

maire s'étendait à près de 4 pouces au-dessous du rebord des côtes. Pas d'ictère ni d'ascite; mais l'urine contient de l'albumine. Fièvre hectique avec grande prostration, et mort le 8 avril, un mois après l'apparition du premier symptôme de maladie.

Autopsie. — Cœur normal. Le poumon gauche est partout et solidement adhérent; son lobe inférieur est hyperémié et un fragment de son tissu pris à la base s'enfoncé dans l'eau; mais à la coupe il n'était pas granuleux et il était extraordinairement ferme et résistant. La cavité pleurale droite était remplie de pus dans lequel flottaient d'innombrables vésicules hydatiques du volume d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une orange. Le poumon droit est complètement affaissé et carnifié, excepté au sommet qui contenait un peu d'air. Le foie était très-déprimé, son bord inférieur dépassait le milieu de l'espace compris entre l'ombilic et le pubis; Du bord postérieur du lobe droit, partait un kyste aussi gros qu'une tête d'enfant et solidement fixé au diaphragme. Le foie n'était adhérent sur aucun autre point de sa surface. A la partie supérieure du kyste on voyait une rupture, produite à travers le diaphragme, d'un pouce et demi de diamètre, par laquelle le kyste communiquait avec la plèvre droite. L'intérieur du kyste était tapissé par une membrane hydatique, et rempli de pus et de vésicules, dont un grand nombre furent examinées sans qu'on y trouvât ni crochets, ni échinocoques. Pas d'autre tumeur hydatique, soit dans le foie, soit dans quelque autre organe. Le bassin et les calices du rein droit et la partie supérieure de l'uretère droit étaient dilatés, probablement par suite de la pression exercée en bas par le foie déplacé; substance du rein droit très-atrophiée; rein gauche normal.

OBS. XL. — *Tumeur hydatique du foie, rupture dans la plèvre droite. Empyème. — Péricardite.*

Georges K., jardinier, âgé de cinquante-quatre ans, d'habitudes sobres, fut admis le 25 avril 1854 dans le service du docteur F. Hawkins à l'hôpital Middlesex. Il avait toujours joui d'une bonne santé, lorsque, quatre mois avant son entrée, il fut pris subitement de douleur dans tout l'abdomen, mais particulièrement dans l'hypochondre droit, et s'étendant de là à l'épaule droite. Vers la même époque, il devint légèrement ictérique. La douleur et l'ictère persistèrent, et au moment où on put l'examiner, le malade était devenu très-faible et très-émacié, et se plaignait d'une toux incessante. Le foie est très-gros et s'étend jusqu'à l'ombilic. Voussure considérable du côté droit de la poitrine, où la percussion donnait partout de la matité et où l'on n'entendait plus le murmure respiratoire, excepté en arrière et en haut près de la colonne. Le malade s'affaiblit de plus en plus et mourut le 10 mai.

Autopsie. — La cavité pleurale droite était remplie d'un liquide jaunâtre, trouble, semi-purulent, contenant des amas de matière gélatineuse, qu'on reconnut être des vésicules hydatiques. Le poumon droit était comprimé et aplati contre la colonne vertébrale et était à sa base solidement fixé au diaphragme par des adhérences; il ne crépitait plus du tout, enfonçait dans l'eau et était complètement carnifié. Le foie, énormément gros, s'étendait jusqu'à l'ombilic

et pesait 90 onces. Il était solidement adhérent au diaphragme. A la partie postérieure du lobe droit se trouvait une cavité grosse comme un œuf de cygne, tapissée par un kyste hydatique et renfermant dans son intérieur quelques kystes semblables. La paroi supérieure de cette cavité était constituée par le diaphragme, sur lequel se trouvait une large ouverture par où cette cavité communiquait avec la plèvre droite. Le foie était très-congestionné. Le péricarde était collé au cœur par des adhérences récentes. Le poumon gauche, la rate et les reins étaient sains.

OBS. XLI. — *Ancienne hydatide (?) du foie, communiquant avec la base du poumon droit. — Pneumonie lobulaire et gangrène du poumon.*

Robert J., âgé de soixante-douze ans, fut envoyé à l'hôpital des fiévreux de Londres, comme présentant un cas de fièvre. En l'examinant, on ne trouva chez lui aucune forme de fièvre idiopathique. Cet individu assura qu'il avait eu une mauvaise toux pendant deux mois et qu'il avait gardé le lit pendant deux jours. Son haleine exhalait une odeur très-manifestement gangréneuse; les crachats étaient verdâtres, sales, muco-purulents et extrêmement fétides. Râles bronchiques secs à la surface de la poitrine et à la base du poumon droit, légère matité avec augmentation de la résonance vocale et gros râles humides, mais rien qui ressemble à la respiration caverneuse. Pouls à 96, 36 respirations. Il n'y eut pas de changement dans les signes physiques fournis par la poitrine, mais la langue devint sèche et brune; puis survint de la diarrhée et le patient alla en s'émaciant et s'affaiblissant graduellement jusqu'à sa mort, le 11 septembre.

A l'autopsie, on trouva une pneumonie lobulaire du lobe inférieur du poumon droit, et tout à fait à la base une portion, grosse comme une orange, frappée de gangrène. En cet endroit, le poumon adhérait solidement au diaphragme et ce dernier au foie, et le tissu affaissé du poumon gangréneux communiquait par plusieurs ouvertures avec une cavité située à la partie supérieure du lobe droit du foie et ayant trois pouces de diamètre. Cette cavité contenait beaucoup de substance calcaire et une certaine quantité de matière pultacée, grisâtre, très-fétide. Un examen attentif permit d'y constater l'absence de crochets d'échinocoques. Le reste du foie et les intestins étaient à l'état normal.

L'absence de crochets peut faire repousser l'idée que la tumeur du foie était à l'origine une hydatide. Mais quoique les crochets résistent pendant une période indéfinie aux changements qui surviennent dans l'intérieur du corps, ils ne sauraient résister à la putréfaction qui suit l'exposition à l'air libre, et cette dernière condition doit avoir existé dans ce cas pendant plusieurs semaines avant la mort. Un abcès ancien est la seule autre lésion qui aurait pu produire les apparences décrites plus haut, mais le sujet n'avait jamais présenté les symptômes d'abcès du foie.

Dans les deux cas suivants, de même que dans le cas XXXIX, la tumeur parut comprimer les uretères.

OBS. XLII. *Hydatide du foie. — Pyélite. — Pus dans l'urine. Mort subite.*

Ellen C., âgée de vingt et un ans, se présenta, en avril 1861, à ma consultation de l'hôpital Middlesex. Elle nous raconta que depuis dix-huit mois elle allait en s'affaiblissant et amaigrissant beaucoup, et que dernièrement elle avait été prise de dyspnée. Elle ne toussait pas, mais son père était mort de consommation. Elle avait eu également de la leucorrhée et de l'irrégularité dans ses époques. A l'examen de la poitrine, on trouve une voussure du côté droit, commençant au bord supérieur de la cinquième côte, ayant son maximum aux fausses côtes et diminuant ensuite graduellement. La matité hépatique sur la ligne mammaire droite, s'étendait à 3 pouces au-dessous du rebord des côtes, et sa longueur totale était de 6 pouces $1/2$. La voussure au-dessous des côtes occupait l'hypochondre droit et l'épigastre et s'étendait jusqu'à l'hypochondre gauche; sensibilité légère, consistance élastique, presque fluctuante; la percussion donne au doigt la sensation de vibration hydatique. C'est à l'épigastre que ces caractères étaient le plus marqués. Les veines superficielles autour de l'épigastre et des hypochondres étaient très-développées. Les mouvements respiratoires étaient presque exclusivement limités au côté gauche de la poitrine. A droite, on n'entend plus le murmure respiratoire au-dessous de la quatrième côte en avant, ni au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate en arrière. Au-dessus de ces points, le murmure respiratoire était rude et l'expiration prolongée. A gauche, matité et absence du murmure respiratoire jusqu'à un $1/2$ pouce en dedans de l'angle inférieur de l'omoplate. La malade ne put nous dire depuis combien de temps la tumeur existait. En réalité, elle ignorait qu'elle portât sur elle une grosseur anormale jusqu'à ce qu'on la lui eût montrée. Elle avait le teint un peu blême, mais elle n'avait jamais eu d'ictère ni de vomissements et ses fonctions intestinales se faisaient régulièrement; pas d'appétit. Outre la tumeur du côté droit, on pouvait sentir dans la région lombaire gauche un gonflement douloureux, apparemment le lobe gauche déplacé du foie; pus abondant dans l'urine.

La malade resta en observation pendant près de douze mois. Les dimensions de la tumeur ne changèrent pas beaucoup, mais en somme elles s'accrurent légèrement. De temps en temps la malade se plaignait d'une douleur intense dans la tumeur de la région lombaire gauche. A ces moments, l'urine était claire, ou presque, et le soulagement de la douleur était toujours suivi d'une sensation de quelque chose qui crève et de la réapparition du pus en grande quantité. L'urine fut souvent examinée au microscope mais on n'y découvrit ni pus, ni cylindres ou traces d'échinocoques.

Le traitement, qui consista à administrer des toniques et de l'iode de potassium, et des applications extérieures de teinture d'iode, n'amenant pas de soulagement, la malade entra à l'hôpital le 14 janvier 1862, pour se faire ponctionner la tumeur de l'hypochondre droit. Après être restée six semaines à l'hôpital, elle refusa de se laisser opérer et partit sur sa demande.

Je n'ai plus revu la malade; mais je sais que le 6 septembre 1863 elle fut admise à University College Hospital dans le service de M. Hare, à qui je suis

redevable des détails notés pendant le temps que la malade a été sous ses yeux. Vers la fin de 1862, elle avait ressenti dans la tumeur de l'hypochondre droit une douleur intermittente, cessant après quelques jours. On l'avait traitée pour cela à l'hôpital des Femmes de Soho-Square. Les dimensions de la tumeur notées à University College Hospital montrèrent qu'elle avait considérablement augmenté. Bien que l'angle costal droit fût encore plus grand que le gauche, il y avait une voussure des côtes des deux côtés jusqu'au mamelon et la matité s'étendait jusqu'à la troisième côte à droite et jusqu'au troisième espace intercostal à gauche. La matité hépatique verticale avait 11 pouces $1/4$ sur la ligne mammaire droite, 9 $1/2$ sur la ligne médiane et 9 $3/4$ sur la ligne mammaire gauche. On sentait à l'épigastre une fluctuation distincte sur un espace mesurant 4 pouces $1/2$ transversalement et 2 $1/2$ verticalement; mais il n'y avait pas de frémissement hydatique, pas d'œdème des jambes. La malade était blême; son urine ne contenait pas de pigment biliaire, mais était encore chargée de pus. Elle avait encore des crises douloureuses dans la région du rein gauche, crises toujours soulagées par une sensation de déchirement et une évacuation abondante de pus dans l'urine. A son entrée, la sensibilité et la douleur étaient très-vives dans la région de la tumeur, près de l'ombilic. Cette douleur revenait de temps en temps, mais était toujours soulagée par les sangsues, les cataplasmes et la morphine. La malade eut aussi une crise de douleur et d'engourdissement dans l'aîne gauche et le genou, accompagnée de gonflement des ganglions lymphatiques de l'aîne et d'un léger œdème de la partie supérieure de la cuisse. Le 26 janvier 1864, elle ne ressentait plus de douleur, mais elle avait maigri et avait perdu des forces. Elle fut renvoyée le 9 février pour inconduite.

Après avoir quitté l'hôpital, la malade garda le lit et au bout de dix jours mourut d'une façon assez subite et inattendue. Une heure avant sa mort elle paraissait assez bien: il est assez probable que la mort fut occasionnée par la rupture d'un kyste hydatique.

OBS. XLIII. — *Tumeurs hydatiques du foie et du péritoine, comprimant les uretères et amenant la dégénération des reins.*

Marie Anne W..., âgée de quarante-cinq ans, fut admise le 15 décembre 1864 à l'hôpital Middlesex, dans le service du docteur H. Thompson et mourut le 5 janvier 1865. Pendant un an avant sa mort, elle avait souffert de maux de tête et avait éprouvé une altération des facultés mentales; sept semaines avant sa mort elle perdit un jour connaissance et il s'ensuivit une hémiplegie à droite, des évacuations involontaires et des eschares. Il n'y eut point de symptômes qu'on pût rapporter au foie.

Les artères de la base du cerveau étaient athéromateuses et il y avait un noyau apoplectique avec une plaque de ramollissement blanc dans le corps strié gauche. Le foie, la rate et le diaphragme étaient réunis par des bandes fibreuses. Entre les adhérences qui unissaient le foie et la rate se trouvait un kyste gros comme une noix, rempli d'une matière molle, analogue à du mastic et tapissée de fragments de membrane hydatique gélatineuse. Dans le lobe droit du foie se trouvait un autre kyste, du volume d'une petite noix de coco,

en partie enclavé dans sa substance et en partie se projetant de sa face supérieure où il adhère solidement au diaphragme. La paroi extérieure était en partie calcifiée et sa cavité était remplie de fragments de kystes secondaires gélatineux et de matière molle, pareille à du mastic. Les cellules hépatiques n'étaient pas altérées. Dans les replis mésentériques de l'intestin grêle se trouvaient trois kystes en partie calcifiés, du volume d'une noisette à celui d'une noix et contenant une matière semblable à du mastic et des vésicules secondaires. La plus grande partie du bassin est occupée par un autre gros kyste, situé derrière et au-dessus de l'utérus, qui était refoulé de façon à se montrer à la vulve. Ce kyste contenait un liquide clair et d'innombrables petits kystes de volume très-différent, de celui d'un pois à celui d'une noix, tous gélatineux et remplis d'un liquide clair. Un autre kyste, moins gros, était dans le côté droit du bassin. Les uretères étaient comprimés par ces kystes et les bassins étaient un peu dilatés. Les reins étaient petits et granuleux et on distinguait difficilement la substance corticale des pyramides. Tous les kystes de l'abdomen contenaient des crochets d'échinocoques.

Dans le cas suivant, des kystes hydatiques secondaires se formèrent dans l'épiploon et la cavité péritonéale.

OBS. XLIV. — *Kystes hydatiques du foie et du péritoine. — Ascite et anasarque des extrémités inférieures. — Albuminurie. — Mort.*

Catherine C..., colporteuse, âgée de quarante-cinq ans, fut admise à l'hôpital Middlesex le 10 janvier 1865 et y resta jusqu'à sa mort, le 21 juin. Sauf une attaque de rhumatisme, elle avait joui d'une bonne santé jusqu'à un mois avant son entrée à l'hôpital. Elle fut prise, à cette époque, d'une violente douleur dans l'abdomen et les reins et en même temps l'abdomen et les jambes commencèrent à enfler. A l'hôpital, elle eut de l'ascite et une anasarque considérable des extrémités inférieures; l'urine contenait de l'albumine. On la traita par les diurétiques et les purgatifs et on piqua ses jambes.

A l'autopsie, on trouva les jambes très-œdémateuses, et l'abdomen fortement distendu. Les deux poumons étaient affectés d'œdème très-prononcé, et le poumon solidement adhérent et carnifié à la base.

La cavité péritonéale contenait plus de quatre litres et demi de sérosité claire, dans laquelle flottaient six kystes hydatiques presque transparents, avec des parois gélatineuses, tremblotantes, et dont le plus gros avait environ le volume d'un œuf de poule et le plus petit à peu près celui d'une noix. Le liquide dans lequel flottaient les kystes avait une densité de 1010 et ne contenait pas d'albumine; celui de la cavité péritonéale avait une densité de 1020, et était très-riche en albumine.

Le lobe gauche du foie était en partie atrophié, et, entre lui et la rate, solidement fixé par des adhérences à ces deux organes ainsi qu'à l'estomac, se trouvait un autre kyste, gros comme une tête de fœtus, contenant un peu de liquide clair et d'innombrables kystes plus petits, de volumes variés, et pressés les uns contre les autres. Dans le grand épiploon, il y avait trois ou quatre kystes semblables, gros comme des châtaignes, et, fixé après le rein droit, se

trouvait un autre kyste gros comme une orange. On trouva des échinocoques dans les kystes les plus gros. Le volume des deux reins était très-augmenté; ces organes étaient gras.

L'observation XLV montre combien une hydatide du foie peut simuler un cancer.

OBS. XLV. — *Tumeur hydatique du foie simulant un cancer. — Évacuation d'hydatides par l'anus et rétablissement temporaire.*

Le 1^{er} novembre 1871, je vis en consultation, avec le docteur Mackintosh, de Brompton road, M. C..., âgé de 33 ans, entrepreneur, mais antérieurement percepteur. On croit que sa maladie n'a commencé que trois ou quatre mois auparavant par une attaque de pleurésie à droite avec épanchement. Depuis lors, il a maigri, et deux semaines avant que je le visse, le ventre avait commencé à enfler. Il n'a jamais eu la syphilis; il n'a pas eu d'habitudes alcooliques et il n'y a pas de cancer dans la famille. Sur les 4/5 inférieurs du poumon droit, matité qui se continue avec celle du foie, absence du murmure respiratoire et des vibrations vocales. Le cœur est déplacé à gauche, mais il n'y a pas de voussure au côté droit et la mensuration des deux côtés ne donne pas de différence.

Ascite modérée. Le bord inférieur du lobe droit du foie, trois ou quatre pouces au-dessous des côtes, présente des nodosités distinctes et de la sensibilité à la pression. Parfois des vomissements, mais pas d'ictère.

Quatre jours après, les pieds se mirent à enfler et l'œdème augmenta rapidement; et le 8 novembre, lorsque je vis le malade une seconde fois, sa température était à 38°3 et il avait été pris de péricardite.

Je ne revis plus le malade car, après ma seconde visite, il fut transporté à Brighton, où, comme me l'apprit le docteur Mackintosh, il évacua par l'anus une grande quantité de kystes hydatiques; l'hydropisie disparut et l'amélioration fit de tels progrès qu'il se trouva en état de reprendre ses occupations à Londres. Il est mort cependant environ un an après, soigné par un autre médecin.

OBS. XLVI. — *Tumeur hydatique du foie. — Tumeurs hydatiques secondaires dans le canal vertébral. — Paraplégie.*

La préparation qui se rapporte à ce cas est au musée de l'hôpital Middlesex (V. 15), et les particularités suivantes sont extraites du catalogue :

« Vertèbres et moelle spinale de la région dorsale. Le canal et la dure-mère sont ouverts. La plèvre est séparée des côtes et des corps des vertèbres par deux kystes hydatiques, un de chaque côté. Les hydatides ont été ouvertes en sciant les lames des vertèbres; mais leurs parois persistent et la moelle épinière est à cet endroit bien plus petite que partout ailleurs.

» Le sujet était une femme de quarante ans qui avait été admise à l'hôpital pour une paraplégie avec rétention d'urine. Elle mourut avec une large eschare au sacrum, et on trouva la vessie enflammée. Il y avait aussi un volumineux kyste hydatique du foie. »

Dans le cas suivant, il paraît y avoir eu un commencement de guérison spontanée de la tumeur et l'observation est intéressante à cause de la manière dont se fait probablement la guérison d'une tumeur hydatique, lorsque le contenu en a été retiré à l'aide d'un petit trocart et de la canule (v. pp. 72 et 85).

OBS. XLVII. — *Hydatide volumineuse du foie, pleine d'hydatides secondaires, mais ne contenant pas de liquide.*

Ce foie a été pris sur un sujet, âgé de trente-six ans, qui fut admis à l'Hôpital des Fiévres, le 2 décembre 1866, pour une variole hémorrhagique dont il mourut le 5 décembre. Il était trop mal pour qu'on pût le questionner sur ses antécédents.

Après sa mort, on trouva à la partie postérieure du lobe droit du foie une tumeur hydatique grosse comme une tête d'enfant. Les points les plus importants de ce cas, c'est que ce kyste se trouvait renfermer d'autres vésicules secondaires et qu'il ne contenait pas de liquide. Les vésicules secondaires étaient affaissées, mais montraient encore leur aspect naturel gélatineux. Elles n'étaient pas du tout opaques ni mêlées avec de la matière analogue à du mastic. Le kyste externe cependant présentait en plusieurs endroits un aspect athéromateux calcifié.

OBS. XLVIII. — *Hydatide volumineuse du foie guérissant spontanément par calcification du kyste et découverte après quarante-cinq ans.*

Le 10 février 1873, je fus prié par le docteur W. Steer Riding de voir M. W..., âgé de cinquante-six ans, pour une remarquable tumeur en connexion avec le foie. Cet organe ne remontait pas trop haut en avant ou en arrière, mais le bord inférieur du lobe droit descendait à deux pouces au-dessous de l'ombilic et on sentait que la portion de l'organe qui se trouvait au-dessous des côtes était dure comme un os, et lisse, et indolente. Le malade n'avait pas éprouvé de symptômes du fait de cette tumeur et il avait mené une vie active jusqu'au moment où un trouble pulmonaire peu sérieux amena le docteur Riding à découvrir cette tumeur dont le malade lui-même ignorait l'existence. Il se rappela cependant qu'étant enfant, au moins quarante-cinq ans auparavant, on l'avait conduit d'assez loin à Londres pour le montrer à Sir Astley Cooper et un autre chirurgien; qu'on disait à cette époque que son foie était quatre fois plus gros qu'à l'état normal et qu'il contenait probablement du liquide et qu'il avait été question d'y pratiquer une opération. On s'était finalement décidé à ne pas intervenir, et la tumeur avait ensuite graduellement diminué à mesure qu'il avait avancé en âge.

QUATRIÈME LEÇON.

AUGMENTATION DE VOLUME DU FOIE (SUITE).

Congestion. — Hépatite interstitielle. — Inflammation des voies biliaires
Obstruction du canal cholédoque.

MESSIEURS,

Dans les précédentes leçons, j'ai appelé votre attention sur les caractères distinctifs de quatre formes d'augmentation de volume du foie généralement non accompagnées de douleur. Il nous reste à examiner celles dans lesquelles l'élément douleur est le symptôme le plus saillant. Sept maladies sont dans ce cas : 1° la congestion du foie; 2° l'hépatite interstitielle; 3° l'inflammation des voies biliaires; 4° l'obstruction du canal cholédoque et la rétention biliaire; 5° les abcès pyoémiques; 6° les abcès des tropiques; 7° le cancer. On peut dire, d'une façon générale, que l'ictère, qui est un symptôme assez rare dans les formes d'augmentation de volume du foie non accompagnées de douleur, se présente avec plus ou moins d'intensité dans les formes dont nous allons maintenant nous occuper; l'abcès des tropiques est parmi ces dernières, la seule où la douleur manque le plus souvent. L'ascite est également un symptôme commun. Parmi les formes d'hypermégalie hépatique accompagnées de douleur, vient au premier rang la congestion du foie.

V. — CONGESTION DU FOIE (1).

Au point de vue de la pathogénie et du traitement de cet état morbide, il importe de se rappeler que la quantité de sang qui se trouve dans le foie varie considérablement à différents moments, sans cesser d'être à l'état physiologique, et même que ces variations normales peuvent sensiblement influencer le volume de l'organe. Ainsi l'alimentation est susceptible d'exercer une certaine influence sur la quantité de sang et le volume du foie qui se trouvent en effet augmentés à la suite des repas, surtout s'il y a eu ingestion copieuse d'aliments, ou s'il y a eu dans la nourriture excès de matières grasses, sucrées ou alcooliques. Quand nous parlons de congestion morbide du foie, nous comprenons un état

(1) Voir aussi, à propos de la congestion hépatique, la note de la page 142.