

entretenir. Dans une de nos conférences¹, je vous ai parlé des hydatides du poumon, à propos d'un jeune malade de la salle Sainte-Agnès.

Si, dans le foie lui-même, on étudie comparativement la place que ces kystes occupent de préférence, on voit que c'est plus ordinairement dans le lobe droit que dans le gauche, plus souvent vers la partie convexe de l'organe que vers la partie concave.

Quelquefois il n'en existe qu'un seul; assez souvent on en rencontre deux, trois et davantage, mais il est rare qu'il y en ait plus de cinq ou six.

Ces kystes se développent avec une grande lenteur, et comme souvent ils n'entraînent aucun trouble dans les fonctions, avant d'avoir acquis un certain volume, il n'est pas rare que l'affection, qui ne s'était manifestée en aucune façon pendant la vie, ne soit découverte accidentellement après la mort, chez des individus qui avaient succombé à des maladies très-différentes.

Ils peuvent ainsi mettre deux, trois, quatre, six, huit, quinze, vingt ans et même trente à se développer; et alors même qu'ils sont devenus très-volumineux, ils peuvent ne révéler leur présence que par un sentiment de gêne, de pesanteur, de distension, que le malade éprouve dans le côté droit, plutôt que par de véritables douleurs.

Notre malade de la salle Sainte-Agnès nous racontait qu'il avait pu faire la campagne si rude de Crimée, travailler comme ses compagnons aux terrassements des tranchées, prendre part à toutes les batailles livrées sous Sébastopol, sans avoir jamais quitté les rangs pour entrer à l'hôpital. Cela suppose que, s'il ressentait une douleur obtuse dans son côté droit, assez notablement tuméfié déjà pour que ses vêtements exerçassent en ce point une constriction pénible, cette douleur, qui augmentait après les fatigues, n'arriva jamais à un très-haut degré.

Ces sensations douloureuses occupent donc l'hypochondre droit, l'épigastre, et souvent se font sentir dans l'épaule droite.

Tant que les accidents se bornent à des symptômes aussi peu caractéristiques, le diagnostic des kystes du foie est, vous le comprenez, très-difficile, sinon complètement impossible. Mais, lorsque le kyste, devenu volumineux, vient faire saillie du côté des parois abdominales, la tumeur qu'il forme présente dans son aspect, dans son développement, dans les phénomènes concomitants, des éléments suffisants pour que, le plus souvent, sa nature n'échappe point à l'observateur attentif.

Survenue lentement, sans occasionner, à proprement parler, de douleurs, sans être accompagnée de réactions fébriles, de troubles dans la santé générale, cette tumeur est ordinairement globuleuse et soulève uniformément les parois costales et abdominales au-dessous desquelles

1. Conférence XXXIV, t. I, p. 841.

elle est placée; à la percussion, elle donne un son mat; au doigt qui la presse, elle offre une résistance élastique; et l'on sent qu'elle est le siège d'une fluctuation profonde, obscure quelquefois, il est vrai, et très-difficile à percevoir. En quelques cas aussi, il se produit dans la tumeur une sorte de frémissement particulier que l'on a désigné sous le nom de *frémissement hydatique*. Signalé pour la première fois par M. le docteur Briancçon (de Tournon)¹, ce signe est d'une grande valeur et peut être considéré comme pathognomonique quand il existe. Malheureusement, il manque le plus souvent, quelque soin que l'on mette à le rechercher; souvent aussi, après l'avoir perçu à un certain moment, il ne se reproduit plus. M. Briancçon avait émis cette opinion, que l'intensité du frémissement hydatique était en rapport avec la quantité des acéphalocystes et du liquide contenu dans le kyste; que ce phénomène était d'autant plus sensible que ce liquide était plus abondant, et que les hydatides étaient nombreuses. En réalité, nous ne connaissons pas bien la raison de sa production, mais toujours est-il qu'il peut se manifester dans le cas où il n'existe qu'une hydatide solitaire, ainsi que l'avait constaté M. le professeur Jobert dans une tumeur de la région deltoïdienne.

J'ai dit que les kystes hydatiques du foie se développaient lentement et pouvaient quelquefois rester dans l'organe qu'ils occupent, sans entraîner aucun trouble dans l'économie. Vous en trouverez des exemples rapportés par M. le docteur Davaine², mais ce sont là des faits exceptionnels, et quelque lente que soit la marche de cette affection comparativement avec celle des autres maladies chroniques, elle est en réalité encore assez rapide, puisque l'on compte que le maximum de sa durée ne dépasse guère quatre ou cinq ans.

J'ai dit aussi que les kystes, même volumineux, pouvaient n'entraîner d'autres accidents que des douleurs obtuses, une sensation de pesanteur, de gêne, de distension dans le côté affecté. On comprend difficilement, cependant, qu'un organe aussi important que le foie soit longtemps plus ou moins intéressé sans qu'il survienne dans l'économie des désordres assez graves.

Tant que la tumeur, lentement développée, reste limitée à une portion relativement peu considérable de l'organe, la majeure partie de la glande qui a été respectée suffit amplement à l'accomplissement des fonctions qu'elle est chargée de remplir. Mais lorsque la presque totalité du foie est envahie par un seul kyste, comme on en a cité des exemples, ou par des kystes multiples; quand ces kystes ont pris rapidement du volume; que ce travail a donné lieu à un retentissement dans tout l'appareil; lorsque enfin ces tumeurs, en raison de la place qu'elles occupent, gê-

1. Briancçon, *Essai sur le diagnostic et le traitement des acéphalocystes*, thèse de Paris, 1828.

2. Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses*, Paris, 1850.

nent le cours de la bile dans ses canaux excréteurs, des accidents locaux et généraux sérieux en seront la conséquence.

Les désordres généraux consistent en des *troubles des fonctions digestives*. L'appétit diminue, se perd; les digestions sont lentes, laborieuses; par intervalles il y a des nausées, des vomissements, de la diarrhée. L'amaigrissement, la décoloration des téguments témoignent de la cachexie dans laquelle l'individu est tombé. Dans ces circonstances encore on a noté la *tendance aux hémorrhagies*, cortège si habituel des affections graves du foie, et qui se traduit par des épistaxis répétées et abondantes; chez la femme, par des épistaxis et par des métrorrhagies.

On a noté aussi, suivant M. Davaine, une *disposition à la gangrène*. Il ne serait pas très-rare, suivant cet auteur, de voir la gangrène du poulmon enlever les malades affectés de grands kystes du foie.

Bien que l'ictère soit un symptôme assez peu commun de l'affection hydatique du foie, il s'en faut qu'il ne s'observe jamais, ainsi que quelques médecins le prétendent. Il peut être plus ou moins intense, plus ou moins foncé, et il est le résultat tantôt de l'inflammation qui s'est développée dans la substance même du foie, tantôt de l'obstacle apporté au cours de la bile dans les canaux biliaires, soit qu'une tumeur kystique exerce une compression sur les conduits biliaires, et alors cette compression peut amener l'atrophie partielle ou totale de la vésicule du fiel; soit que des hydatides engagées dans l'intérieur de ces conduits les aient oblitérés, comme dans nos conférences sur les coliques hépatiques je vous en citais deux exemples: l'un, emprunté à la pratique de mon ami le docteur Lasègue; l'autre, recueilli chez une femme de notre salle Saint-Bernard, et sur lequel j'aurai tout à l'heure à appeler toute votre attention; soit enfin que les canaux, la vésicule biliaire elle-même aient été complètement détruits.

D'autres accidents peuvent encore être la conséquence de la gêne survenue dans le jeu des organes avec lesquels les tumeurs hydatiques viennent affecter des rapports anormaux.

En se développant du côté du ventre, un kyste volumineux peut repousser l'estomac, refouler en bas la masse intestinale, et descendre jusqu'à la crête iliaque droite. Si, quand bien même elle n'est pas énorme, la tumeur arrive à comprimer les principaux troncs veineux qui sont en rapport avec le foie, la veine porte, la veine cave inférieure, on verra se produire l'ascite, l'œdème des extrémités inférieures; ces complications sont, à la vérité, exceptionnelles dans la maladie dont nous parlons.

En se développant du côté de la face convexe de la glande, à mesure qu'il prend de l'accroissement, un kyste hydatique refoulera le diaphragme dans la poitrine, médiatement le poulmon, le cœur; puis en remontant quelquefois ainsi jusqu'à la deuxième côte et jusqu'à la clavicule,

il simulera un épanchement pleurétique, et gênera singulièrement la respiration et la circulation cardiaque. Je ne dis rien encore des cas où la tumeur, écartant ou détruisant les fibres du diaphragme, pénètre directement dans la cavité pleurale; je reviendrai sur ce sujet lorsque j'aurai à m'occuper des communications qui peuvent s'établir entre ces kystes hydatiques et l'appareil respiratoire.

Je signalais tout à l'heure l'hépatite comme une des complications de l'affection hydatique du foie. Cette inflammation plus ou moins aiguë, plus ou moins étendue, est provoquée, ou par la présence d'un kyste très-volumineux, ou par le développement très-rapide de la tumeur; elle peut survenir accidentellement, soit par suite d'une violence extérieure, comme un effort, un coup porté sur la région malade, soit consécutivement à une intervention médicale, une ponction exploratrice, l'acupuncture, une application de caustique, ou toute autre opération tentée pour arriver à la guérison du mal.

Cette inflammation aboutit souvent à la suppuration, envahit dans quelques cas les veines. Quelquefois cette phlébite est causée par l'introduction de quelque matière septique dans la cavité des vaisseaux. Dans certains cas, en effet, des kystes hydatiques se sont ouverts dans la veine cave, d'autres fois ils se sont ouverts non-seulement dans des ramifications de cette veine, mais encore dans les vaisseaux de nouvelle formation que nous avons vus ramper à la surface de la tumeur. Dans ces circonstances les malades succombent emportés par les accidents de l'infection purulente.

Qu'elle se soit développée spontanément, qu'elle ait été provoquée par une cause accidentelle, qu'elle l'ait été par des manœuvres chirurgicales, l'inflammation peut rester limitée au kyste lui-même, qui se transforme alors en un véritable abcès; et c'est là un des modes de terminaison, assez commun peut-être, de l'affection hydatique du foie.

Quand elle a été provoquée, la suppuration du kyste est occasionnée, soit par une sorte de fermentation putride développée dans l'intérieur même de la cavité par la présence d'hydatides tuées par le fait de l'opération; soit par l'irritation que l'instrument a déterminée dans les parties occupées par la tumeur et qui s'est propagée dans son intérieur.

Toujours est-il que cette inflammation suppurative s'annonce par un mouvement fébrile très-vif, par des douleurs aiguës que le malade éprouve dans toute la région, alors que jusqu'ici il n'avait accusé que des douleurs obtuses. En même temps, dans le plus grand nombre des cas, une teinte subictérique, quelquefois un ictère très-foncé indiquent que le parenchyme du foie participe à la fluxion inflammatoire.

J'insiste, messieurs, sur ce mode de terminaison par inflammation suppurative des kystes hydatiques du foie, et je dois ici vous en rappor-

ter un fait remarquable que m'a communiqué M. le docteur Laboulbène, mon collègue dans les hôpitaux; plus tard je vous en rappellerai un autre exemple observé par nous dans les salles mêmes de la Clinique, et auquel je viens de faire allusion.

Dans le fait de M. Laboulbène, il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, entré le 1^{er} septembre à l'Hôtel-Dieu, où il fut placé au n^o 23 de la salle Sainte-Madeleine.

Il se disait malade depuis dix-huit jours et affirmait avoir toujours joui jusque-là d'une excellente santé. En travaillant de sa profession de journalier, il avait été pris tout à coup, sans avoir fait de chute, sans avoir reçu de coup, d'une douleur de ventre occupant la région du côlon transverse. Il se purgea à trois reprises différentes, bien qu'il ne ressentit aucun trouble gastrique; ni diarrhée, ni constipation, ni vomissement. Sa douleur persistant et augmentant au point de le forcer de garder le lit, il entra à l'hôpital.

A son arrivée dans les salles, M. Laboulbène fut frappé de l'aspect typhoïde de sa physionomie. Il était couché sur le dos, les yeux injectés. Cependant il ne se plaignait ni de mal de tête, ni de vertiges alors même qu'on le faisait asseoir; mais sa langue était épaisse, sèche, et un peu noirâtre à la surface; sa soif était vive, il était sans appétit, sans avoir toutefois d'envies de vomir. Son ventre était un peu développé, sans tension notable, sans gargouillements dans la fosse iliaque droite; on ne trouvait aucune trace de taches rosées lenticulaires. La région de l'hypochondre droit était un peu douloureuse et l'on constatait une augmentation de volume du foie, qui remontait presque jusqu'au niveau du mamelon et débordait en bas les fausses côtes de quatre travers de doigt sans présenter, d'ailleurs, de saillies ou d'inégalités. La rate était également un peu plus volumineuse qu'elle ne l'est normalement, ayant, du reste, de 9 à 10 centimètres seulement. Il y avait de la fièvre; la peau était chaude, le pouls à 100. On ne constatait, d'ailleurs, aucun phénomène anomal du côté du cœur ou des poumons.

La sclérotique avait une légère teinte subictérique, mais les urines n'offraient pas de coloration anormale, et ne contenaient ni biliverdine, ni albumine, ni glycose.

M. Laboulbène prescrivit une médication tonique, dont le vin et le quinquina firent les frais.

Quelques jours après, le malade avait un peu de frisson vers le soir et l'état typhoïde augmentait de plus en plus; la diarrhée était survenue et restait persistante, le ventre était ballonné, la langue sèche, comme un morceau de liège; les frissons du soir, l'ensemble de l'état général présentaient bien plus les caractères d'une infection purulente que ceux d'une fièvre typhoïde.

Le 8 septembre, le malade avait rendu quelques gouttes de sang par

le nez; sa situation était considérablement empirée de jour en jour, et la mort arrivait dans la nuit.

A l'autopsie, M. Laboulbène trouvait le foie volumineux, adhérent à la face antérieure et inférieure du diaphragme. A la partie supérieure du lobe droit, son tissu est ramolli; et là il existait un kyste ne faisant pas saillie à la surface de l'organe et d'où s'échappa une grande quantité de liquide d'un jaune blanchâtre, d'aspect purulent, renfermant un nombre considérable de corps ressemblant à des capsules transparentes de gélatine ou à des cristallins ramollis. Ce liquide examiné par M. Davaine, était constitué par des leucocytes purulents et par des globules mûriformes bien nets.

Les corps gélatiniformes coupés par tranches minces, offraient des fragments qui, placés de champ, présentaient l'aspect caractéristique de la membrane propre des hydatides. C'étaient des couches stratifiées comparables à ce qu'on produirait en coupant transversalement par minces lanières des bandelettes de taffetas gommé superposées. M. Davaine ne trouva aucune trace d'échinocoque ou de crochets. Les hydatides n'avaient pas la membrane germinale sur laquelle germent ces entozoaires avant de devenir libres. On avait donc affaire, dans ce cas, à des *hydatides arrêtées dans la première période de leur développement*.

Le kyste, à sa face interne, était doublé de fausses membranes peu adhérentes, teintées en plusieurs points par de la bile. En quelques parties, elles étaient épaisses, fibreuses. Après les avoir enlevées, M. Laboulbène constata dans l'épaisseur des parois du kyste des veines rampant à la surface et des canaux biliaires. Les veines étaient grosses et flexueuses.

A la face antérieure du foie, sur le côté du ligament falciforme, M. Laboulbène trouva plusieurs abcès de volume variable, semblables à des abcès métastatiques. A l'intérieur de ces abcès, il n'y avait pas de membrane formant parois, celles-ci étaient constituées par le tissu même du foie. Le liquide purulent qu'ils renfermaient était, dans quelques-uns, coloré par de la bile, qui sourdait, en effet, par quelques canaux biliaires qui, ainsi que M. Davaine le constata, venaient s'ouvrir dans quelques-uns de ces abcès; des collections purulentes semblables à celles-ci s'étaient faites également dans le lobe gauche du foie.

Dans une des branches de la veine cave, on trouva un caillot adhérent se prolongeant dans des ramifications plus petites; et, dans une des veines afférentes, il y avait une fausse membrane remplie de pus, qui sourdait de ce tube quand on exerçait une pression sur lui.

L'intestin était injecté dans toute sa longueur, mais sans présenter d'ulcérations.

On ne rencontra d'abcès métastatiques ni dans la rate, ni dans les poumons.

Maintenant, messieurs, qu'il se soit transformé en abcès, ou qu'en raison même du volume énorme qu'il a pris, le kyste hydatique tende à se rompre, il arrivera un moment où le liquide qu'il contient s'ouvrira une voie à travers les parties qui avoisinent la tumeur. Cette voie se fera quelquefois au dehors, à travers les parois abdominales, à la façon des abcès du foie, des tumeurs biliaires; et, lorsque ces adhérences naturellement établies entre les parois de la tumeur et le feuillet pariétal du péritoine empêcheront les liquides de s'épancher dans la cavité péritonéale, ces conditions seront les plus favorables à la guérison définitive du kyste. C'est là ce que nous cherchons à imiter artificiellement dans nos moyens de traitement.

Mais, pour ne parler encore que des tumeurs hydatiques du foie développées du côté de la surface concave de l'organe, leur ouverture spontanée pourra se faire dans l'abdomen, soit dans le péritoine, et il en résultera des accidents inflammatoires promptement mortels, soit dans les vaisseaux, ainsi que nous l'avons dit, soit dans les voies biliaires, soit enfin dans l'estomac, dans l'intestin, et ici ce seront les cas les plus heureux.

L'ouverture des tumeurs hydatiques dans les conduits biliaires s'explique par l'ulcération des parois de ces conduits déterminée par la compression que la tumeur exerce sur eux. Les vésicules s'engagent dans leur cavité. D'abord ce sont de petites hydatides qui s'y introduisent, et qui, poussées par la bile sans cesse sécrétée derrière elles, passent des branches dans les gros troncs des canaux, et de là dans l'intestin. Si elles sont d'un très-petit volume, elles peuvent être expulsées sans grande difficulté; si elles sont plus grosses, elles cheminent plus lentement, et l'accumulation de la bile à laquelle elles font obstacle amène la dilatation des conduits. Cette dilatation permet à des hydatides plus grosses de s'engager à leur tour et de parcourir le même trajet. Il arrive ici ce qui arrive pour les calculs biliaires; les mêmes symptômes, à cela près pourtant des douleurs qui sont beaucoup moins vives, la jaunisse, la décoloration des matières fécales, accompagnent cette évacuation des tumeurs hydatiques par les voies biliaires. Quand on examine les garde-robes, on trouve des débris d'acéphalocystes et même des hydatides entières. Cette communication peut se faire directement entre la tumeur et le canal cholédoque, elle peut même se faire entre la tumeur et la vésicule biliaire où l'on a retrouvé des hydatides. Comme les calculs biliaires, les vers vésiculaires engagés dans le conduit hépatique ou dans le cholédoque peuvent amener la rétention de la bile, mais dans ces cas la nature du mal reste habituellement méconnue jusqu'au moment où l'examen des matières des garde-robes permet d'établir plus positivement le diagnostic.

De cette communication entre les voies biliaires et les kystes hydati-

ques du foie, accidents d'ailleurs relativement assez communs, il résulte souvent que la bile passe dans la cavité même de la tumeur. A l'autopsie, on trouve alors les hydatides rompues, vides, plus ou moins colorées en jaune. Il est probable que le contact prolongé de la bile entraîne la mort des vers vésiculaires, et nous verrons, à propos du traitement, qu'on a voulu utiliser ce fait pour la guérison des kystes hydatiques, en injectant du fiel de bœuf dans leur intérieur, médication pour le moins étrange.

En définitive, la rupture spontanée des tumeurs hydatiques du foie dans les canaux biliaires n'amène pas nécessairement des complications mortelles; elle est en quelques cas un mode de terminaison favorable de l'affection. Mais ces chances d'heureuse terminaison sont bien autrement nombreuses quand il s'établit une communication entre le kyste et le canal intestinal, bien que, dans ces cas, comme dans l'autre, l'évacuation des liquides enfermés dans la tumeur se fasse avec beaucoup de lenteur, qu'il faille quelquefois plusieurs mois pour qu'elle soit complète; bien qu'aussi il puisse arriver que l'ouverture, trop étroite, ne suffisant pas pour livrer passage au contenu du kyste, celui-ci s'ouvre alors dans d'autres points et se vide tout à la fois dans l'intestin, dans un autre organe ou à l'extérieur.

Pour que cette communication s'établisse soit avec l'estomac (ce qui est le cas le plus rare et aussi le moins favorable de beaucoup), soit avec l'intestin (et alors c'est le duodénum, et plus souvent encore le colon ascendant ou transverse, ce qui est le cas le plus ordinaire et aussi le plus heureux), il faut que la tumeur et les organes dans lesquels elle va se vider aient contracté des adhérences; autrement on aurait à craindre ces épanchements brusques de liquide dans le péritoine, dont la conséquence immédiate est une péritonite suraiguë, mortelle en quelques heures. Ces adhérences sont le résultat du travail phlegmasique des feuillets séreux, du kyste et du tube digestif accolé l'un à l'autre. Elles se produisent ici comme nous les voyons se produire dans les cas de phlegmon de la fosse iliaque ou du ligament large par exemple, lorsque ces phlegmons suppurés se vident en s'ouvrant dans l'intestin ou dans la vessie. J'aurai occasion de vous dire un jour combien est ordinaire ce mode de terminaison des abcès iliaques et pelviens, que nous observons si fréquemment dans la pratique, et qui, abandonnés aux seuls efforts de la nature, guérissent presque toujours.

L'affaissement, la disparition d'une tumeur qui auparavant faisait saillie dans la région hypochondriaque droite et vers l'épigastre, quelquefois une sensation particulière accusée par le malade, les vomissements de matières purulentes, d'abord sans fétidité, mais prenant bientôt une odeur fétide, et contenant des hydatides ou des débris d'hydatides, annoncent que le kyste s'est fait jour dans l'estomac. La présence de ces vers vésiculaires ou de leurs membranes dans les matières des garde-robes

annonce qu'il s'est ouvert dans l'intestin, soit dans le duodénum, soit dans le côlon. Dans ce dernier cas, qui, je le répète, est le plus ordinaire, les choses se passent simplement; s'il survient une diarrhée abondante, elle n'est pas de longue durée, et en lavant les matières on trouve non-seulement de petites hydatides, mais quelquefois aussi l'hydatide mère qui simule une fausse membrane de dimensions plus ou moins considérables. Cette évacuation des kystes hydatiques du foie peut se faire tout à la fois et dans l'estomac et dans une autre partie du tube digestif; mais, je le répète encore, ce mode de terminaison n'est jamais plus heureux que lorsque l'évacuation a lieu seulement du côté du gros intestin.

Lorsque le kyste hydatique s'est développé du côté de la *surface convexe du foie*, celui-ci est repoussé plus ou moins bas dans la cavité abdominale, où il déplace la masse intestinale; le diaphragme est fortement refoulé dans la cage thoracique. La tumeur peut remonter ainsi très-haut jusqu'à la quatrième, la deuxième côte, jusqu'à la clavicule, en repoussant le poumon, et la respiration est d'autant plus embarrassée, que le diaphragme et le poumon sont singulièrement gênés dans leurs fonctions.

Que le muscle soit resté intact; que, ses fibres ayant disparu dans une étendue variable par le fait de la compression exercée sur elles, il y ait une perforation qui livre passage à la tumeur, la présence du kyste hydatique dans la poitrine en impose souvent pour un épanchement pleural dont la percussion et l'auscultation fournissent les signes physiques: matité absolue, absence du murmure respiratoire, et quelquefois égophonie, si, comme cela arrive fort souvent, il existe en même temps un peu de suffusion pleurale.

Cependant un examen attentif permet de saisir des différences qui aideront au diagnostic. Ainsi la matité est habituellement limitée dans un certain espace; son niveau varie de telle sorte que, en percutant, par exemple, le long de la colonne vertébrale, on trouve cette matité complète, tandis qu'en dehors, sur la paroi latérale du thorax, on trouve au même niveau de la sonorité, quelle que soit la position que l'on fasse prendre au malade; ou bien c'est en dehors que la matité est absolue, tandis que, le long du rachis, le son est clair et le murmure vésiculaire s'entend. Sans doute cette circonscription de la matité pourrait tenir à une pleurésie enkystée; mais, d'une part, cette forme de pleurésie est assez rare; d'autre part, elle ne donne point lieu à la déformation particulière que prend généralement la poitrine dans les cas de tumeurs hydatiques, déformation globuleuse circonscrite qui s'étend à la région du foie. L'hésitation n'est plus possible lorsque, indépendamment de l'abaissement de la glande dans l'abdomen, on arrive à percevoir, au niveau du rebord des fausses côtes, une fluctuation profonde, lorsque surtout il y a du frémissement hydatique; du reste, une ponction exploratrice lèverait bien vite

les derniers doutes que l'on pourrait avoir sur la nature de l'affection.

On comprend que, lorsqu'un véritable épanchement pleurétique vient à se faire, sous l'influence de l'irritation causée par la présence de la tumeur dans la cavité pleurale, le diagnostic différentiel devient impossible à établir.

Dans les cas auxquels nous avons fait allusion, où il s'est fait une perforation du diaphragme, consécutive à la disparition des fibres musculaires longtemps comprimées par le kyste hydatique; dans ces cas, dis-je, la tumeur du foie peut contracter des adhérences avec le poumon et, en se rompant, elle se met en communication avec cet organe. Les symptômes de l'affection pulmonaire, ou plutôt leur signification reste alors le plus souvent méconnue, jusqu'au jour où la cavité accidentelle du poumon venant à communiquer avec les bronches, les matières expectorées fournissent pour le diagnostic des éléments caractéristiques. Ce seront des hydatides, des débris d'hydatides; ou bien les crachats seront mélangés de bile, dont la présence ne laissera aucun doute sur le siège de la tumeur dans le parenchyme même du foie.

Cette communication entre les kystes hydatiques du foie et les bronches a été, dans un assez bon nombre de faits rapportés par les médecins, un heureux moyen employé par la nature pour arriver à la guérison complète de l'affection dont nous nous occupons.

Dans d'autres circonstances, cette heureuse terminaison a encore eu lieu de la même façon, c'est-à-dire par l'élimination à travers les bronches des matières contenues dans un kyste du foie, bien que la tumeur, après avoir perforé le diaphragme, se fût rompue dans la plèvre.

Toutefois, messieurs, la rupture des kystes du foie dans la cavité pleurale a généralement pour conséquence une pleurésie suraiguë avec épanchement considérable qui s'annonce par une violente douleur de côté, un mouvement fébrile intense, et amène promptement l'hydropneumothorax et la mort.

Lorsque les choses marchent moins rapidement, la communication peut s'établir entre le kyste et la plèvre d'une part, entre la plèvre et les bronches d'autre part, et l'on constate encore tous les signes de l'hydropneumothorax, ainsi que nous venons d'en observer un exemple.

En résumé, les kystes hydatiques de la face convexe du foie peuvent remplir la cage thoracique et simuler des épanchements pleurétiques; ils peuvent s'ouvrir directement dans le poumon, et alors ils peuvent trouver une voie d'élimination à travers les bronches; souvent alors les malades guérissent. Ils peuvent s'ouvrir dans la plèvre, et donner lieu à une pleurésie promptement mortelle; ils peuvent enfin s'ouvrir à la fois dans la plèvre et dans les bronches à travers le poumon, et, bien que,

dans ces cas, la guérison arrive quelquefois, le plus souvent la maladie se termine par la mort.

Déjà, dans une de nos conférences consacrée à l'étude clinique des hydatides du poumon¹, j'ai eu l'occasion de vous entretenir de ce mode de terminaison des kystes hydatiques du foie par leur ouverture dans la cavité thoracique et dans les poumons. Je vous en avais précédemment² rapporté un exemple emprunté à la pratique nosocomiale de mon collègue M. le docteur Empis. A ce fait, à ceux auxquels je vous ai renvoyés et qui ont été publiés par différents auteurs³, j'ajouterai aujourd'hui celui qui s'est passé sous vos yeux dans notre salle Saint-Bernard.

Ce fait, intéressant à tous égards, nous présente ceci de particulier qu'il s'agit d'un kyste hydatique du foie qui s'ouvrit successivement dans les voies biliaires, au-dessous du diaphragme et dans la plèvre. En voici la relation, rédigée par mon chef de clinique, M. Michel Peter.

« R... (Amélie), âgée de vingt-sept ans, entre le 11 septembre 1863 dans le service de M. Trousseau. Il y a trois semaines qu'elle a éprouvé de vives douleurs à l'épigastre et à l'hypochondre droit pendant deux jours, et à la suite de ces douleurs il apparut de l'ictère. Depuis cette époque, l'ictère devint de plus en plus foncé. Depuis cette époque aussi, les douleurs se sont manifestées périodiquement sous forme d'accès tous les deux jours, le soir, et durant chaque fois deux heures environ. A dater du début de tous ces accidents, il y eut de l'anorexie et de la dyspepsie, l'ingestion des aliments ou des boissons provoquant bientôt des douleurs à l'épigastre. Les vomissements ne se sont montrés que depuis trois jours. Indépendamment des douleurs qui se manifestent par accès avec intensité, il en existe de continues, mais qui sont tolérables. Enfin, il y a trois ou quatre ans, à la suite d'une violente attaque de douleurs épigastriques semblables à celle qui se manifesta il y a trois semaines et qui dura une douzaine d'heures, cette jeune femme eut un ictère qui persista près de trois semaines.

» Au moment de son admission à l'hôpital, la malade présente une coloration jaune des plus foncées. Elle est maigre; sa figure exprime la souffrance, et sa santé semble fortement compromise. La peau n'est pas chaude, et le pouls a peu de fréquence. — Diagnostic : *Coliques hépatiques, avec congestion considérable et consécutive du foie.*

» Dans la soirée, la malade éprouve un frisson assez fort et prolongé, en même temps que de l'exaspération de la douleur dans l'hypochondre et à l'épigastre. La fièvre persiste toute la nuit, et le 12 septembre la malade est en proie à une fièvre ardente; la peau est sèche, les pommettes

1. Conférence XXXIV, t. I, p. 841.

2. Conférence XXXII, t. I, p. 732.

3. Conférence XXXIV, t. I, p. 841.

sont rouges, et le pouls bat 132 fois par minute. Il y a une très-vive douleur à la région du foie. A la percussion, on trouve que cet organe a plus que doublé de volume. La malade vomit tout ce qu'elle ingère; le soir, elle a une épistaxis peu abondante. — Diagnostic : *Hépatite.*

» On applique dix sangsues à l'anus qui donnent lieu à un écoulement de sang assez abondant et produisent un soulagement marqué. Ce soulagement persiste pendant trois jours; cependant le foie reste toujours aussi volumineux; il descend jusque près de l'ombilic, et envahit tout l'épigastre. La fièvre persiste avec redoublement tous les soirs.

» Dans la soirée du 14, une douleur des plus violentes survient brusquement à la base droite de la poitrine. Cette douleur, qui gêne la respiration, se propage jusqu'à l'épaule droite. Il survient bientôt du délire qui dure toute la soirée.

» A la visite du lendemain 15, la douleur à l'hypochondre, avec irradiation à l'épaule et dans toute la paroi thoracique correspondante, persiste avec la même intensité; cependant on ne trouve rien à l'auscultation de la poitrine. — On prescrit un bain qui produit du soulagement.

» Le 16, l'ictère est d'un jaune safrané. L'état de la malade est des plus pénibles; elle pousse des gémissements continuels; la douleur est toujours aussi vive, et s'oppose à ce que l'on percuté. La respiration est incomplète et anxieuse; il n'y a pas d'égophonie. — On prescrit 5 milligrammes de calomel toutes les heures. — Diagnostic : *Pleurésie diaphragmatique par propagation de l'inflammation de la face convexe du foie à la plèvre.*

» Le 17, la douleur est beaucoup moins vive. Pour la première fois, on entend du souffle et de l'égophonie au tiers moyen de la région dorsale. Il y a de la matité dans tout le tiers inférieur de la poitrine, et de la résonance skodique dans le tiers supérieur de la poitrine en avant.

» Le 18, le pouls est à 132, petit; l'état général est très-grave.

» La matité a envahi tout le côté droit de la poitrine en arrière, et occupe même la fosse sous-épineuse; en avant, la matité remonte jusqu'à la quatrième côte. La respiration est abolie dans la moitié inférieure de la poitrine; dans la moitié supérieure et au voisinage de la colonne vertébrale, on entend un souffle voilé et de l'égophonie, intenses surtout dans les fosses sus- et sous-épineuse. La matité de la région hépatique reste la même; mais la douleur à la percussion a presque entièrement disparu.

» La respiration est haute sans être cependant trop fréquente. Le nez est pincé, la figure est très-altérée et les joues sont cyanosées.

» Le lendemain 19, il y a une matité absolue du haut en bas de la poitrine en arrière. La région sous-clavière seule résonne assez bien, mais la résonance est skodique. En arrière, il y a du souffle et de l'égophonie dans la fosse sous-épineuse et au niveau de la gouttière verté-