

ce qui n'est pas rare. De là résulte que l'intensité de la teinte icterique, l'abondance du pigment dans l'urine, et la coloration des selles sont très-variables; si la rétention est partielle, les matières fécales restent colorées malgré la présence de l'ictère; si elle est totale, elles présentent la teinte argileuse qui caractérise l'absence de bile dans l'intestin. Cette dernière éventualité est réalisée non-seulement par le catarrhe généralisé, mais aussi par le cancer du hile ou de la vésicule, en raison de la compression du canal hépatique ou cholédoque. — L'ASCITE survient au moins dans la moitié des cas; plusieurs causes peuvent concourir à sa production, savoir la compression ou l'obturation des grands rameaux ou du tronc de la veine porte, la péritonite chronique et l'état d'hydrémie. Le liquide est séreux, séro-fibrineux ou sanguinolent. Lorsque l'ascite est considérable, elle peut masquer l'intumescence du foie; mais souvent alors, en déprimant brusquement le liquide avec l'extrémité des doigts au niveau du siège présumé de la tumeur, on arrive sur la surface dure et résistante de l'organe.

Les HÉMORRHAGIES sont fréquentes; elles ont lieu à la surface de la muqueuse gastro-intestinale par suite de la stase dans le système porte, ou bien elles apparaissent comme hémorrhagies dyscrasiques sous forme d'épistaxis, de pétéchies; elles sont accompagnées le plus souvent d'un ictère intense et des phénomènes nerveux (délire, coma) qui rappellent, à l'acuité près, les phases ultimes de l'atrophie jaune aiguë. Lorsque les hémorrhagies sont abondantes, elles hâtent le développement de la cachexie, et le même résultat est produit par la DIARRHÉE opiniâtre qui survient à peu près constamment. L'amaigrissement est moins marqué que dans le cancer gastrique, et les vomissements peuvent manquer totalement. — On observe parfois une gêne respiratoire qui ne peut être imputée à l'abondance de l'ascite; elle résulte ou de l'extension de la lésion vers le diaphragme, ou du développement d'un épanchement pleural droit, dont le liquide est assez souvent sanguinolent.

Le plus souvent la maladie est apyrétique, toutefois il sera prudent, au point de vue du diagnostic, d'avoir toujours présente à l'esprit l'observation de Moxon qui a vu chez un jeune homme de vingt-cinq ans un cancer du foie et de l'estomac suivre une évolution rapide, avec symptômes fébriles nettement accentués.

La mort est la terminaison constante de la maladie, dont la durée varie de six mois à deux et même trois années.

#### TRAITEMENT.

La médication est purement symptomatique; tout moyen spoliateur doit être laissé de côté, et l'on se gardera de combattre l'ascite par des dras-

tiques ou des diurétiques, qui ne peuvent, dans l'espèce, avoir d'autre effet que de hâter la période cachectique. La ponction elle-même, en raison de l'affaiblissement qui résulte de la reproduction du liquide, ne doit être employée que dans le cas où l'épanchement provoque une dyspnée notable.

### CHAPITRE VII.

#### ÉCHINOCOQUES. — KYSTES HYDATIQUES.

##### GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

Le ver cestoïde, privé d'organes sexuels, à tête de tœnia, qui chez l'homme habite le foie et les autres viscères abdominaux, est le scolex du ver sexué, connu sous le nom de *tœnia echinococcus* (Siebold), lequel jusqu'ici n'a été observé que chez le chien. La seule cause de l'échinocoque du foie (1) est donc l'introduction des embryons de tœnia dans l'in-

(1) Voyez la bibliographie du chapitre HELMINTHIASIS; — les traités généraux sur les maladies du foie; — en outre :

- ANDRAL, BAMBERGER, CRUVEILHIER, FÖRSTER, LAENNEC, LEBERT, PIORRY, ROKITANSKY, loc. cit. — BREMSER, *Traité zoologique et physiologique sur les vers intestinaux de l'homme*, trad. par de Blainville. Paris, 1825. — BRIANÇON, *Essai sur le diagnostic et le traitement des acéphalocystes*, thèse de Paris, 1828. — BARRIER, *De la tumeur hydatique du foie*, thèse de Paris, 1840. — LIVOIS, *Recherches sur l'échinocoque chez l'homme et les animaux*, thèse de Paris, 1843. — FABRE, art. ÉCHINOCOQUE, in *Supplément au Dict. de méd.* Paris, 1851. — CADET DE GASSICOURT, *Bullet. Soc. anat.*, 1855. — LHOSSNEUR, *Eodem loco*, 1855. — GUÉRAULT, *Gaz. hôp.*, 1857. — MOISSENET, *Arch. gén. de méd.*, 1859. — LEGRANI, *Compt. rend. Acad. Sc.*, 1858. — DAVAUNE, *Recherches sur le frémissement hydatique* (*Gaz. méd. Paris*, 1862). — BRIOUVAL, *Thèse de Strasbourg*, 1864. — KRABBE, *Recherches helminthologiques en Danemark et en Islande*, Copenhague, 1866. — DÖERING, *Ueber Echinococcon der Leber*. Leipzig, 1865. — SPANGENMACHER, *De echinococci in corpore humano repertis*. Gryphæ, 1866. — FRIEDEMANN, *De echinococci in hepate humano*. Gryphæ, 1866. — RICHARDS, SAVORY, *The Lancet*, 1866. — ROTHER, *Ueber Echinococcon der Leber*. Berlin, 1867. — WOOD, *New-York Med. Record*, 1867. — BOURDILLAT, *Union méd.*, 1867. — FÉRÉOL, *Gaz. hôp.*, 1867. — BRYANT, *Transact. of the path. Soc.*, 1867. — MURCHISON, *Trans. of the Path. Soc.*, 1868. — HOFMOKL, *Wiener med. Presse*, 1868. — WRIGHT, *Brit. med. Journal*, 1868. — UTERRHART, *Berlin. klin. Wochens.*, 1868. — APPENRODT, *Die Operationen des Echinococcus*. Berlin, 1868. — BLACHEZ, *Union méd.*, 1868. — DIVRY, MIDEUR, *Thèses de Paris*, 1868. — TOMMASINI, *Thèses de Paris*, 1869. — FRANCO, *Il Morgagni*, 1869. — HOLDEN, *Hydatids passed by intestines* (*Brit. Med. Journ.*, 1869). — SIEVERING, *The Lancet*, 1869. — HEATON, *Brit. Med. Journ.*, 1869. — FIEDLER,

testin de l'homme, et leur pénétration dans le tissu hépatique. Les conditions de ce passage du chien à l'homme sont obscures. Ce qui est certain, c'est que l'échinocoque atteint sa plus grande fréquence en Islande, où il est réellement endémique, et tous les observateurs, Krabbe et Küchen-

*Deutsches Archiv f. klin. Med.*, 1869. — FINSEN, *Les Échinocoques en Islande* (*Arch. de méd.*, 1869). — HJALTELIUS, *Sur le traitement des hydatides en Islande* (*Arch. de méd. navale*, 1869). — LUTON et VAILLANT, art. ENTÉROZOAIRES, in *Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques*, XIII. Paris, 1870.

WARD, *Clinical illustr. of disease of the abdominal viscera* (*The Lancet*, 1870). — THOMPSON, *Case of displacement of heart and lung from hydatid disease of the liver* (*Med. Times and Gaz.*, 1870). — PICK, *Hæmatoidine from hydatid cyst of liver* (*Trans. path. Soc.*, 1870). — ANSTIE, *The Lancet*, 1870. — SYMPSON, *Two cases of hydatid cyst in the liver successfully treated by puncture* (*Brit. med. Journ.*, 1870). — HILTON FAGGE and DURHAM, *On the electrolytic treatment of hydatid tumours of the liver* (*Eodem loco*, 1870). — SCHRÖTTER, *Ueber Heilung von Echinococcuscysten durch Iodinjektion* (*Oester. med. Jahrb.*, 1870). — JACOBY, *Echinococcus of liver; removal of cyst by operation* (*New-York med. Record*, 1870).

JÖNASSEN, *Echinokokkscyklar och deras Behandling* (*Ugeskrift f. Læger*, 1870).

EMMERT, *Echinococci der Leber* (*Würtemb. med. Corresp. Blatt*, 1871). — FOX, *Brit. med. Journal*, 1871. — DUCKWORTH, *Case of hydatid tumour of the liver with icterus* (*Eodem loco*, 1871). — HILTON FAGGE and DURHAM, *On the electrolytic treatment of the liver, with an addendum on simple acupuncture* (*Trans. of the med.-chir. Soc.*, 1871). — RUMER, *Zwei Fälle von Echinococcus hepatis*. Berlin, 1871.

AMOROSO, *Storia di una cisti idatidea guarita coll'incisione* (*Il Morgagni*, 1871). — MURCHISON, *Multiple hydatid tumours of the liver and peritoneum* (*Trans. of the path. Soc.*, 1872). — BAHRDT, *Spontan geheilter Echinococcus der Leber mit Abgang der Blasen durch die Gallengänge und den Darm* (*Arch. der Heilk.*, 1872). — SHERARD, *Hydatid cysts passed per rectum with recovery* (*Philad. med. and surg. Rep.*, 1872). — LADMIRAL et KOMOROWSKI, *Sur les kystes hydat. du foie traités par la méthode des caustiques, etc.* (*Gaz. hôp.*, 1872). — WIDAL, DIEULAFOY, BOUCHUT, *Eodem loco*, 1872. — KLEE, *Ueber Echinococcus hepatis*. Berlin, 1872. — MONOD, *Gaz. hebdom.*, 1872. — ELDER, *Brit. med. Journ.*, 1872. — SCHEUTHAUER, *Pester med. chir. Presse*, 1872. — RUSSELL, *Two large hydatid tumours of the liver communicating the one with the right pleural cavity, the other with the bronchial tubes of the left lung and also with the stomach* (*Med. Times and Gaz.*, 1873). — MOUTARD-MARTIN, *Kyste hydatique du foie ouvert dans la cavité pleurale droite; pyo-pneumothorax et vomiques abondantes; opération d'empyème; guérison* (*Union méd.*, 1873). — OEFFINGER, *Zur Casuistik der Leber-Echinococcen* (*Baierische ärztl. Mitth.*, 1873). — BOINET, *Gaz. hôp.*, 1873. — WHITMORE, *A case of suppurating hydatid cyst of the liver; puncture; recovery* (*The Lancet*, 1873). — KEHLBERG, *Echinococcus hepatis et lienis*. Berlin, 1873. — MARSCHALL, *Brit. med. Journ.*, 1873. — KNAGGS, *Dublin Journ. of med. Sc.*, 1873. — LASÈGUE, *Kystes hydat. du foie; suppuration de la cavité kystique; communication avec l'intestin; évacuation des hydatides; guérison* (*Arch. de méd.*, 1873). — LATHAM, *Suppurating hydatid cyst of the liver communicating with the left lung* (*The Lancet*, 1873). — FULLER, *Brit. med. Journ.*, 1873. — REVILLIOD, *Kyste du foie de nature douteuse* (*Bullet. Soc. méd.*

meister entre autres, attribuent le fait à la cohabitation ordinaire des chiens et de l'homme, à la température élevée des eaux potables, ce qui favorise la maturation des œufs rendus par les animaux ténifères, et à l'absence des soins de propreté. Dans les autres contrées, l'échinocoque présente une fréquence très-inégale : ainsi, au rapport de Bamberger, il est bien plus rare à Würzburg qu'à Vienne et à Prague, et selon Frerichs et Lebert, il est beaucoup plus commun à Breslau qu'à Berlin, Kiel ou Göttingen. — Les causes inhérentes à l'homme lui-même n'ont que la valeur de causes occasionnelles; l'âge de vingt à quarante ans, l'usage de la viande crue, l'habitation de localités basses et humides, sont les principales d'entre elles.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les échinocoques ne sont jamais libres dans le tissu du foie; ils sont enfermés dans un sac à une seule cavité, sac uniloculaire dont le contenu est un liquide citrin ou opalin, dont la paroi est constituée à l'état parfait par trois membranes superposées, savoir, de dehors en dedans : une membrane fibroïde, dense et épaisse, de couleur blanche, MEMBRANE ADVENTICE, produite après coup par l'irritation que provoque la vésicule parasitaire; — une ENVELOPPE ANHISTE, blanchâtre; — une MEMBRANE GRANULEUSE, découverte par Robin, qui lui a donné le nom de membrane fertile : c'est elle en effet qui porte les vers embryonnaires ou échinocoques. La couche moyenne se laisse facilement détacher de l'enveloppe conjonctive adventice, et si l'on procède avec ménagements, on peut extraire de cette coque extérieure le sac intact et clos qui apparaît sous forme d'une masse vésiculeuse sphérique, tremblotante et gélatineuse.

Stasse, 1874). — HANDFIELD JONES, *Med. Times and Gaz.*, 1874. — HAYEM et GRAUX, *Kyste hyd. ouvert dans les voies biliaires* (*Progrès méd.*, 1874). — SEUNRE, *Rupture dans le péritoine* (*Gaz. méd. Paris*, 1874). — BUDIN et REGNARD, *Progrès méd.*, 1874. — ELIAS, *Oblitération der Vena cav. inf. und Ven. portæ durch einen enorm grossen Echinococcus der Leber* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1874). — VITAL, *Foyer hydat. intéressant le poumon droit et le foie, etc.* (*Gaz. méd. Paris*, 1874). — DU PRE, *Presse méd. belge*, 1874. — LANCEREAUX, *Trait. des kystes hydat. par la ponction aspiratrice* (*Union méd.*, 1874). — PETER, *Arch. de méd.*, 1874. — BRADBURY, *Notes on six cases of hydatids of the liver treated by puncture* (*Brit. med. Journ.*, 1874). — HEATON, *Eodem loco*, 1874. — PHILIPSON, RAMSKILL, *Eodem loco*, 1874. — LANDOUZY, *Du rôle de la bile épanchée ou injectée dans la guérison des kystes du foie* (*Gaz. méd. Paris*, 1874). — LAMPIOSI, *Echinococco del fegato, operazione; guarigione* (*Gaz. clin. dello spedale civico di Palermo*, 1874). — DESNOS, *Note sur quelques points du traitement des kystes hydatiques du foie* (*Bullet. therap.*, 1875). — LANDE, *Cercomonas et echinococcus in hepate hominis*. Petersburg, 1875.

L'enveloppe qui la circonscrit, examinée en bloc, sans distinction de la membrane anhiste et de la granuleuse, ressemble à de l'albumine concrète, et elle a très-souvent une disposition stratifiée. Cette masse vésiculeuse constitue le kyste à échinocoques proprement dit. Lorsqu'on l'ouvre, il en sort en quantité variable un liquide clair, très-fluide, composé, d'après Boedecker, sur 100 parties : d'eau, 98,40; chlorure de sodium, 0,52; tartrate de soude et de potasse, 1,08; plus des traces de glycocholate de soude et de sulfate de potasse. L'albumine manque totalement. Dans ce liquide nagent souvent des fragments détachés de la membrane d'enveloppe et des *vésicules filles*, produits de la *vésicule mère*, dont elles répètent les dispositions sous des dimensions moindres. Ces vésicules filles peuvent contenir elles-mêmes les produits d'une seconde génération. La grosseur des vésicules mères varie depuis celle d'un pois jusqu'à celle du poing et au delà; les vésicules filles ne dépassent guère le volume d'une amande; les plus développées nagent librement dans le liquide, les plus petites sont encore adhérentes à la paroi de la vésicule mère.

A tous les degrés de génération la surface interne des vésicules est granuleuse, comme framboisée, et le microscope démontre que ces élevures sont formées par le ténia embryonnaire ou échinocoque; il est long de  $\frac{1}{9}$  à  $\frac{1}{3}$  de millimètre, large de  $\frac{1}{12}$  à  $\frac{1}{4}$  (Rokitansky), et présente un corps épais et arrondi, séparé par un sillon d'une tête semblable à celle du ténia; elle a quatre ventouses et un rostre muni d'une couronne de crochets; l'extrémité postérieure du corps se termine par un prolongement funiculaire qui fixe l'animal à la membrane fertile; quand le funicule se rompt, le ver tombe et flotte librement dans la cavité.

La tumeur constituée par le kyste à échinocoques et sa membrane conjonctive adventice peut se développer en un point quelconque du foie, mais elle est beaucoup plus fréquente dans le lobe droit. Tantôt superficielle, tantôt cachée dans la profondeur du viscère, elle détermine des déformations qui varient selon son siège et qui n'obéissent à aucune règle fixe. Le plus ordinairement on ne trouve qu'une seule de ces tumeurs; dans d'autres cas, il y en a plusieurs; mais, quel qu'en soit le nombre, elles sont toujours nettement circonscrites. L'état du tissu hépatique au voisinage du kyste est variable; il est parfois sain, ailleurs il présente la congestion chronique du foie muscade (Rokitansky); il est atrophié si le sac est volumineux; enfin, il peut participer aux altérations diverses de la tumeur.

Celle-ci ne conserve pas constamment, il s'en faut, ses caractères primordiaux; elle est susceptible d'un grand nombre de modifications que nous appelons spontanées, faute d'en connaître les causes. La plus simple consiste dans la calcification de l'enveloppe adventice; elle est par elle-même sans effet favorable ou nuisible, mais elle accompagne d'ordinaire

l'altération suivante, qui peut être un mode de guérison : les vers meurent, les vésicules s'affaissent, le contenu se trouble, s'épaissit, et le tout finit par être transformé en un magma comme sébacé, semblable à du mastic, composé de graisse, de cholestérine et de sels calcaires; mais dans cette masse on retrouve des crochets épars qui révèlent l'origine de la tumeur. Dans d'autres circonstances, le sac se rompt, et son contenu, arrivant au contact du tissu hépatique, y provoque une inflammation intense qui aboutit à la suppuration. Ainsi est formé un abcès périkystique qui englobe la tumeur, et dont le pus occupe aussi la cavité du kyste; si quelques canalicules biliaires ou des vaisseaux ont été ouverts, le contenu est mêlé de bile ou de sang. Cet abcès peut présenter toutes les terminaisons de l'abcès commun du foie. — Enfin, la tumeur peut se rompre par excès de distension, et suivant qu'il existe ou non des adhérences péritonéales, le contenu est versé dans la cavité séreuse ou bien dans l'estomac, dans l'intestin; la rupture peut avoir lieu dans la plèvre à travers le diaphragme, et même par les bronches, s'il y a des adhérences pleuro-pulmonaires. Dans d'autres cas, la tumeur se vide à l'extérieur, dans les canaux biliaires ou dans un vaisseau sanguin.

Les tumeurs nommées par Laennec ACÉPHALOCYSTES sont des *kystes stériles* qui ne diffèrent des précédents que par l'absence d'échinocoques et de crochets; il est vraisemblable que ces acéphalocystes représentent une phase plus jeune dans le développement du ver (Virchow, van Beneden, Davaine). — Quant à l'expression HYDATIDE, elle désigne plus particulièrement la vésicule hyaline, fertile ou non, contenue dans la membrane adventice; de sorte que l'hydatide sans membrane fertile, sans échinocoques, répond exactement à l'acéphalocyste. La vésicule hydatique doit être considérée, avec Davaine, comme la phase vésiculeuse du ver cestoïde ou ténia; cette vésicule vit d'abord par elle-même, elle se reproduit par voie de bourgeonnement et sous la même forme pendant un certain temps; puis, par l'intermédiaire d'une membrane spéciale qui la double, elle finit par donner naissance à des échinocoques.

Dans quelques cas fort rares, le kyste à échinocoques est MULTIOCLAIRE (1); la coupe a l'aspect d'une tumeur alvéolaire dont les cavités fort

(1) Buhl, *Illustrirte Münchener Zeit*, 1852. — *Zeits. f. ration. Med.*, 1854. — LUSCHKA und ZELLER, *Alveolarkollöid der Leber*. Tübingen, 1854. — VIRCHOW, *Verhandl. der physik. med. Gesells. in Würzburg*, 1856.

LUSCHKA, *Zur Lehre von der Echinokokkenkrankheit der menschlichen Leber* (Virchow's Archiv, 1856). — FRIEDRICH, *loc. cit.* — GRIESINGER, *Vielfährige Echinococcus Geschwulst der Leber* (Arch. der Heilkunde, 1860). — ERISMANN, *Beiträge zur Casuistik der Leber Krankheiten*. Zurich, 1864. — FRIEDREICH, *Beiträge zur Pathologie der Leber und Milz* (Virchow's Archiv, 1865). — HUBER, *Deutsches Archiv f. klin. Medicin*, 1866. — JACCOUD, *Leçons clin. de la Charité*. Paris, 1867. — FÉREOL, *Soc. méd. des hôp. et Gaz. hôp.*, 1867. — OTT, *Beiträge zur Lehre vom multiloculären Echinococcus* (Berlin.

nombreuses sont remplies d'échinocoques. Ces productions, qui aboutissent presque toujours à l'ulcération et à la suppuration, envoient quelquefois des prolongements radiés qui creusent le foie à une assez grande distance de la masse centrale. D'après Virchow et Förster, la migration des embryons se fait alors par les vaisseaux lymphatiques du foie.

## SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC.

La tumeur à échinocoques peut ne déterminer aucun autre symptôme que les phénomènes physiques résultant du changement de forme et de volume du foie; dans d'autres circonstances, le malade accuse de bonne heure une pesanteur incommode dans l'hypochondre, sensation qui est fort exagérée par l'ingestion des aliments; puis il éprouve aussi quelques troubles digestifs; mais toutes ces inconvénients sont peu marquées, et la lésion, en raison de la lenteur de sa marche, trouble à peine la santé générale. Tel est le fait ordinaire; cependant, quand la tumeur est, par exception, voisine du hile, ou quand, occupant la face convexe, elle se développe vers le poumon au lieu d'envahir la masse du foie, elle provoque par compression des accidents qui peuvent égarer le diagnostic, par cela même qu'ils sont étrangers à la symptomatologie commune de la maladie; ces symptômes sont, pour la tumeur voisine du hile, l'ascite et l'ictère persistants; pour la tumeur de la face convexe, une toux sèche avec dyspnée habituelle. Il va de soi que si la tumeur comprime la veine cave, elle produit un œdème des membres inférieurs et du scrotum, et le tableau clinique est alors aussi trompeur que possible. Sauf complication, il n'y a jamais de fièvre.

On conçoit par là l'importance prépondérante des **signes physiques**. L'AUGMENTATION DE VOLUME du foie est d'ordinaire appréciable par la vue. Tantôt elle est *générale*, et l'organe paraît tuméfié dans sa totalité ou au moins dans toute la région droite; tantôt elle est *partielle* et se montre sous forme d'une saillie limitée plus ou moins hémisphérique qui se détache sur la surface du viscère; dans quelques cas, la tumeur est comme *pédiculée* et déborde, en s'abaissant, la limite du foie; cette disposition

*Klin. Wochens.*, 1867). — LEUCKART, *Die menschlichen Parasiten und die von ihnen herrührenden Krankheiten*. Leipzig, 1863-1867. — CARRIÈRE, *De la tumeur hydatique alvéolaire*, thèse de Paris, 1863. — KAPPELER, *Zur Casuistik der multiloculären Echinococcusgeschwulst der Leber* (*Archiv der Heilk.*, 1869). — J. SIMON, art. FOIE, in *Nouv. Dict. de méd. et chir. pratiques*. Paris, 1872. — JACCOUD, *Clin. méd. de l'hôp. Lariboisière*. Paris, 1872-1873.

BAUER, *Multiloculärer Echinococcus der Leber* (*Würtemb. Corresp. Blatt*, 1872). — PROUGEANSKY MARIE, *Ueber die multiloculäre ulcerirende Echinococcus-Geschwulst in der Leber*. Zürich, 1873.

appartient au kyste de la face inférieure. Frerichs en a représenté un très-bel exemple. Lorsque l'augmentation de volume est totale, les côtes sont déjetées en dehors, et les dimensions de la masse sont vraiment énormes; on a vu le foie remonter par en haut jusqu'à la troisième ou même la deuxième côte, tandis qu'il atteignait en bas la crête iliaque. Sur cette vaste surface on trouve, par la palpation, des proéminences en nombre variable, dont la consistance est plus molle, plus élastique que celle du tissu du foie ou des saillies cancéreuses, et qui, dans bon nombre de cas, présentent une *fluctuation manifeste*. Plus rarement on obtient, par la percussion brusque de la tumeur, la sensation d'un FLOT VIBRANT (*frémissement hydatique*), qui résulte de la collision des vésicules enfermées dans le sac commun.

Les choses peuvent rester en cet état durant des mois et des années, sans que la nutrition soit compromise; elle ne s'altère que dans le cas où la tumeur, présentant un volume considérable, entrave mécaniquement les fonctions de l'estomac et de l'intestin. C'est sur l'intégrité de l'état général, l'absence de fièvre et la lenteur de la marche, qu'est fondé le **diagnostic** du kyste hydatique et de l'ABCÈS DU FOIE; c'est sur les caractères physiques des tumeurs que repose l'appréciation différentielle de l'échinocoque et du CANCER. La tumeur constituée par l'HYDROPIE DE LA VÉSICULE BILIAIRE pourrait être confondue avec un kyste pédiculé; cependant la forme ovoïde à base inférieure, le siège au bord externe du muscle droit, sont déjà de bons caractères en faveur de la tumeur de la vésicule; en outre celle-ci est précédée d'ictères et de paroxysmes douloureux déterminés par les calculs biliaires. — Les kystes peu volumineux et profonds ne peuvent être reconnus.

Les **terminaisons** sont multiples. La guérison spontanée a lieu dans un certain nombre de cas: c'est dans les tumeurs de médiocre volume qu'elle peut être espérée; les vers meurent, la masse s'atrophie, subit la transformation adipo-sébacée, et tout est fini. — L'*inflammation* et la *suppuration périkystique* peuvent, après évacuation au dehors, conduire au même résultat, mais le fait est très-rare. Cette inflammation est annoncée par une modification complète dans l'état du malade: la tumeur devient douloureuse; il y a des frissons, de la fièvre, souvent des vomissements et de l'ictère, en un mot tous les phénomènes d'une hépatite suppurée aiguë. Si l'existence du kyste est connue, ces symptômes nouveaux sont facilement interprétés; dans le cas contraire, on diagnostique nécessairement un abcès du foie, et l'erreur, peu importante du reste, n'est reconnue que si le pus renferme des débris de membranes ou des crochets caractéristiques. — La guérison spontanée peut aussi avoir lieu par la *rupture* et l'évacuation du kyste dans l'estomac, dans l'intestin et même dans les bronches. — La GUÉRISON ARTIFICIELLE est fréquemment obtenue par les diverses méthodes indiquées ci-dessous.

La MORT est très-rarement la conséquence du *marasme*; cela n'est observé que dans les kystes énormes qui ne s'enflamment pas, qui ne se rompent pas, et qui gênent directement les fonctions gastro-intestinales, en même temps qu'ils condamnent les malades à un repos absolu. Le plus souvent la mort résulte de la *suppuration* ou de l'*hémorrhagie* périkystique, de la *rupture de la tumeur* dans le *péritoine* ou la *plèvre*, plus rarement de son ouverture dans le *péricarde*, dans la *veine cave* ou dans les *veines hépatiques*. Les exemples fort peu nombreux de rupture dans la veine cave montrent que la mort est très-rapidement amenée par un état asphyxique résultant de l'obstruction embolique de l'artère pulmonaire. L'ouverture dans les veines hépatiques provoque les accidents de la pyémie avec abcès métastatiques dans le poumon, et épanchement pleural purulent.

L'échinocoque du foie est souvent compliqué de tumeurs semblables dans le poumon, dans la rate, dans les replis du péritoine.

La *durée* de la maladie est tout à fait indéterminée, les chiffres extrêmes de 2 ans et 30 ans ont été observés.

#### TRAITEMENT.

On a cherché à tuer les parasites et à provoquer l'atrophie du kyste par le chlorure de sodium (Laennec), par les mercuriaux, par l'iodure potassique (Hawkins); cette dernière médication est celle dont l'utilité paraît le mieux établie. Tant que la tumeur n'est pas accessible et fluctuante, il n'y a rien à faire qu'à mettre le malade dans les meilleures conditions hygiéniques possibles; quand le kyste est fluctuant, il faut l'ouvrir, après avoir provoqué par des applications caustiques des adhérences préalables; l'évacuation peut être suivie d'injections iodées dont un grand nombre de faits ont établi les avantages. Il est digne de remarque que la simple ponction capillaire, faite dans un but d'exploration, a été plusieurs fois suivie de guérison: aussi a-t-elle été érigée en méthode curatrice. Je l'ai adoptée moi-même, et je lui dois plusieurs succès; au moyen de la ponction d'emblée je vide le kyste aussi promptement que possible, puis je préviens la péritonite, qui est le seul danger de cette méthode, par le repos absolu, par des applications permanentes de glace, et au besoin par des injections sous-cutanées de morphine.

Dans ces derniers temps, des médecins anglais ont appliqué l'électrolyse au traitement des kystes hydatiques; le procédé est le suivant: deux aiguilles dorées, plongées dans la tumeur à une petite distance l'une de l'autre sont mises en commun en rapport avec le pôle négatif d'une batterie de Daniell de dix éléments; le pôle positif, terminé par une éponge humide, est placé sur la paroi abdominale, puis on laisse passer

le courant pendant dix à vingt minutes. A en juger par les cas encore peu nombreux dans lesquels elle a été appliquée, cette méthode l'emporte sur toutes les autres par son innocuité et son efficacité (1).

#### CHAPITRE VIII.

#### CATARRHE DES VOIES BILIAIRES. — ICTÈRE CATARRHAL.

#### GENÈSE ET ÉTIOLOGIE.

L'inflammation bornée à la muqueuse de la vésicule biliaire porte le nom de *cholécystite*; celle qui occupe les canaux excréteurs de la bile tire de sa plus grande fréquence et de son influence sur la production de l'ictère une influence prépondérante, et il y a lieu de l'individualiser par un nom particulier; celui d'*angiocholite* (*angiocholite* de Luton) est convenable, et je l'ai accepté dans mes Leçons cliniques. La cholécystite isolée est presque toujours d'origine calculeuse, elle trouvera sa place dans le chapitre suivant; la cholécystite non calculeuse accompagne souvent l'inflammation des canaux, mais elle n'en est pas une coïncidence obligée.

La muqueuse des voies biliaires peut être affectée d'*INFLAMMATION FIBRINEUSE*, soit superficielle (*croupale*), soit interstitielle (*diphthérique*); cette forme toujours secondaire, et qui peut aboutir à la suppuration et à l'ulcération de la vésicule ou des canaux, est observée dans le typhus, la fièvre jaune, la pyémie, et dans quelques maladies chroniques du foie, telles que le cancer et la lithiase; elle n'est le plus souvent reconnue qu'à l'autopsie, parce que les symptômes qu'elle détermine sont peu accusés ou imputés à la maladie antérieure.

L'*inflammation catarrhale* est infiniment plus commune; en raison du petit diamètre des canaux qu'elle occupe, elle en amène presque toujours l'obturation au moins partielle, et détermine ainsi un ictère par défaut d'excrétion, dont le mécanisme a été longtemps ignoré.

Le catarrhe des voies biliaires (2) est rarement PRIMITIF; il peut l'être

(1) Voyez pour plus de détails mes *Leçons cliniques de l'hôpital Lariboisière*. Paris, 1872.

(2) ANDRAL, BAMBERGER, BUDD, FRERICH, GRAVES, HENOCH, LEBERT, *loc. cit.*  
BOUILLAUD, *Recherches cliniques sur les maladies de l'appareil excréteur de la bile* (*Journ. complém. du Dict. des sc. méd.*, XXIX, 1827). — LITTRÉ, *Dict. en 30 vol.*, V,