

vent la cause de l'altération du fluide urinaire, que de fois aussi l'altération de l'urine est-elle cause d'un catarrhe vésical ! Il en est de même pour le sang qui se trouve dans la cavité pleurale : si la plaie de poitrine amène simultanément un épanchement d'air, le sang s'altérera immédiatement et agira comme un corps étranger. Lorsque, dans nos expériences, nous laissons le sang se coaguler dans une éprouvette, et que, quelques heures plus tard, nous introduisons ces caillots dans la cavité pleurale, ils s'y putréfiaient, et les animaux succombaient rapidement à des pleurésies fort graves. Cette expérience est une preuve de plus des dangers qui attendent l'opération de l'empyème pratiquée pour débarrasser la poitrine des caillots qu'elle contient.

Mais si, malgré le médecin, l'air et le sang s'étant simultanément fait jour dans la cavité pleurale, une inflammation violente s'allume, le devoir du praticien est de faire alors au plus vite l'opération de l'empyème, d'injecter de la teinture d'iode; en un mot, d'agir comme nous avons conseillé de le faire dans les collections purulentes graves et dans l'hydropneumothorax.

XXXIV. — HYDATIDES DU POUMON.

Hydatides du poumon, bien que rares, plus fréquentes que celles de la plèvre. — Excessive difficulté du diagnostic. — Ressemblance avec la phthisie pulmonaire. — Guérison possible par l'évacuation spontanée à travers les bronches — Réserve pronostique et thérapeutique.

MESSIEURS,

Les exemples d'hydatides du poumon cités par M. Davaine dans son bel ouvrage sur les entozoaires¹ sont relativement très-peu nombreux, et si vous interrogez à ce sujet vos maîtres dans les hôpitaux, la plupart d'entre eux vous avoueront n'en avoir jamais vu. Bricheteau, qui s'était occupé d'une manière toute spéciale des maladies de poitrine, n'en avait observé que deux cas, dans le cours d'une carrière médicale de plus de quarante années; M. Andral n'en rapporte que cinq pour sa part; Monneret n'en a rencontré qu'un seul, encore était-ce sur le cadavre. Quant à moi, je n'en avais également rencontré qu'un seul fait, lorsque s'est présenté celui qui me fournit aujourd'hui l'occasion de vous entretenir de cette singulière affection.

Le malade qui en était atteint, vous vous le rappelez, était un jeune homme de dix-sept ans, entré vers la fin du mois de décembre 1861 dans la salle Sainte-Agnès. A son arrivée, nous constatons chez lui l'existence d'une bronchite aiguë généralisée, avec prédominance des accidents dans le poumon droit. Les gros râles muqueux ressemblant à du gargouillement que nous entendions de ce côté de la poitrine, le bruit d'expiration prolongée, la diminution de la sonorité à la percussion au niveau de la fosse sus-épineuse de l'omoplate, enfin la déformation *hippocratique* des doigts, nous firent craindre que la bronchite ne fût doublée de tubercules. Cette hypothèse était d'autant plus vraisemblable, que le malade disait être sujet à contracter des rhumes chaque hiver depuis l'âge de six ans, et qu'il ajoutait avoir eu à différentes reprises des hémoptysies abondantes. Nous réservâmes néanmoins notre diagnostic, l'état catarrhal aigu des bronches masquant les signes caractéristiques de l'affection tuberculeuse. Bientôt, les accidents aigus s'étant calmés, la fièvre ayant cessé, et les râles étant devenus de moins en moins abondants, le bruit respiratoire nous parut plus normal dans le poumon droit. Cependant, quelques jours plus tard, le jeune homme reprenait de la fièvre qui revenait surtout le

1. Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*, Paris, 1860, in-8.

soir, et il se plaignait de douleurs dans le côté droit. En examinant la poitrine, nous trouvions de ce côté de la matité dans les deux tiers inférieurs, de l'absence des vibrations thoraciques, de la broncho-égophonie, phénomènes qui, joints à une oppression notable, indiquaient l'existence d'un épanchement pleurétique compliquant la bronchite, de nouveau caractérisée par les râles muqueux et par l'expectoration de crachats mucoso-purulents. Ces symptômes locaux, le mauvais état général, nous donnaient à penser qu'il se faisait peut-être de nouvelles manifestations tuberculeuses dans le poumon droit, lorsque tout à coup, dans la nuit du 18 au 19 janvier, le malade fut pris d'une oppression extrême avec menaces de suffocation et, après quelques violentes secousses de toux, rejeta par la bouche une grande quantité de muco-pus. Il en éprouva un soulagement passager; puis de nouveaux accès de toux provoquèrent le rejet de nouvelles matières purulentes: le lendemain matin, nous constatons qu'il en avait ainsi rendu la valeur d'un demi-litre. Ces vomiques avaient été suivies d'un changement notable. Je pensais que l'épanchement dont la veille j'avais reconnu l'existence s'était fait jour à travers une bronche, et comme il n'y avait aucun signe d'hydropneumothorax, j'en conclus que nous avions eu très-probablement affaire à une pleurésie enkystée, ou à une pleurésie interlobaire, lorsqu'en examinant attentivement les matières contenues dans le crachoir, nous découvrîmes des lambeaux pseudo-membraneux de couleur blanchâtre. Ces lambeaux, lavés avec soin, étaient blancs, opaques, peu épais, à bords déchirés. Malgré la rareté du fait, nous nous arrêtâmes à l'idée d'une tumeur hydatique du poumon dont nous avions les débris sous les yeux. L'examen microscopique, fait par M. Charles Robin, ne laissa bientôt plus aucun doute à cet égard dans notre esprit. Pendant trois jours, le malade rendit encore des fragments pseudo-membraneux en même temps que du muco-pus mélangé avec un peu de sang. L'expectoration devint de moins en moins abondante; la fièvre cessa, et, chaque jour, on pouvait constater une amélioration marquée dans l'état général. Bientôt il n'y eut presque plus de matité à la partie inférieure et postérieure de la poitrine, l'expiration restant toutefois soufflante en cette région, où l'on entendait encore de gros râles muqueux. Le mieux fit de rapides progrès, et tous les phénomènes locaux avaient disparu quand, après deux mois de séjour à l'hôpital, ce jeune homme nous quitta entièrement guéri.

Mais, avant de vous parler des difficultés du diagnostic des hydatides du poumon, de leur marche, de leur divers modes de terminaison, permettez-moi d'appeler incidemment votre attention sur la valeur sémiotique de la déformation des doigts que nous avons notée chez notre malade.

Dans les livres hippocratiques, il est dit que, chez les phthisiques, les ongles se raccourcissent, *tabidis ungues contrahuntur*, qu'ils deviennent

crochus, *tabidis ungues adunci*. Ce fait d'observation clinique avait été, non pas nié, mais oublié, lorsqu'en 1832 M. Pigeaux le signala de nouveau. L'année suivante, je publiai sur ce sujet un travail accompagné d'une planche fort bien dessinée par un de mes élèves, M. le docteur Jardon, et maintenant il n'est pas un médecin qui ne sache ce qu'il faut entendre par la *déformation hippocratique des doigts*. Cette déformation consiste en un raccourcissement de la phalange unguéale avec élargissement de la pulpe digitale. En même temps que l'ongle s'incurve vers la région palmaire, l'extrémité du doigt prend la forme de la grosse extrémité d'une massue, et quelquefois s'aplatit en s'élargissant comme une tête de serpent. Le plus souvent, cette déformation se produit lentement, d'autres fois elle se fait avec une extrême rapidité, et les malades souffrent du travail qui s'opère. Les autres phalanges ne subissent aucune modification. En quelques cas, les orteils sont le siège d'une déformation analogue, mais en général beaucoup moins accusée.

La déformation hippocratique des doigts s'observe surtout chez les individus arrivés au second et au troisième degré de la phthisie pulmonaire tuberculeuse; on ne la rencontre pas chez les scrofuleux, et rarement elle existe chez les malades atteints de phthisie abdominale, à moins que ces malades ne soient en même temps affectés de tubercules du poumon.

Elle s'observe encore, et les anciens l'avaient dit, chez les individus atteints de maladies chroniques de la poitrine en dehors de toute affection tuberculeuse. Il y a plusieurs années, je l'avais notée sur un enfant que je croyais tuberculeux, et chez lequel la paracentèse de la poitrine, pratiquée en vue de combattre un énorme épanchement pleurétique, avait laissé une fistule qui, pendant plusieurs mois, donna passage à une grande quantité de sérosité purulente. Cet enfant, devenu adolescent, gardait toujours sa fistule, sa poitrine avait subi un rétrécissement considérable, mais je ne constatai jamais chez lui de signes de tuberculisation. En 1859, une malade à laquelle je fis deux ponctions de la poitrine, à des intervalles de temps très-rapprochés, dans un cas de pleurésie purulente survenue à la suite de l'accouchement, conserva pendant deux ans une fistule thoracique; ses doigts subirent également la déformation hippocratique, mais jamais non plus je ne constatai chez elle des signes de tubercules. Je crois donc que la *déformation hippocratique des doigts* peut accompagner les affections chroniques de la poitrine. Ces deux faits, et d'autres que je pourrais vous citer, montrent qu'elle est susceptible de se produire dans les maladies de la plèvre; je l'ai observée chez les individus affectés de bronchite avec emphysème, chez d'autres qui n'avaient que de l'asthme nerveux; je l'ai observée aussi chez des malades atteints d'affections organiques du cœur. Il faut reconnaître, cependant, que c'est principalement chez les phthisiques qu'on la rencontre, et que l'incurvation de l'ongle est d'autant plus marquée que la phthisie est plus avan-

cée. A ce titre, cette déformation spéciale des doigts est de quelque valeur dans le diagnostic de cette dernière maladie.

Revenons maintenant aux *hydatides du poumon*.

Les détails dans lesquels je suis entré à propos de notre malade de la salle Sainte-Agnès vous ont fait voir combien le diagnostic était embarrassant. C'est qu'en effet, les hydatides du poumon ne révèlent leur présence par aucun symptôme spécial. Étudiez les observations consignées dans la science, et vous verrez que dans un grand nombre, sinon dans la plupart des cas, les phénomènes morbides dont elles provoquent l'évolution ont été rapportés, tantôt à l'existence d'un épanchement pleurétique, tantôt à la phthisie pulmonaire. Assurément, lorsque des hydatides ou des fragments d'hydatides auront été rejetés par l'expectoration, le doute ne sera plus possible; mais alors encore il s'agira de déterminer le siège précis que la tumeur occupait; il s'agira de rechercher si elle s'était développée dans le parenchyme même du poumon, ou dans la cavité pleurale, si ce ne sont pas des hydatides du foie qui se sont fait jour dans la poitrine.

Les tumeurs hydatiques intrathoraciques se rencontrent beaucoup plus fréquemment dans le parenchyme des poumons que dans la cavité de la plèvre; telle est la conclusion à laquelle est arrivé M. Davaine en analysant les faits qu'il a recueillis. Cette opinion, émise déjà par Laennec, est également celle de M. J. Cruveilhier. Le simple raisonnement aurait dû, d'ailleurs, faire prévoir qu'il en était ainsi, si l'on considère que c'est dans les organes parenchymateux, le foie, la rate, les reins, dans l'épaisseur des masses musculaires, que les hydatides se développent le plus habituellement, pour ne pas dire toujours. L'appareil respiratoire ne pouvait point échapper à cette règle générale; aussi M. Davaine pense-t-il même qu'un grand nombre de prétendues hydatides de la plèvre n'étaient rien autre que des hydatides du poumon consécutivement tombées dans la cavité pleurale. Il se peut, en outre, que des tumeurs voisines de la périphérie du poumon viennent, en se développant lentement du côté de cet organe, décoller dans une plus ou moins grande étendue le feuillet viscéral de la plèvre qu'elles refoulent vers son feuillet costal, de telle sorte que la poche hydatique semble placée dans la cavité séreuse, bien qu'en réalité elle soit tout à fait en dehors de celle-ci. Tel paraît avoir été le cas dans une observation rapportée par Dupuytren et Geoffroy, intitulée *Double kyste de la plèvre*. Dans cette observation, en effet, il est dit que le malade avait eu de nombreuses hémoptysies, ce qu'on ne comprendrait guère en admettant que le kyste n'eût pas d'abord occupé le parenchyme pulmonaire, puisque nous savons que les crachements de sang sont des symptômes très-habituels des maladies du poumon, tandis qu'on ne les voit jamais survenir dans les affections de la plèvre. Ces hémoptysies ont du reste été notées dans presque toutes les observations d'hydatides du

poumon. Un individu, dont l'histoire a été publiée par M. L. Husson¹, avait, à quinze reprises différentes, rendu des hydatides par l'expectoration, et chaque fois ces accidents avaient été précédés de crachements de sang: il ne présenta jamais aucun des signes rationnels ou physiques de la tuberculisation pulmonaire: la santé générale était satisfaisante.

Messieurs, lorsque des tumeurs hydatiques situées dans les parties superficielles du poumon se développent avec une certaine lenteur du côté de la plèvre, il peut ne pas en résulter d'autres accidents que ceux qui accompagnent les épanchements pleurétiques plus ou moins abondants ou qui sont occasionnés par le refoulement du poumon dans la gouttière vertébrale. Vous comprenez, toutefois, que ces accidents sont plus ou moins sérieux, et que quand ils sont déterminés par un double kyste, comme dans le cas de Dupuytren et Geoffroy, la gêne de la respiration est susceptible d'être portée à un tel degré, que les malades meurent emportés par des accès de suffocation.

Mais quand une tumeur hydatique du poumon s'ouvre brusquement dans la cavité pleurale, les conséquences en sont bien autrement graves, car elle va provoquer une pleurésie suraiguë, et, quand elle se fait jour tout à la fois du côté de la plèvre et du côté des bronches, un hydropneumothorax, ainsi que cela avait eu lieu dans le cas suivant, consigné par M. Mercier². Un homme de trente-huit ans, sujet depuis plusieurs années à de fréquentes hémoptysies, bien qu'il ne présentât d'ailleurs aucun signe d'affection tuberculeuse du sommet des poumons, fut subitement pris d'une douleur aiguë dans le côté droit; l'examen de la poitrine fit reconnaître un hydropneumothorax, et le malade succomba rapidement. A l'autopsie, on trouva dans la cavité pleurale une hydatide nageant au milieu du liquide épanché; dans la partie du lobe du poumon correspondant à la scissure interlobaire, il y avait une caverne creusée dans le parenchyme de l'organe et au niveau de laquelle on voyait une bronche ulcérée.

Il est évident, ou tout au moins très-probable, que, dans ce cas, le travail d'élimination, en s'opérant simultanément du côté des bronches et du côté de la plèvre, avait amené la perforation pulmonaire et causé l'hydropneumothorax. Les hémoptysies qui s'étaient produites pendant la vie, l'existence, constatée après la mort, d'une caverne creusée dans le parenchyme du poumon et contenant encore l'hydatide, semblaient démontrer clairement le siège de l'affection. Toutefois, en raison de ce que la caverne occupait le niveau de la scissure interlobaire, on pouvait se demander si la poche ne s'était pas primitivement formée dans cette scissure d'où elle aurait envahi et creusé le parenchyme pulmonaire; ce-

1. *Bulletins de la Société anatomique*, tome XV, p. 172.

2. *Ibid.*, tome XIII, p. 71.

pendant, en comparant ce fait avec ceux dans lesquels des hydatides occupaient incontestablement le poumon lui-même; en considérant, ainsi que je le disais tout à l'heure, que c'est le plus ordinairement dans les organes parenchymateux que ces entozoaires se développent; on est en droit de conclure du général au particulier, et d'admettre qu'ici le siège primitif de la tumeur était bien effectivement celui que l'examen cadavérique permettait de lui assigner.

Ce fait peut vous donner une idée de la difficulté que déjà on éprouve parfois à déterminer, sur le cadavre, le siège précis d'une hydatide des poumons, alors que la tumeur, n'étant pas située dans l'intérieur même du parenchyme, vient faire saillie à la surface de l'organe. Nous n'avons pas besoin de dire combien plus grande sera cette difficulté au lit du malade. Cependant, quand la guérison radicale a lieu après que des hydatides ont été rejetées par l'expectoration, il est permis au médecin de penser que ces hydatides occupaient la profondeur du poumon, et que l'affection s'est ainsi jugée par les bronches; et lorsqu'un hydropneumothorax se produit, il est à présumer, non pas que les hydatides siègeaient dans la cavité pleurale, mais dans un point voisin de la périphérie du poumon.

Une circonstance qui rend assez bien compte de la facilité avec laquelle les hydatides peuvent s'échapper par les canaux bronchiques, alors que ces canaux ont été ouverts par une ulcération, c'est que, ainsi que le faisait remarquer M. Houel, dans un rapport lu par lui à la Société anatomique, à l'occasion d'un fait d'hydatides des poumons présenté par M. Pinault; c'est que, dis-je, souvent ces hydatides ne sont point enfermées dans un kyste adventice, et qu'alors que cette poche existe, elle est extrêmement mince. Cette absence du kyste adventice, ou bien la ténuité de l'enveloppe qui le constitue rend compte aussi de la possibilité pour les tumeurs hydatiques du poumon de se rompre sous l'influence d'une affection inflammatoire de l'appareil respiratoire, comme cela est arrivé chez notre malade de la salle Sainte-Agnès.

Messieurs, il ressort des recherches statistiques faites par M. Davaine, qu'il est beaucoup plus rare de rencontrer plusieurs tumeurs hydatiques dans un poumon, qu'une seule dans chacun des deux poumons, mais il est encore plus commun de n'en trouver que dans un seul, et alors c'est ordinairement dans le droit, quelquefois dans le lobe supérieur, plus habituellement dans le lobe inférieur.

Cette singulière coïncidence de la fréquence plus grande des hydatides dans le lobe inférieur du poumon droit et de l'extrême fréquence de ces entozoaires dans la glande hépatique a fait supposer qu'un certain nombre d'observations d'hydatides intrathoraciques devaient être rapportées à des cas où des hydatides du foie étaient passées dans la poitrine.

Il existe maintenant, en effet, dans la science, des exemples assez mul-

tipliés de ce passage des hydatides du foie dans la cage thoracique. En 1856, M. Dolbeau¹ a appelé l'attention des médecins sur la tendance qu'ont généralement les grands kystes de la surface convexe du foie à envahir ainsi la poitrine en refoulant le diaphragme et le poumon, en même temps qu'ils abaissent le foie et gagnent la région épigastrique. L'envahissement de la cavité thoracique par ces kystes peut être tel, que le poumon, refoulé jusque dans la région claviculaire et dans la gouttière vertébrale, se trouve réduit au tiers et même au quart de son volume normal. On comprend qu'un pareil envahissement d'une tumeur abdominale dans la poitrine ne puisse se faire sans que le diaphragme subisse un amincissement extrême: c'est ce qui a lieu en effet; le diaphragme ainsi aminci contracte des adhérences avec la poche qui l'a entraîné dans son mouvement d'ascension. Il en résulte, — et je vous rappellerai à ce sujet l'observation de M. Empis, que je vous citais dans une de nos précédentes conférences², — il en résulte que lorsqu'on cherche à reconnaître l'affection à laquelle on a affaire, on ne trouve nécessairement que les signes d'un épanchement thoracique: la matité absolue dans une étendue plus ou moins grande de la partie inférieure du thorax; l'absence de vibration thoracique, l'absence de murmure vésiculaire, l'absence enfin du souffle et de l'égophonie, conséquences du déplacement, du refoulement du poumon dont la place est prise par une tumeur liquide. La marche de la maladie, la déformation de la poitrine, déformation qui s'étend à la région du foie où elle présente un aspect assez caractéristique, fournissent les seuls éléments du diagnostic.

Le travail inflammatoire lent et plus ou moins sourd qui a déterminé les adhérences entre le kyste du foie et le diaphragme, peut, en s'étendant par contiguïté à la plèvre et au poumon, produire les mêmes adhérences entre le poumon, la plèvre, le diaphragme et la tumeur, adhérences qui sont une condition favorable à l'heureuse terminaison de la maladie. Si, en effet, des adhérences ne s'établissent pas avec le poumon (ce qui est rare, bien qu'on en ait cité des exemples), la poche hydatique s'ouvre alors, à travers le diaphragme perforé, dans la cavité pleurale, et occasionne une pleurésie presque invariablement mortelle; au contraire, lorsque ces adhérences sont telles que le poumon, la plèvre, le diaphragme et le kyste sont intimement unis, la tumeur, qui finit toujours par se rompre, s'ouvre dans la cavité qu'elle s'est creusée au milieu du parenchyme pulmonaire et se vide par les bronches.

Des faits de ce genre ont été publiés en assez grand nombre aujourd'hui; vous en trouverez consignés, entre autres, dans la thèse de M. Ca-

1. Dolbeau, *Études sur les grands kystes de la surface convexe du foie*, thèse de Paris, 1856.

2. Voyez *Paracentèse de la poitrine*, p. 732.

det-Gassicourt¹, dans le mémoire de M. E. Leudet (de Rouen)². Déjà Bricheteau³, en faisant ressortir tout l'intérêt qui s'attache à ce sujet, avait indiqué l'heureux mode de terminaison des tumeurs hydatiques du foie se vidant par les bronches. Dans l'observation d'un malade qu'il avait eu occasion de voir avec Nathalis Guillot, il rapporte qu'aussitôt après que ce malade eut rejeté par l'expectoration des matières renfermant des débris d'hydatides, on constata, par l'auscultation, l'existence d'une cavité creusée simultanément dans le parenchyme pulmonaire et dans le foie, et qui était nettement caractérisée par le souffle amphorique et par la pectoriloquie. La matière de l'expectoration, — et ce fait indiquait suffisamment le siège de la tumeur dans le foie, — la matière de l'expectoration était constituée par un liquide filant, jaune, prenant, lorsqu'on le traitait par l'acide nitrique, une coloration vert-de-gris. Au moment où il le rendait, le malade accusait un goût salé très-prononcé, dû probablement au chlorure de sodium, dont l'analyse chimique a démontré la présence dans le liquide des kystes hydatiques.

Ce liquide filant, coloré en jaune par la bile, a quelquefois aussi une coloration d'un brun chocolat, qu'il emprunte à de la matière colorante du sang et aussi à des cellules hépatiques visibles au microscope.

Les faits qui ont servi de base à ce travail de Bricheteau, auquel je vous renvoie, ont été puisés dans sa pratique nosocomiale, et il en a joint d'autres empruntés à un curieux mémoire d'Hébréard, ancien médecin de l'hospice de Bicêtre. Mais ce qui est relatif à ce sujet trouvera bien mieux sa place quand nous parlerons des kystes du foie; je remets donc à une autre occasion pour compléter ce que je ne fais que vous indiquer aujourd'hui. J'ajouterai seulement que la thèse de M. Cadet-Gassicourt est venue ajouter des notions nouvelles à ce qu'on savait jusque-là des éléments de diagnostic des kystes intrathoraciques, point capital dans la question qui doit préoccuper les cliniciens.

Avant de terminer, je dois vous rappeler succinctement une observation de M. Vigla⁴. Il s'agissait d'un homme âgé de trente-deux ans, qui, à la suite d'une contusion violente produite par un coup de pied de taureau sur le côté droit de la poitrine, se plaignait d'une douleur dans l'hypochondre droit et d'une oppression qui, depuis quinze mois, époque à laquelle l'accident était arrivé, allait toujours en augmentant. Cette dys-

1. Cadet-Gassicourt, *Recherches sur la rupture des kystes hydatiques du foie à travers la paroi abdominale et dans les organes voisins*, thèse de doctorat, Paris, 1856, n° 50.

2. E. Leudet (de Rouen), *Mémoire sur le traitement des kystes hydatiques du foie*, lu à la Société médicale des hôpitaux (*Archives générales de médecine*, janvier et février 1860).

3. Bricheteau, *Revue médico-chirurgicale*, 1852.

4. Vigla, *Mémoire sur les hydatides de la cavité thoracique* (*Archives générales de médecine*, septembre et novembre 1855, vol. II, 5^e série, t. VI).

pnée était devenue si considérable depuis cinq mois, que le malade avait été obligé de renoncer à ses occupations. Il n'avait d'ailleurs que peu ou point de toux, pas d'expectoration, jamais il n'avait eu d'hémoptysie; bien qu'il présentât les symptômes d'une anémie assez prononcée, il n'accusait aucune autre souffrance organique que celle dont les organes respiratoires semblaient être le siège, et il disait que les troubles de la respiration qui le tourmentaient n'avaient jamais été accompagnés de fièvre.

La douleur intense dont il se plaignait paraissait limitée sous le sein droit et ne s'étendait pas fort loin; l'oppression, qui était continue, devenait excessive quand il marchait ou même seulement quand il avait parlé quelque temps; il lui était impossible de se coucher sur le côté gauche, et il se tenait habituellement assis dans son lit. En examinant sa poitrine, on constatait que le côté droit, beaucoup plus développé que le gauche, offrait à sa partie antérieure une voussure très-prononcée avec élargissement des espaces intercostaux correspondants, qui étaient au moins aussi saillants que les côtes. De ce côté aussi la sonorité normale était complètement remplacée par une matité absolue qui s'étendait depuis le deuxième espace intercostal jusqu'à l'ombilic, mesurant ainsi, suivant une ligne parallèle au sternum, 28 centimètres, et transversalement dépassant la ligne médiane, de telle sorte que l'espace occupé par elle se trouvait circonscrit, en bas, par une ligne qui, après avoir passé par le niveau de l'ombilic, se portait de là obliquement sous l'aisselle gauche; en haut par une ligne qui, suivant le bord supérieur de la seconde côte, passait sur le sternum à 3 centimètres au-dessous du niveau de la fourchette de cet os, et allait, en décrivant une courbe, rejoindre sous l'aisselle gauche la ligne inférieure. Elle occupait donc ainsi tout le côté droit de la poitrine, empiétant un peu le côté gauche. Lorsqu'en appliquant la main sur ce côté, on demandait au malade de parler, on constatait l'absence absolue de vibration thoracique, de même qu'en appliquant l'oreille, on n'entendait ni murmure vésiculaire, ni bruit anormal en avant, tandis qu'en arrière le bruit respiratoire était exagéré dans les trois quarts supérieurs du côté droit, comme il l'était aussi dans le côté gauche. De plus, à droite, on entendait une résonance amphorique de la voix et même du bruit respiratoire, semblable à celle que l'on entend dans certains épanchements pleurétiques, sans souffle d'ailleurs et sans égophonie.

Aucune lésion du parenchyme pulmonaire ne paraissait capable de produire une semblable déformation de la poitrine. On ne pouvait pas davantage s'arrêter à l'idée d'un hydrothorax, car il était difficile d'admettre qu'un épanchement pleurétique enkysté ait pu se distribuer aussi inégalement, aussi irrégulièrement, que, respectant le premier espace intercostal, les trois quarts postérieurs et supérieurs de la cavité thoraci-

que du côté droit, il avait envahi le côté gauche et refoulé le diaphragme jusqu'au niveau de l'ombilic. L'hypothèse d'une tumeur solide, d'un cancer, d'un anévrysme de l'aorte ou de l'une de ses branches principales, n'était pas plus soutenable. D'une part, une tumeur solide eût transmis les bruits respiratoires et les bruits cardiaques qui manquaient absolument; d'autre part, une tumeur cancéreuse, qui seule aurait peut-être pu prendre un pareil développement, ne l'aurait pas fait sans avoir donné lieu à des phénomènes généraux de cachexie. Une fluctuation sourde et profonde dont on avait saisi la sensation, fournissait un signe qui, joint aux autres, justifiait la présomption que l'on s'était formée de l'existence d'un kyste hydatique.

Une ponction exploratrice pratiquée par M. Monod, justifia le diagnostic. Le liquide qui sortit par la canule du trocart capillaire était transparent comme de l'eau de roche, sans réaction sur le papier de tournesol, et ne donnant, traité par l'acide nitrique ou par la chaleur, aucun précipité albumineux. On ponctionna alors avec un plus gros trocart, et l'on retira 2450 grammes de liquide semblable au premier, dont les dernières portions entraînent des débris de membranes transparentes, qui, soumises à l'examen de M. Charles Robin, furent reconnues pour des débris d'hydatides.

On pratiqua une injection iodée. Trente-sept jours après l'opération, cinquante et un jours après son entrée à la maison de santé, le malade demandait sa sortie pour reprendre ses travaux, et lorsque M. Vigla le vit onze mois après, la guérison était aussi complète que possible.

Je dois faire remarquer, messieurs, la valeur de cette *voussure toute spéciale* du thorax dans l'observation dont je vous ai présenté le résumé. C'est un signe diagnostique de la plus grande signification, et qui, à lui seul, pourra vous autoriser, à l'exemple de M. Vigla, à tenter la ponction exploratrice.

Cette forme si particulière, que prend la poitrine dans ces cas, m'avait déjà conduit à diagnostiquer une tumeur hydatique intrathoracique chez une petite fille de sept ans que je voyais en 1848.

Cette petite fille présentait toutes les apparences d'une phthisique; depuis longtemps elle avait de l'oppression, de la toux; elle était arrivée à un degré extrême d'émaciation. Mais comme en examinant sa poitrine j'avais trouvé, en même temps qu'une matité absolue et une absence complète de vibrations thoraciques, une saillie globuleuse du thorax, dont le maximum correspondait au niveau des sixième et septième côtes; comme il n'y avait point eu d'hémoptysie, et que l'auscultation ne me révélait l'existence d'aucune lésion aux sommets des poumons, je proposai la ponction de la poitrine. On s'y refusa, et j'appris que l'enfant avait succombé quelques semaines après ma visite.

L'histoire clinique des kystes hydatiques du poumon est loin d'être

complète; le début insidieux, la marche lente ou rapide de cette affection, l'ignorance presque absolue où nous sommes de son étiologie, vous disent assez la difficulté du sujet. La plupart des faits ont été méconnus pendant la vie des malades, la nature de la maladie ne fut que rarement soupçonnée, et pendant longtemps on n'eut seulement que des données fournies par l'anatomie pathologique. Mais ces données étaient importantes et capables d'éclairer le diagnostic. Le médecin savait ainsi qu'il pouvait rencontrer des hydatides dans le poumon, rarement, peut-être jamais, dans la plèvre; que souvent des hydatides du foie pouvaient passer dans la cavité thoracique; que la présence des hydatides dans la poitrine coïncidait le plus ordinairement avec l'existence de ces entozoaires dans d'autres organes, plus particulièrement dans le foie, ce qui expliquait leur siège de prédilection dans le poumon droit.

On savait encore que ces hydatides pulmonaires étaient susceptibles d'acquiescer le volume d'une tête d'adulte; que leur enveloppe adventice était très-mince ou manquait complètement; qu'une inflammation aiguë du poumon amenait leur rupture, tantôt dans la cavité pleurale, où elles provoquaient les accidents de l'hydro pneumothorax, tantôt vers les canaux bronchiques, à travers lesquels elles sont éliminées par lambeaux ou en totalité. Les autopsies nous avaient montré ces vastes clapiers pulmonaires et hépatiques communiquant entre eux par une large fistule diaphragmatique. C'en était assez pour que nous fussions conduits à soupçonner dans certains cas, à affirmer dans d'autres, l'existence d'hydatides pulmonaires.

A Hébréard et Bricheveau, à MM. Vigla, Cadet-Gassicourt et Davaine revient une part importante, et que je me plais à reconnaître, dans l'élimination de cette importante question du diagnostic des hydatides du poumon.

Les hydatides du poumon pourront être soupçonnées lorsqu'il existera un certain ensemble de symptômes et une déformation particulière du thorax. Mais, une fois le fait reconnu, il faudra chercher à déterminer le siège primitif probable de ces entozoaires.

Le plus souvent, les malades affectés d'hydatides du poumon présenteront plusieurs des signes rationnels et physiques qui appartiennent à la phthisie ou à la pleurésie chronique. En effet, la plupart vous diront que, depuis longtemps, ils sont sujets à des hémoptysies plus ou moins abondantes, plus ou moins fréquentes, qu'ils ont de l'oppression; vous entendrez des râles disséminés dans la poitrine; quelquefois vous trouverez de la matité dans l'un ou l'autre sommet du thorax, quand il y aura en même temps des tubercules. Mais, en dehors de cette complication exceptionnelle, l'étude attentive de la marche de l'affection, l'interprétation raisonnée de quelques-uns des symptômes, vous permettront de rejeter l'hypothèse d'une phthisie tuberculeuse, lorsque, par exemple, les som-

mets seront intacts, comme dans le cas observé par M. Husson; alors l'hémoptysie n'aura d'autre cause probable que l'irritation persistante d'un corps étranger qui, le plus souvent, occupera le lobe moyen, plus souvent encore le lobe inférieur du poumon; l'état général du malade, son âge, la marche de l'affection, viendront aider votre diagnostic, et si, dans le foie ou en tout autre organe, vous avez lieu de supposer la présence d'hydatides, vous serez autorisés à penser que le parenchyme pulmonaire en est lui-même le siège.

Votre attention, du reste, ne peut être attirée sur l'existence des tumeurs hydatiques du poumon qu'à une époque où déjà ces tumeurs ont atteint un grand développement; mais alors vous pourrez les confondre avec des pleurésies enkystées ou interlobaires, comme cela nous est arrivé chez notre jeune homme de la salle Sainte-Agnès. Cependant, quand vous trouverez à l'examen du malade une déformation globuleuse, limitée en un point de la poitrine, l'hypothèse d'un kyste hydatique deviendra bien plus vraisemblable; tôt ou tard la marche de l'affection, très-différente de celle de la pleurésie, et surtout, lorsqu'elle aura lieu, l'expectoration d'hydatides, viendront lever tous les doutes. Peut-être même seriez-vous autorisés, dans les cas où cet accident d'une valeur si significative ne se serait pas produit, peut-être seriez-vous autorisés à supposer encore l'existence des hydatides, lorsque vous verrez subitement survenir du côté de la plèvre des accidents inflammatoires, en même temps que la tumeur globuleuse s'affaîssera, parce qu'alors vous serez en droit de supposer aussi que cet affaîssement de la tumeur est la conséquence de la rupture de la poche hydatique dans la cavité pleurale. Mais ce diagnostic probable deviendra presque une certitude, lorsqu'aux accidents d'une pleurésie aiguë viendront s'ajouter les signes de l'hydropneumothorax. En pareille circonstance, le travail ulcératif en vertu duquel l'hydatide s'est fait jour du côté de la plèvre a compris en même temps quelque rameau bronchique.

Je disais, et il est inutile d'insister sur un fait aussi grossièrement évident, que lorsqu'on constatait dans les matières rendues par l'expectoration la présence d'hydatides, il n'y avait plus de doute possible sur la nature de l'affection qu'on est appelé à traiter. Cependant, alors encore, il reste quelque hésitation pour préciser le siège que la tumeur a primitivement occupé. C'est là un point de diagnostic qu'il faut élucider.

Il est incontestable que l'on a trouvé des kystes hydatiques dans la cavité pleurale. Le fait de M. Vigla, ceux analogues aux faits qu'il a rassemblés dans son mémoire, en donneraient, jusqu'à un certain point, une nouvelle preuve, et quant à moi, j'accepte avec tout le monde l'existence de ces kystes pleuraux. Mais si l'on analyse attentivement, si l'on étudie avec soin les exemples qui en ont été cités, on est tenté de croire que souvent on a pris pour des hydatides de la plèvre des hydatides qui, du

poumon, étaient tombées dans la cavité pleurale, ainsi que cela doit avoir eu lieu, je vous le rappelle, dans le cas rapporté par Dupuytren et Geoffroy. L'observation même de M. Vigla est très-discutable à ce point de vue, parce que, en définitive, le malade ayant heureusement guéri, le contrôle nécroscopique ne put être fait. Si l'on considère, en outre, ainsi que je vous le faisais observer au commencement de cette conférence, que les hydatides se développent le plus habituellement dans les organes parenchymateux, le foie, la rate, les reins, j'ajouterai les ovaires, on est porté à admettre que les poumons n'échappent pas à cette loi générale, et que les acéphalocystes s'y rencontrent bien plus fréquemment que dans la plèvre. D'ailleurs, M. Davaine, dont l'autorité en pareille matière n'est récusée par personne, n'hésite pas à considérer les hydatides de la plèvre comme excessivement rares. D'après les laborieuses recherches auxquelles il s'est livré, une seule fois sur vingt-cinq des hydatides s'étaient évidemment développées d'abord dans la cavité pleurale.

Ce diagnostic du siège précis des kystes hydatiques intra-pleuraux est d'autant plus difficile, que des tumeurs hydatiques de la surface convexe du foie peuvent en imposer, soit qu'elles envahissent la poitrine en refoulant le diaphragme sans le perforer, soit qu'elles s'ouvrent un passage sans se rompre à travers les fibres distendues et usées de ce muscle. On pourrait se demander s'il n'en a pas été ainsi dans le fait publié par M. Vigla, si ce fait ne serait pas l'analogie de celui rapporté par M. J. Cruveilhier¹, et dans lequel un kyste hydatique du foie, qui avait pénétré dans la cavité pleurale, ayant été également évacué au moyen de la paracentèse de la poitrine, le malade guérit, comme guérit celui de M. Vigla. Je sais cependant, et j'ai eu le soin de vous le dire, que les observations de ce genre sont excessivement rares; qu'habituellement ces kystes du foie, en se rompant, déterminent une pleurésie rapidement mortelle, mais que, plus souvent encore, il s'établit des adhérences entre eux, le diaphragme, la plèvre, le poumon, de telle sorte que, s'ouvrant dans la cavité qu'ils se sont creusée au milieu du parenchyme pulmonaire, ils se vident par les bronches.

Dans ce dernier cas, comme dans celui que j'indiquais tout à l'heure pour les hydatides du poumon, le diagnostic est presque absolu. Indépendamment de la présence au milieu des matières de l'expectoration de fragments d'hydatides, ou d'hydatides entières, ces matières offrent des caractères particuliers qu'on ne saurait méconnaître. On y retrouve une liqueur de consistance épaisse, filante, d'une couleur jaune qui, par l'action de l'acide nitrique, passe au vert-de-gris, et est évidemment due aux

1. Cruveilhier, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie* en 15 volumes, article ACÉPHALOCYSTES, Paris, 1829, t. I, p. 120.