une pièce de cinq francs en argent; au-dessus et au-dessous de ce point on retrouve la matité hépatique. Pouls à 88; douleur bien moindre; la langue se nettoie.

Le malade continue à rendre quelques vésicules hydatiques à chaque selle jusqu'au 31 décembre, et le son tympanique, noté précédemment, persista quelques jours de plus. Il eut encore, de temps à autre, des crises de douleur aiguë, mais passagère, dans l'abdomen, ressemblant à des coliques. Le 6 janvier 1862, il était tout à fait convalescent. Pouls à 72. On ne distingue plus le son tympanique indiqué ci-dessus, et la limite supérieure de la matité hépatique s'était abaissée d'un pouce. A la fin de janvier, M. W. était en état de se déplacer, et le 19 février il partait pour Ventnor, dans le but de changer d'air, et était de retour à Londres le 11 mars.

Pendant son séjour à Ventnor, il eut une crise de colique durant une heure et demie si violente « qu'il en était courbé en deux. » Il eut une crise semblable, mais moins intense, peu de jours après son retour à Londres. Pendant ces deux attaques, il n'y eut point de vomissements. Le malade voyait ses forces augmenter de jour en jour et, à son retour à la ville, il se sentit capable de reprendre ses occupations. Le 2 avril, il alla à Essex pour affaires. Il courut dans le pays, faisant plusieurs milles (1) par jour, sans se sentir plus mal, et revint à Londres le 6 avril.

Le 8 avril, il alla à ses occupations habituelles et fit quelques milles à pied. Peu après le dîner, vers sept heures, il fut pris subitement, dans l'abdomen, d'une violente douleur qui revint avec une plus grande intensité et fut accompagnée cette fois de vomissements. L'épigastre était un peu sensible,

(1) Le mille anglais vaut environ 1600 mètres.

mais il n'y avait pas d'ictère. Le pouls n'est qu'à 84. On prescrit des doses répétées d'opium et d'éther chlorique et l'application continue de cataplasmes sur l'abdomen.

Le lendemain, les paroxysmes de la douleur ont cessé, mais l'épigastre est plus sensible et l'hypochondre droit également; douleur intense provoquée par la toux ou le mouvement. Les vomissements n'ont pas tout à fait cessé, le teint était un peu blême, mais les selles contenaient un peu de bile. Pouls à 86. On fait appliquer 10 sangsues sur le côté et on continue les cataplasmes et les opiacés.

Le malade, se sentant mieux, ne fit point appliquer les sangsues. Dans l'après-midi, il eut deux accès violents de tremblement, après lesquels il s'est senti si mieux et si débarrassé de toute douleur qu'il jugea inutile de m'envoyer chercher.

Le 10 avril au matin, il s'est trouvé si bien qu'il a fait un bon déjeuner et qu'il a manifesté le désir de se lever et de descendre; mais il était dans un état de prostration extrême; évidemment le malade déclinait. Le pouls était à 120 au coude et imperceptible au poignet. Le malaise avait cessé, mais les traits étaient pincés et la peau était froide et couverte de sueur visqueuse. Il perdit peu à peu connaissance et mourut à 8 heures du soir.

*Autopsie.* — On n'examina que l'abdomen. En ouvrant cette cavité, les intestins parurent à l'état normal, mais distendus par du gaz. Pas d'exsudation dans la cavité générale du péritoine, la vascularisation n'y est pas augmentée. Le gros intestin contient une certaine quantité de matière pulpeuse, couleur de crème et sans nulle trace de bile. L'intestin grêle contenait de la bile.

Le lobe gauche du foie était sain et non adhérent. La surface supérieure et inférieure du lobe droit était solidement adhérente aux parties adjacentes. Près du bord droit du foie, quelques-unes des bandes qui l'unissaient aux côtes paraissaient s'être rompues et on voyait en ce point une plaque de lymphé récente, pas plus large qu'un pouce carré, autour duquel la vascularisation était légèrement accrue. Dans la substance du lobe droit se trouvait une cavité affaissée, à forme irrégulière, du volume d'une grosse orange; les parois de cette cavité étaient en partie formées par les côtes et les adhérences environnantes; sa surface interne était constituée par du tissu hépatique induré, présentant un aspect taillé, et n'était pas tapissée par une membrane hydatique. La cavité était presque vide, mais elle contenait quatre ou cinq vésicules hydatiques flétries du volume d'une pièce de 1 franc. Un conduit biliaire considérablement dilaté faisait communiquer cette cavité avec le canal cholédoque. Tout le canal, depuis la cavité jusqu'à son embouchure duodénale était assez large pour admettre l'extrémité du petit doigt (1). Plus en arrière, dans le lobe droit, et tout à fait distincte de celle que je viens de décrire, se trouvait une autre cavité, du volume d'une prune, qui était tapissée d'une ancienne membrane hydatique, cribiforme, durcie et jaune opaque. Le contenu de cette cavité s'était échappé pendant la rupture du

(1) La préparation est au musée de l'hôpital Middlesex.

foie. (Cette tumeur peut avoir été la source des symptômes que le malade a éprouvés sept ans avant sa mort.)

L'observation XXXV, comme la XXV<sup>e</sup>, montre les bons effets du traitement antiseptique après qu'on a ouvert largement un kyste hydatique suppuré.

OBS. XXXV. — *Hydatide suppurée de foie. — Large incision. Rétablissement.*

Miss M., âgée de vingt-quatre ans, me consulta le 24 novembre 1869. Elle assure avoir remarqué, depuis deux ans, une voussure des dernières côtes droites, qui était survenue sans douleur et n'avait pas augmenté beaucoup depuis qu'on l'avait observée pour la première fois. Cette voussure était tout à fait manifeste: la circonférence du côté droit de la poitrine au-dessous du sein était de 15 pouces et demi et 13 1/2 à gauche. La matité hépatique sur la ligne mammaire droite s'étendait en bas à 8 pouces au-dessous du mamelon; elle ne s'élevait pas trop haut en arrière et son bord supérieur était arqué. Les espaces intercostaux compris dans la voussure étaient effacés, mais on n'y pouvait rien percevoir qui ressemblât à de la fluctuation. Pas de sensibilité à la pression. Santé générale bonne.

Je ne revis plus la malade jusqu'au 4 février 1873. Elle me dit alors que pendant deux mois elle avait été sujette à des crises de douleur intense, traversant la tumeur de part en part; cette souffrance lui arrachait des cris et l'empêchait de dormir. Ces crises lui arrivaient plutôt quand elle était couchée. Elle éprouvait également un peu de malaise à l'estomac après le repas et se voyait maigrir. La tumeur avait augmenté principalement vers le haut. Au-dessous du sein, la circonférence du côté droit était de 16 pouces et 14 1/2 à gauche. La matité hépatique en avant s'élevait à 1 pouce et demi au-dessus du mamelon et s'étendait de là à 9 pouces et demi en bas, jusqu'à 3 pouces au-dessous des côtes. En arrière également, la matité hépatique dépassait de un à deux pouces sa limite normale; l'air n'entraît qu'imparfaitement dans le lobe inférieur du poumon droit. Pas de fluctuation. Pouls à 108, température quelque peu élevée. J'émis l'opinion que l'on avait affaire là à une tumeur hydatique et qu'il y avait lieu d'y faire une ponction exploratrice. Sir W. Jenner, qui vit la malade en consultation avec moi, le 22 février, fut tout à fait de mon avis. Le 24 février, la tumeur fut ponctionnée entre la 6<sup>e</sup> et la 7<sup>e</sup> côte en avant; il s'en échappa environ 12 grammes de pus; on ferma l'ouverture, et le 26 février le docteur de Morgan pratiqua au même endroit une large ouverture qui donna issue à 4 pintes de pus contenant de nombreuses et grosses vésicules hydatiques. La cavité fut lavée avec une solution de chlorure de zinc (1<sup>re</sup>, 30 par once), et on laissa dans l'ouverture un tube en caoutchouc, à l'aide duquel on put injecter tous les jours une solution faible d'acide phénique, et la plaie fut recouverte d'étoupes cardées. La douleur dont se plaignait la malade disparut tout de suite. Il continua à s'écouler beaucoup de pus et d'hydatides jusqu'au 17 mars, où l'on vit sortir ce qui paraissait être la vésicule mère. Après cela, l'écoulement diminua rapidement et la malade reprit de la

chair. Le 28 avril, on enleva le tube et bientôt après l'ouverture fut fermée.

Le 8 avril 1875, la malade jouissait encore d'une excellente santé.

Dans le cas XXXVI, la tumeur hydatique non-seulement suppura, mais amena la pyoémie, avec dépôts purulents secondaires dans le foie.

OBS. XXXVI. — *Tumeur hydatique suppurée du foie. — Pyoémie, avec dépôts purulents secondaires.*

Thomas B., âgé de trente-cinq ans, fut admis à l'Hôpital des Fiévreux de Londres le 20 janvier 1866. Il avait habité vingt ans la Tasmanie, mais pendant ces quatre dernières années l'Angleterre. Sa santé antérieure avait toujours été bonne. Sa maladie a commencé cinq semaines avant son admission par une douleur intense dans le côté droit, suivie, trois semaines plus tard, d'ictère et de diarrhée. C'est lorsqu'il fut pris de cette douleur qu'il remarqua pour la première fois dans le côté droit un gonflement qui n'a pas paru augmenter jusqu'au moment de son admission. Le malade était amaigri et ictérique, le foie était très-gros, la matité verticale sur la ligne mammaire droite étant de 8 pouces. La portion du foie qui faisait saillie au-dessous des côtes droites était lisse, indolente, élastique et presque fluctuante, mais on n'y constatait rien qui ressemblât à la vibration hydatique. Ascite modérée. Pouls à 96; langue humide et rouge; pas d'appétit; 6 à 7 selles liquides par jour, contenant peu ou pas de bile. Sueurs profuses la nuit. Trois ou quatre jours avant son admission, il survint des accès irréguliers de tremblement; la diarrhée continua; l'amaigrissement et les transpirations augmentèrent; la langue devint sèche et brune, et le 22 février le malade succomba. A deux reprises (le 31 janvier et le 7 février), on fit une ponction exploratrice dans la tumeur. La première fois, on n'en retira rien, parce que le trocart était trop court; la seconde fois, on retira six onces d'un liquide bilieux, purulent, qui, malheureusement, ne put être soumis à l'examen microscopique. Ni l'une ni l'autre de ces opérations ne fut suivie d'accident.

A l'autopsie, on trouva un kyste hydatique, gros comme une tête d'enfant et plein de pus et d'hydatides secondaires, se projetant de la face inférieure du foie et comprimant la veine porte et les conduits biliaires. Le foie était parsemé de nombreux petits abcès et sa face externe recouverte de lymphes récentes. On retrouva difficilement les traces des ponctions et il ne paraissait pas y avoir dans leur voisinage indice qu'une inflammation y eût été provoquée.

Dans le cas suivant, la suppuration d'une hydatide paraît avoir amené la pyoémie, avec abcès gangréneux secondaires dans le foie. Les caractères anatomiques du foie concordaient avec ceux décrits par Rokitsanski, sous le nom de *gangrène du foie* (1). Cette maladie, cependant, est si rare qu'elle a été niée par divers observateurs. Rokitsanski lui-même n'en a rencontré qu'un exemple, et, dans ce cas, il était associé à la gangrène pulmonaire. Budd en rapporte un cas et en cite un autre d'Andral (2).

(1) *Pathol. anat.*, Syd. Soc. éd. t. II, p. 136.

(2) Budd, *op. cit.*, p. 129, 3<sup>e</sup> éd.

Étant donné la rareté de ces cas, l'odeur remarquablement fétide observée durant la vie présente un intérêt clinique.

OBS. XXXVII. — *Hydatide suppurée. — Pyoémie, avec abcès gangréneux secondaires dans le foie.*

Un homme âgé de 27 ans fut admis à l'hôpital des Fiévreux de Londres, dans mon service, le 23 février 1867. Il était dans une prostration telle qu'il ne put nous donner que peu de renseignements sur son compte, et tout ce qu'on put savoir de sûr, c'est qu'il avait servi dans les Indes occidentales pendant environ sept ans, mais que sa santé avait été bonne jusqu'à un mois avant son admission; à ce moment, il fut pris de douleur à l'épigastre et dans l'hypochondre droit, avec nausées et vomissements, et vers la même époque, il remarqua pour la première fois, au-dessous des côtes droites, une tumeur sur laquelle, par suite de la douleur qu'il ressentait, il lui était difficile de bou-tonner sa tunique.

A son entrée, l'abdomen est tendu et sensible sur toute sa surface; on entend distinctement sur le foie un bruit de frottement; cet organe paraît très-gros et s'étend jusqu'à la crête de l'os des îles, et en haut jusqu'au bord inférieur de la 3<sup>e</sup> côte. Langue sèche et brune; vomissements fréquents, mais pas d'ictère; fonctions intestinales régulières. Matité de la rate plus étendue. Pouls à 132 et faible; bruits du cœur normaux; respiration accélérée et thoracique; matité à la percussion en arrière du poumon droit et râles humides sur la plus grande partie des deux poumons. Peau chaude, face pâle, traits pincés.

Le lendemain matin, la prostration a augmenté, et de plus, on constate un peu d'ictère conjonctival et une odeur particulière très-fétide *sui generis*, qui semblait provenir de tout le corps et non pas de l'haleine en particulier. Ce fait fut noté sur le cahier d'observations avant la mort du malade, laquelle survint le même jour.

A l'autopsie, qui fut pratiquée le lendemain, on constata les signes manifestes d'une péritonite récente, particulièrement dans le voisinage du foie. A la face inférieure du lobe droit du foie et ne pénétrant que peu dans sa substance, se projetait un kyste hydatique plus gros qu'une noix de coco. La paroi de l'hydatide était opaque, résistante et cribriforme, par suite de la présence de nombreuses et larges ouvertures et sa cavité était remplie d'un liquide brunâtre, purulent, doué d'une odeur très-fétide. Le foie tout entier était parsemé de nombreuses masses ramollies, du volume d'une noix à celui d'une petite orange, dans lequel le tissu hépatique était ramolli et consistait en une matière spongieuse, correspondant au stroma fibreux et aux vaisseaux, saturée d'un liquide pulpeux, verdâtre, extrêmement fétide. Enclavé dans la substance du foie, près du bord antérieur du lobe droit, se trouvait un kyste hydatique sain, gros comme une châtaigne, contenant un liquide clair et des échinocoques. Les poumons étaient congestionnés, mais n'étaient nulle part enflammés ou gangréneux.

Dans le cas suivant, la tumeur hydatique était si volumineuse qu'elle remplissait presque la cavité abdominale; elle avait été pénétrée par de

la bile. La nature réelle de la maladie ne fut pas reconnue durant la vie du malade, et l'on n'eut recours à la paracentèse qu'à titre de palliatif, pour soulager l'extrême détresse du patient et sans aucune idée de guérison.

OBS. XXXVIII. — *Kyste hydatique énorme du foie, passant à travers le foramen de Winslow et remplissant presque toute la cavité abdominale. — Paracentèse. — Pleurésie. — Tubercules pulmonaires. — Mort par épuisement.*

Elisabeth C., âgée de 15 ans, fut admise le 26 août 1862 à l'hôpital Middlesex dans le service du docteur Greenhow. Elle avait été très-bien portante jusqu'à l'âge de trois ans; mais, à cette époque, elle fit une chute grave sur le côté droit, et depuis elle n'a jamais été bien. Depuis neuf ou dix ans on a remarqué une tumeur dans le côté droit de l'abdomen. Trois ans avant son admission à Middlesex, elle a été dans un autre hôpital qu'elle a quitté parce qu'on voulait lui faire une opération. La tumeur a graduellement augmenté de volume sans déterminer de douleur, mais pendant ce temps la petite malade devenait chétive et faible; quatre semaines avant son entrée ici, elle fut prise de scarlatine, et durant la convalescence ou pendant les derniers jours qui ont précédé son admission, la tumeur s'est accrue rapidement et il s'est produit parfois un peu de douleur dans l'abdomen. A son entrée, la face et les extrémités sont considérablement émaciées; elle a l'air hagard, anxieux, et les conjonctives sont légèrement jaunes. L'abdomen est très-gros et offre une fluctuation manifeste; mais ce qu'il y avait de remarquable, c'est que la percussion donnait de la résonance dans les deux flancs, à l'épigastre et dans les deux hypochondres. La malade se plaignait de crises de dyspnée et de douleur intense dans l'abdomen. Pouls à 100 et faible; pas de bruit anormal au cœur; respiration embarrassée et thoracique; appétit bon, intestins réguliers, urines rares et chargée de bile. Le 3 septembre, la douleur abdominale et la dyspnée sont arrivées à un tel degré, que l'on pratique la paracentèse de l'abdomen à titre de palliatif et l'on retire 248 onces d'un liquide sale, brunâtre, qui ne fut malheureusement pas examiné au microscope ni à l'aide des réactifs chimiques. L'opération a eu pour effet immédiat d'apporter un grand soulagement à la douleur et à la dyspnée; mais, au bout de trois jours, on remarqua que la tumeur augmentait de nouveau rapidement, et le 26 septembre, ses dimensions étaient plus considérables qu'avant l'opération, bien que la dyspnée ne fût pas tout à fait aussi alarmante. Le lendemain, la malade succomba à l'épuisement.

*Autopsie.* — En incisant les parois abdominales, il s'échappe environ 7 litres de sérosité jaune paille. La plus grande partie de la cavité abdominale, même jusqu'au pubis, était recouverte d'une membrane gélatineuse parfaitement adhérente faisant partie d'un énorme kyste hydatique, qui comprimait l'estomac et les intestins contre la face inférieure du diaphragme et du foie où ils se trouvaient massés ensemble; leur surface péritonéale était considérablement injectée. Flottant dans le grand kyste abdominal se trouvait un kyste

secondaire contenant environ une pinte de liquide et des débris apparents d'autres kystes. On trouva de même dans la cavité du grand kyste d'autres de plus petit volume. On constata, en outre, que ce grand kyste primitif se continuait avec un autre, gros comme une tête d'enfant, se projetant de la face inférieure du foie à laquelle il était fixé. En fait, les deux cavités ne constituaient qu'un seul kyste, offrant une partie rétrécie en forme de sablier, le canal de communication étant assez large pour admettre trois doigts et paraissant correspondre au foramen de Winslow. La vésicule biliaire était comprimée, vide et atrophiée. Fixée au bord antérieur du lobe gauche du foie par un mince pédoncule fibreux, se trouvait une autre tumeur, du volume d'un œuf d'oie, qui contenait un kyste hydatique rétracté, rempli d'une matière, semblable à du mastic, dans laquelle on rencontrait de nombreux crochets d'échinocoques. On trouva une troisième tumeur fixée à la face supérieure du lobe droit du foie, et solidement adhérente à la face inférieure du diaphragme, lequel était refoulé dans la cavité de la plèvre droite. Cette tumeur était tapissée d'un kyste contenant environ une pinte de sérosité jaune paille et dont la face interne était parsemée d'échinocoques. La plèvre droite renfermait à peu près une pinte de liquide semi-purulent, et les faces opposées de la plèvre, à la base du poumon droit, étaient recouvertes d'un dépôt récent de lymphé semi-organisée. Les deux cavités pleurales avaient leur capacité très-diminuée par l'élévation du diaphragme, et les deux poumons contenaient de nombreux tubercules miliaires éparpillés. Le cœur est petit, mais, sous tout autre rapport, normal. La rate est pâle et flasque. Les reins gros et congestionnés.

Dans les trois cas suivants d'hydatide du foie, la mort est survenue par suite de l'ouverture du kyste dans la plèvre ou le poumon. Le premier cas, qui s'est présenté pendant que j'étais directeur des autopsies à l'hôpital Middlesex, montre l'absence de tout symptôme, avec une volumineuse tumeur hydatique du foie, avant sa rupture dans la plèvre et aussi la difficulté du diagnostic que peut amener la coexistence de l'empyème, avec l'augmentation du volume du foie par hydatide.

OBS. XXXIX. — *Tumeur hydatique du foie, s'ouvrant dans la plèvre droite. Empyème. — Mort.*

Louise R., âgée de 17 ans, entra le 23 mars 1861 à l'hôpital Middlesex dans le service du docteur H. Thompson. Elle était domestique et n'avait cessé son travail que depuis une quinzaine, ayant jusque-là joui d'une bonne santé et ne se plaignant ni de douleur ni de malaise. Elle fut alors prise subitement d'une douleur aiguë dans la partie supérieure de l'abdomen et dans les deux côtés de la poitrine; cette douleur augmentait pendant l'inspiration et était accompagnée de toux, de dyspnée, de symptômes fébriles et d'une grande prostration. A son entrée, le pouls est à 112, petit et faible. Toux légère. Matité et absence de murmure respiratoire dans tout le côté droit de la poitrine, sauf dans l'espace sous-claviculaire. Matité également et respiration affaiblie à la base du poumon gauche. La matité hépatique sur la ligne droite mam-