

## LXXX. — KYSTES HYDATIQUES DU FOIE.

Chez un enfant de six ans. — Kystes hydatiques du foie ouverts dans la cavité thoracique. — Hydatides. — Leur mode de développement. — Hydatides du foie. — Symptômes du début. — Symptômes généraux : troubles des fonctions digestives, tendance aux hémorrhagies, à la gangrène. — Gêne dans les fonctions des organes voisins. — Hépatite. — Infection purulente. — Ouverture spontanée des kystes dans différentes voies; au dehors, à travers les parois abdominales; dans les vaisseaux sanguins; dans les canaux biliaires; dans le tube digestif; dans la cavité pleurale; dans les bronches. — Tumeur à échinocoque multiloculaire ou tumeur hydatique alvéolaire du foie; sa nature et sa gravité. — *Traitement* : Ponction simple, avec le trocart explorateur. — Ponctions avec la canule à demeure. — Incisions successives. — Ouverture par les caustiques. — Ouverture du kyste par la ponction avec le trocart, après l'établissement d'adhérences au moyen de l'acupuncture. — Injections iodées.

MESSIEURS,

Dans l'espace de quelques semaines, trois exemples de kystes hydatiques du foie se sont offerts à votre observation.

L'un d'eux était chez cette petite fille de six ans qui nous fut amenée à la consultation. Elle présentait toutes les apparences d'une bonne constitution, d'une parfaite santé, et sa mère nous disait qu'en effet elle n'avait jamais été malade. Depuis quelque temps, elle se plaignait de douleurs dans le côté droit, et l'on s'était aperçu d'une certaine tuméfaction dans la région qu'elle indiquait. Cependant l'enfant paraissait toujours aussi bien portante que d'habitude; elle n'avait rien perdu de sa gaieté naturelle, l'appétit et les digestions restaient parfaitement réguliers; la seule chose que l'on notât était que, depuis quelque temps, le sommeil, d'ailleurs calme et profond, était troublé par des cauchemars accompagnés d'anxiété précordiale.

Nous constatons dans l'hypochondre droit l'existence d'une tumeur, limitée à gauche par le bord droit de l'extrémité inférieure du sternum, et faisant saillie sous le rebord des cartilages costaux. Elle pouvait avoir le volume d'un œuf de poule. La peau, à son niveau, avait sa coloration normale. Elle était indolente, on y déterminait toutefois un peu de douleur quand on exerçait sur elle une pression assez forte. Lorsqu'on la regardait attentivement, on voyait qu'elle était le siège de battements réguliers, qui étaient bien plus sensibles au doigt appliqué sur elle, et ces battements, isochrones avec ceux du cœur et des artères, consistaient, non en des mouvements d'expansion, mais en des mouvements de soulèvement en masse. Ils cessaient si l'on faisait courber l'enfant en avant.

Dans les grandes inspirations, cette tumeur s'élevait pour s'abaisser pendant l'expiration, suivant ainsi les mouvements du diaphragme; ce qui, joint au siège qu'elle occupait, nous permettait d'établir qu'elle dépendait du foie, qui, d'ailleurs, ne paraissait nulle part ailleurs augmenté de volume. Il était évident, en outre, que cette tumeur était remplie de liquide; on percevait une fluctuation profonde, et de plus une sorte de crépitation très-manifeste à la partie supérieure.

Nous diagnostiquâmes un kyste hydatique du foie, et ce diagnostic se trouva pleinement confirmé par la ponction exploratrice que je fis faire. Le trocart donna issue à un liquide qui, d'abord limpide, sortit ensuite sanguinolent, légèrement trouble, et contenant des corps étrangers gélatineux, qui n'étaient autres que des débris d'hydatides.

L'enfant ayant été tout de suite remmenée par sa mère, nous l'avons perdue de vue, de telle sorte que ce fait n'a d'autre intérêt que celui relatif à l'âge du sujet chez lequel il s'est présenté.

Vous savez en effet que, quel que soit son siège, — et le foie est celui qu'elle occupe le plus ordinairement, — l'affection hydatique ne se rencontre guère que chez des individus arrivés à l'adolescence ou à l'âge moyen de la vie. Rare dans la vieillesse, elle l'est également dans l'enfance, à ce point que, dans son *Traité des entozoaires*<sup>1</sup>, l'ouvrage le plus complet qui ait paru sur la matière, M. le docteur Davaine n'a pu en rassembler que quatorze observations chez des sujets au-dessous de quinze ans.

Sur ces quatorze observations, la moitié a trait à des tumeurs hydatiques du foie, développées chez des individus de douze, dix, neuf et quatre ans; dans un cas emprunté à M. le professeur Cruveilhier, il s'agit d'un enfant de douze jours chez lequel on ne trouva plus que les débris du kyste, qui s'était ouvert dans le côlon ascendant. Les sept autres observations consignées dans le livre de M. Davaine ont trait à des tumeurs hydatiques du cœur, du péricarde, de l'orbite, de la fosse canine, des reins et des poumons.

Si, à ces quatorze faits, vous ajoutez les deux observations d'hydatides de la cavité thoracique, que M. le docteur Henri Roger a communiquées à la Société de médecine des hôpitaux de Paris, dans la séance du 9 octobre 1861; si vous ajoutez un autre exemple d'hydatide du foie présenté à la Société anatomique par M. Descroizilles; celui enfin de notre petite fille, la somme totale des faits d'hydatides chez les enfants, connus et publiés dans l'histoire de la médecine, se réduit à dix-huit, dont neuf sont des cas de tumeurs hydatiques du foie.

Peu d'entre vous, sans doute, auront vu le malade dont je veux à présent vous entretenir. Il était dans un autre service de cet hôpital; nous

<sup>1</sup> Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*, Paris, 1860.

ne le connaissions pas nous-même de son vivant, et nous avons seulement assisté à l'ouverture de son cadavre. Cependant les renseignements qui m'ont été donnés sur lui suffirent pour vous montrer de combien de difficultés est environné le diagnostic des kystes hydatiques du foie, lorsqu'on n'a pas été à même de suivre leur développement et leur évolution complète, du moins pendant un certain temps.

Cet homme était resté à la salle Sainte-Jeanne deux ou trois mois, et présentait tous les signes d'un épanchement considérable de la poitrine du côté droit. Le développement du thorax de ce côté, la matité absolue, le souffle, l'égophonie et la broncho-égophonie ne laissaient aucun doute sur la présence d'un liquide dans la cavité pleurale. Après quelques semaines, le malade, se sentant mieux, demandait sa sortie, et voulait retourner chez lui, bien qu'en définitive les accidents thoraciques n'eussent paru en rien modifiés. Mais bientôt il fut obligé de rentrer à l'hôpital. Il rendait alors par l'expectoration des crachats jaunâtres, au milieu desquels on reconnaissait l'existence de la bile. On en conclut qu'il pourrait bien y avoir une communication entre les poumons et le foie; les accidents prirent rapidement une extrême gravité et marchèrent vers une terminaison fatale. Dans les derniers jours, l'haleine et les matières expectorées avaient une horrible fétidité qui donnèrent l'idée d'un hydro-pneumothorax ouvert dans les bronches, et dont le liquide était altéré par la présence de l'air.

A l'autopsie, on trouva un énorme kyste hydatique du foie, contenant encore des acéphalocystes; il s'était ouvert dans les bronches à travers une portion du tissu du poumon gangrené. L'épanchement pleurétique reconnu pendant la vie existait en effet, et, chose curieuse, entre cet épanchement et les bronches il n'y avait aucune communication. Vous comprenez maintenant comment il était impossible de diagnostiquer du vivant du malade ce qui s'était passé, de savoir que cette pleurésie, occasionnée vraisemblablement par le kyste, était cependant indépendante de celui-ci. Vous comprenez aussi combien il était impossible de constater l'existence de ce kyste du foie, qui occupait la surface convexe de l'organe sans faire la plus petite saillie anormale du côté de l'abdomen.

J'arrive au jeune homme qui nous fournit l'occasion de cette conférence, et qui était couché au n° 12 de la salle Sainte-Agnès. Vous vous rappelez ce que je vous en disais au moment où, en présence de mon honorable collègue Legroux, nous venions de faire dans la région de l'hypochondre droit une ponction exploratrice, pour compléter le diagnostic que nous avions porté sur la nature de la tumeur, qui faisait saillie dans l'abdomen.

Je vous disais que, par le trocart explorateur, il avait jailli un liquide transparent, limpide, qui, traité par la chaleur et par l'acide nitrique, n'avait donné aucun précipité albumineux. Ce liquide renfermait des

débris d'hydatides qui, en obstruant la canule, avaient empêché un écoulement plus abondant. Cette expérience nous avait fourni péremptoirement la démonstration que la tumeur, appartenant évidemment au foie, dont elle occupait la face convexe, était bien un kyste hydatique.

Cet homme sortait des rangs de l'armée, et venait de faire la campagne de Crimée. Avant son départ pour l'Orient, alors qu'il était encore en garnison à Auxonne, dans le département de la Côte-d'Or, il s'était plaint de douleurs dans le côté droit; mais comme ces douleurs sourdes ne se réveillaient surtout que lorsqu'il faisait une marche forcée ou quelque exercice violent, et qu'en définitive, sa santé se maintenant bonne, il pouvait continuer de faire son service, ce jeune homme partit pour la Crimée. Pendant tout le temps de cette rude campagne, il resta à son poste, supportant les pénibles fatigues que notre corps expéditionnaire eut à endurer. Toutefois de temps à autre, la douleur du côté droit s'exaspérait, et en même temps le malade s'apercevait que dans la région où elle se manifestait, il y avait une notable tuméfaction. Il consulta à ce sujet le chirurgien-major de son régiment, qui n'attacha pas grande importance à ce qu'il voyait, d'autant plus que l'état général demeurait parfait.

La guerre finie, le jeune homme obtint son congé. Tourmenté de la persistance des accidents qu'il éprouvait, et qui se compliquaient de mouvements fébriles revenant d'une manière assez périodiques, il se décida à entrer dans un hôpital, et c'est alors qu'il vint se mettre entre nos mains.

Dès notre premier examen, nous fûmes frappé de l'ampliation très-notable de la poitrine du côté droit, qui faisait une saillie globuleuse, s'étendait à tout l'hypochondre correspondant jusque dans la région épigastrique. Cet aspect des parties caractérisait de prime abord le kyste hydatique du foie.

A quoi l'attribuer, si ce n'est à cela? Sans doute l'ampliation du thorax pouvait être sous la dépendance d'un épanchement thoracique, mais il fallait admettre alors que cet épanchement était tout à fait enkysté, puisque la saillie était parfaitement limitée aux parties inférieures. Or, déjà les pleurésies enkystées ne sont pas le fait le plus commun. D'autre part, il aurait fallu admettre que les parois de ce kyste étaient tellement rigides, que la pression du liquide avait eu plus facilement raison de l'obstacle formé par les parois thoraciques que de celui formé par le poumon, ce qui n'était pas acceptable. En effet, dans ces pleurésies enkystées, ce sont le poumon, le médiastin, le cœur, le diaphragme qui sont refoulés, bien avant que les côtes le soient elles-mêmes; de plus, je le répète, celles-ci le sont d'une manière uniforme dans toute l'étendue de la cage thoracique du côté correspondant, et non dans un espace limité,

comme nous le voyions ici. L'idée d'un épanchement thoracique ne supportait donc pas la discussion.

Le développement de la région hypochondriaque rendait plus plausible celle d'une affection intra-abdominale, et le siège de cette affection, du côté droit, mettait évidemment le foie en cause.

Quelle était cette lésion? Était-ce un cancer? Le jeune homme était dans un âge où les affections carcinomateuses sont rares; sa santé générale semblait peu se ressentir de la maladie locale; celle-ci était bien considérable pour que, en admettant que ce fût un cancer, elle n'eût jamais donné lieu à des douleurs plus prononcées. Enfin, avec cet énorme volume qu'elle présentait, on aurait trouvé des bosselures, et non un foie aussi uniformément développé.

La fluctuation que l'on produisait, alors surtout qu'on explorait la région avoisinant l'épigastre, n'était pas cette fausse fluctuation que l'on rencontre quelquefois dans le cancer, elle était évidemment due à du liquide. Quant à la nature de ce liquide, la marche des accidents, la disposition même des parties affectées, ne permettaient pas de s'arrêter à cette supposition que c'était du pus et que nous avions affaire à un abcès du foie.

Restait, en définitive, le diagnostic auquel nous étions arrivé de prime abord, et que la ponction exploratrice avait amplement confirmé. Nous nous trouvions en présence d'un kyste du foie; ce kyste occupait la face convexe de l'organe. Pressé entre le corps de la glande, qui, soutenue par les viscères abdominaux, ne se laissait pas refouler au delà d'une certaine limite, et entre le poumon droit, dont la force élastique opposait aussi un certain obstacle à son développement, ce kyste avait porté tous ses efforts contre les parois thoraciques et leur avait fait former la saillie que nous observions.

Le diagnostic posé, quelles allaient être les indications thérapeutiques? S'en rapporter aux efforts de la nature n'était pas possible ici; car, je vous dirai que si dans quelques circonstances exceptionnelles la guérison des kystes hydatiques du foie a été obtenue spontanément, ce n'est assurément pas dans des cas analogues à celui que nous avions sous les yeux. Des kystes aussi volumineux que l'était celui-ci entraînent tôt ou tard les plus graves accidents, et celui que nous devons craindre par-dessus tout était la rupture de la poche dans l'abdomen ou dans la poitrine, rupture qui aurait amené une péritonite ou une pleurésie promptement mortelles. Nous devons donc intervenir, et la chirurgie seule pouvait être de quelque utilité. Je me proposai donc de vider le kyste.

Suivant les préceptes posés par les hommes de l'art, je cherchai d'abord à établir des adhérences entre la tumeur du foie et les parois abdominales, de façon à empêcher l'épanchement du liquide dans le péritoine, au moment où j'ouvrirais le kyste. Je vous exposerai, messieurs, les pro-

cedés mis en usage en pareil cas. Quant à présent, pour m'en tenir au fait qui nous occupe, je me bornerai à vous rappeler que c'est à l'acupuncture multiple que j'eus recours pour arriver au but que je voulais atteindre.

Cette acupuncture consiste à enfoncer dans la tumeur, à travers la peau préalablement couverte d'une petite rondelle de linge, de cuir ou de caoutchouc, destinée à la protéger, trente ou quarante aiguilles piquées en rond à un demi-centimètre l'une de l'autre. Ces aiguilles doivent toutes avoir une tête de cire à cacheter.

J'attendais le résultat de cette opération, lorsque survinrent des complications, provoquées peut-être par les tentatives que j'avais faites.

Le mouvement fébrile qui se manifestait déjà depuis quelque temps par intervalles, lors de l'entrée du malade à l'hôpital, prit tout à coup une plus grande intensité, et il s'y ajouta une douleur aiguë occupant le côté droit de la poitrine. Nous constatâmes l'existence d'une pleurésie avec épanchement, caractérisée par la matité dans la région thoracique, par l'égophonie, phénomènes qui prirent de jour en jour des caractères de plus en plus prononcés: la matité s'étendit jusque dans la fosse sous-épineuse de l'omoplate; l'égophonie s'entendait au niveau de la huitième côte; au-dessus, il y avait de la bronchophonie; plus haut encore, on entendait des râles sous-crêpitants fins; nous avions une expectoration catarrhale.

En découvrant la poitrine, on apercevait, entre la neuvième et la dixième côte, un écartement assez considérable avec saillie des téguments. Quand le malade toussait, ou quand il faisait un effort d'expiration, cette saillie augmentait, comme si un liquide soulevait la peau. En appliquant la main, on sentait de la fluctuation. Nous nous demandâmes si cette fluctuation ne dépendait pas du kyste, qui, après avoir écarté les fibres musculaires du diaphragme, serait passé dans la cavité thoracique, simulant l'épanchement dont nous trouvions les signes.

Cependant les râles sous-crêpitants étaient devenus de plus en plus fins, et non-seulement nous les entendions à droite, mais encore ils existaient du côté gauche; les crachats avaient pris les caractères des crachats de la pneumonie, de telle sorte que si les accidents thoraciques que nous avions vus se développer à droite pouvaient, jusqu'à un certain point, être mis sur le compte du kyste, ceux que nous notions du côté gauche échappaient à la même interprétation. Nous nous disions: l'acupuncture a déterminé une inflammation dans le kyste et dans le parenchyme du foie lui-même, ce que semblait indiquer la teinte subictérique, qui, coïncidemment avec l'exagération du malaise fébrile, avait coloré la peau. Cette inflammation, le kyste ayant perforé le diaphragme, s'est propagée à la plèvre, et peut-être y a-t-il, indépendamment de ce que nous attribuons au kyste, un certain degré d'épanchement dans la poitrine. Mais nous nous disions

aussi qu'il était surprenant que cette inflammation propagée à la plèvre eût respecté le péritoine, car nous ne trouvons aucun signe de péritonite; et quant à la bronchite, à cette bronchite fine, caractérisée par les râles sous-crépitants, nous en cherchions en vain l'explication; nous étions d'autant plus embarrassés à ce sujet, que le poumon gauche était aussi bien pris que le droit.

Si l'affection bronchique trouvait, à la rigueur, sa raison d'être dans une communication qui se serait établie entre le kyste et le poumon, cette hypothèse, parfaitement admissible pour le côté droit, ne l'était plus pour le côté gauche.

En tout état de cause, je me voyais dans l'impossibilité d'agir sur le kyste; les accidents thoraciques, quel que fût leur point de départ, compliquant singulièrement la situation. Ces accidents restant stationnaires, je me décidai à ouvrir la tumeur qui faisait saillie dans l'espace intercostal; je le fis à l'aide d'un assez gros trocart qui donna issue à un liquide purulent renfermant des hydatides.

Il y a deux jours, rien ne semblait annoncer ce qui allait arriver, l'état du malade n'était pas empiré; à quatre heures du soir on l'avait vu et l'on s'était assuré qu'il rendait par la plaie une quantité notable de pus; à dix heures du soir, puis à minuit, la religieuse du service l'avait trouvé très-calme, lorsque vers une heure du matin, il fut pris d'un accès de toux que rien ne pouvait arrêter; au milieu de l'anxiété et de la suffocation qui accompagnaient ses quintes, il s'écriait qu'il étouffait et qu'il allait mourir. Il succombait en effet quelques instants après.

Nous pensâmes que le kyste s'était rompu du côté du poumon et que la suffocation avait été produite par des hydatides engagées dans les voies aériennes. L'autopsie nous a démontré qu'il n'en était rien, et nous a fait voir des désordres que nous n'avions pas pu reconnaître pendant la vie.

Voici le cadavre en position. Par l'ouverture que j'ai pratiquée dans la tumeur intercostale, j'introduis une sonde qui, vous le voyez, a pénétré dans le foie, a traversé la plèvre costale et la plèvre diaphragmatique accolées l'une à l'autre par des adhérences de date déjà ancienne. La glande hépatique a un volume énorme, et il m'a fallu traverser son parenchyme pour arriver dans le kyste.

Au-dessus du diaphragme, vous voyez un épanchement, et la cavité pleurale qui le renferme est en communication d'une part avec le kyste du foie, d'autre part avec les bronches, le tissu pulmonaire s'étant perforé. Nous avons donc là un hydropneumothorax.

Messieurs, à propos de ces trois faits, j'essayerai aujourd'hui de vous tracer rapidement l'histoire des *kystes hydatiques du foie*.

Il faut arriver jusqu'au commencement de ce siècle pour trouver dans les écrits des médecins les premières notions un peu exactes sur cette

singulière affection; c'est en 1804 que Laennec publiait<sup>1</sup> son travail sur les *vers vésiculaires*, parmi lesquels il rangeait les hydatides, qu'il appelle *acéphalocystes*.

En 1843, un élève de M. Rayet, M. le docteur Livois<sup>2</sup>, arrivait à ces conclusions que les hydatides doivent être rejetées de la classe des vers vésiculaires; que ce sont de simples poches dans la cavité desquelles sont toujours contenus des échinocoques, dont le nombre est en rapport avec le volume des poches elles-mêmes.

Ces conclusions sont maintenant généralement acceptées, mais on n'est pas aussi complètement d'accord quant aux rapports des hydatides avec les échinocoques. Il n'entre pas dans mon sujet d'aborder ce point d'histoire naturelle, je ne saurais mieux faire que de vous renvoyer au remarquable ouvrage de M. Davaine<sup>3</sup>, qui vous fournira les développements les plus complets sur la matière. J'ajouterai seulement que, pour ce savant, « l'hydatide correspond à une phase de développement d'un animal qui vit un certain temps, et peut se produire un certain nombre de fois sous la forme vésiculaire; l'échinocoque offre une phase plus avancée du développement de ce même animal. »

Ce qui nous importe surtout de savoir, ce sont les phénomènes par lesquels les hydatides traduisent leur présence dans les organes où elles se sont développées, les accidents qu'elles peuvent entraîner, le traitement que nous avons à opposer à cette affection.

Chez l'homme, les kystes peuvent se développer dans tous les organes parenchymateux. Le foie semble en être le lieu de prédilection; quand il s'en trouve dans d'autres organes, il est rare que celui-ci n'en présente pas en même temps. Après le foie, le poumon en est le siège le plus fréquent; puis viennent les reins, la rate, l'épiploon, le cerveau, la cavité du petit bassin; on possède quelques exemples, dit M. Davaine, auquel j'emprunte presque textuellement la description que je vais vous donner, on possède quelques exemples de kystes hydatiques du canal rachidien, de l'œil et des os.

Quelle que soit la place qu'elles occupent, ces hydatides, « dans leur état d'intégrité, sont des vésicules arrondies, formées d'une matière semblable à de l'albumine coagulée, renfermant un liquide limpide, et libre de toute adhérence, de toute connexion avec l'organe qui les recèle. Elles contiennent presque toujours des échinocoques adhérents à leur surface interne, ou libres et flottant dans le liquide hydatique. »

Quelquefois elles sont à peine visibles à l'œil nu, d'autres fois elles

1. Mémoires de la Société de médecine de Paris.

2. Thèse inaugurale, Recherches sur les échinocoques chez l'homme et chez les animaux, Paris, 1843.

3. Davaine, Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques, Paris, 1860.

peuvent acquérir le volume de la tête d'un fœtus à terme; mais, le plus ordinairement, ce volume varie entre celui d'un pois, celui d'une grosse noix et même d'une orange.

Leur forme, primitivement sphéroïde ou ovoïde, se trouve souvent modifiée par la pression qu'ont exercée sur elles les parties au milieu desquelles elles ont pris naissance; leurs parois, dont l'épaisseur uniforme est proportionnelle au volume de la vésicule, sont incolores, transparentes ou d'une teinte opaline, soit en quelques points ou dans une plus ou moins grande étendue de leur surface. Des circonstances accidentelles, comme le contact d'un liquide coloré, de la bile, par exemple, peuvent en modifier la coloration.

Il n'est pas rare que, avec une grande hydatide, on en trouve plusieurs petites; il est plus fréquent qu'une grande hydatide en renferme de petites, libres dans sa cavité, quelquefois adhérentes à sa surface interne ou externe. Nées à la façon des bourgeons, elles s'élèvent, grossissent, deviennent creuses et ne tardent pas à se détacher.

Développées dans les cavités séreuses naturelles, ou dans l'intérieur des veines, les hydatides ne paraissent avoir d'autre enveloppe que celle que leur forment les parois de la cavité qui les renferme; dans les parenchymes, elles sont entourées d'une membrane adhésive, d'un kyste formé aux dépens du tissu cellulaire de l'organe parenchymateux, et dont la structure varie suivant celle de l'organe. Purement celluleuse dans le principe, cette membrane kystique prend progressivement une consistance fibreuse, fibro-cartilagineuse, et dans les kystes anciens on voit des noyaux disséminés, des plaques crétacées, d'apparence osseuse. Ses parois ont également une épaisseur variable suivant leur degré d'ancienneté. Elles sont réunies aux parties environnantes, tantôt par un tissu cellulaire assez lâche, tantôt par des adhérences fibreuses, solides et difficiles à détruire. Elles peuvent recevoir des vaisseaux sanguins qui rampent à leur surface, pénètrent quelquefois dans leur intérieur, et arrivent, dans les kystes anciens, jusqu'à la surface interne de ceux-ci, en prenant un aspect variqueux ou entourées dans leur trajet par une véritable suffusion sanguine; cette surface interne est alors comme chagrinée, rugueuse, recouverte d'exsudations plus ou moins adhérentes ou épaisses, tandis que, dans les kystes récents, elle est blanche, et ressemble jusqu'à un certain point, à celle d'une membrane séreuse.

En général d'une forme globuleuse, le kyste hydatique est rarement composé de plusieurs loges distinctes; quand il est multiloculaire, cela peut dépendre de la fusion de plusieurs kystes, ou bien de ce que la poche hydatique a rencontré des obstacles à son accroissement uniforme, auquel cas l'hydatide, si elle est unique, envoie des prolongements dans les diverses loges.

Un seul kyste peut renfermer un nombre excessivement variable d'hy-

datides, que l'on a vues s'élever souvent jusqu'à cinq cents, mille, et même sept, huit et neuf mille. La tumeur a pris alors un accroissement considérable et a atteint jusqu'à la grosseur de la tête d'un homme.

Quand le kyste ne contient qu'une seule hydatide, celle-ci le remplit ordinairement en entier, et tapisse immédiatement ses parois; lorsqu'il en contient plusieurs, il se trouve dans la cavité un liquide plus ou moins abondant dans lequel elles nagent.

Ce liquide transparent, limpide comme celui des hydatides, ne contient que des traces d'albumine, et encore ne se coagule-t-il ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique; toutefois, lorsqu'on a ponctionné plusieurs fois un kyste hydatique, les dernières ponctions amènent un liquide albumineux, qui n'est plus alors le liquide propre aux hydatides, mais un produit nouveau, sécrété par le kyste lui-même. La coloration du liquide de la poche principale peut, comme celui des hydatides que cette poche contient, prendre accidentellement des colorations diverses, jaune, verdâtre, rougeâtre, par son mélange avec la bile ou le sang. Il n'est pas rare qu'il devienne opalin, trouble, épais, qu'il ressemble à du pus. Dans un grand nombre de cas, c'est en effet un liquide purulent qui trouve son origine dans une inflammation qui a envahi le kyste; dans d'autres cas, ce liquide n'a du pus que l'apparence, et est formé par la sérosité tenant en suspension une matière sébacée.

Cette matière sébacée, que l'on a comparée aussi à la matière tuberculeuse, se dépose par couches sur la face interne du kyste, quand l'hydatide renfermée dans celui-ci est solitaire, ou quand, étant multiple, ses parois sont appliquées sans interposition de liquides aux parois de la poche elle-même. Elle finit par s'accumuler en quantité notable, enveloppant complètement l'hydatide, ou la refoulant vers un des côtés du kyste. Progressivement, elle s'épaissit, se concrète et prend l'aspect du mastic, quelquefois de la craie. Les hydatides, alors réduites à quelques lambeaux membraneux, finissent par disparaître; les échinocoques, qui sont détruits depuis longtemps, ne sont plus représentés que par leurs crochets.

Ces tumeurs hydatiques ainsi transformées, continue M. Davaine, étaient appelées autrefois *athéromateuses*. L'état puriforme ou d'apparence tuberculeuse n'est probablement, suivant le même auteur, qu'un degré moins avancé de la transformation athéromateuse dont l'état crétacé serait le dernier; de telle sorte que, dans des cas d'hydatides multiples, on peut suivre, sur le même individu, les différentes phases de cette transformation.

Messieurs, je vous rappelais, il y a un instant, ce fait admis par tous les observateurs, que de tous les organes de l'économie, le foie était celui que les hydatides semblaient choisir pour lieu de prédilection. C'est aussi plus particulièrement des *kystes hydatiques du foie* que je veux vous