

suit un réveil des accidents. L'hépatite subaiguë peut durer 6 à 8 semaines.

Hépatite chronique suppurée. — Que le début en soit aigu, subaigu ou chronique d'emblée, cette forme dure des mois. Peu à peu l'appétit s'éteint, les fonctions intestinales se troublent, le foie devient gros et douloureux; ces accidents sont sujets, de temps en temps, à des exacerbations de quelques heures ou de quelques jours, laissant chaque fois les forces plus déprimées et le foie plus gros. Bientôt s'établit une cachexie progressive qu'accompagnent une toux sèche, quinteuse, très pénible (par péri-hépatite) et une fièvre intermittente ou rémittente (fièvre de suppuration), véritable *phtisie hépatique*. Le malade succombe soit au marasme, soit à une complication (par rupture de la poche). La guérison peut aussi résulter de l'évacuation, spontanée ou provoquée du pus.

Le *pus* offre un aspect variable; tantôt blanchâtre et bien lié, tantôt séreux ou grumeleux, rarement verdâtre (bile); plus souvent comparable à une *bouillie chocolat ou lie de vin*; exceptionnellement roussâtre, fétide, gangréneux. Au microscope, on y constate, outre des leucocytes et des cellules hépatiques en nécrobiose, des gouttelettes de graisse, parfois des tablettes de cholestérine. Le pus des abcès du foie est très souvent stérile; les micro-organismes qui peuvent s'y rencontrer ont été énumérés plus haut.

Quelques symptômes méritent une analyse détaillée.

La *douleur* est remarquable: par sa vivacité, par ses irradiations dans l'abdomen, les cuisses (abcès de la face inférieure), l'épaule (abcès de la convexité). La douleur à la pression peut répondre exactement au point malade. L'*ictère* est rare (1/6 des cas); de même, les signes d'*insuffisance hépatique* manquent souvent, grâce à l'intégrité du parenchyme qui environne l'abcès. L'*état général* peut être assez altéré pour justifier le terme *forme typhoïde* de l'abcès, créé par Kelsch et Kiener. La fièvre, la dyspnée, les troubles digestifs comportent un teint blafard spécial et entraînent un déperissement progressif.

Localement, l'abcès se révèle, soit par une hypertrophie diffuse, soit par une tuméfaction circonscrite du foie. Quand celle-ci est superficielle, on peut constater, à son niveau, de l'œdème, de la rougeur, et même de la fluctuation; malgré l'intégrité de la paroi, la péri-hépatite peut se trahir: à la palpation, par une *crépitation neigeuse*; à l'auscultation, par des *frottements* aux deux temps de la respiration, à l'inspiration surtout; cependant l'œdème du foie, sans péri-hépatite, pourrait provoquer ces signes (Hassler et Boisson); les mêmes auteurs signalent encore une sensation de *ballotement profond*, recueillie par la percussion et la palpation bimanuelle.

La rareté et l'incertitude des signes physiques amènent souvent à pratiquer une *ponction* ou même une *laparotomie exploratrice* que l'on fait suivre, si besoin est, d'une ponction aspiratrice au siège de l'œdème hépatique.

Évolution. — La forme aiguë dure 15 jours environ; la forme subaiguë 6 à 8 semaines; la forme chronique plusieurs mois ou plusieurs années. Les deux dernières procèdent par crises paroxystiques, susceptibles de devenir terminales.

Dans quelques cas rares, l'abcès du foie s'enkyste et se résorbe. Quand survient la mort, elle est imputable: à une crise suraiguë d'hépatite, aux progrès de la cachexie, ou à une complication (pneumonie).

L'ouverture à l'extérieur s'opère, soit directement, dans la région du foie, soit à distance (ombilic, pli de l'aîne, aisselle) par l'intermédiaire d'un trajet fistuleux. Ces migrations prêtent à confusion avec les abcès pariétaux du thorax et de l'abdomen.

L'abcès s'ouvre, assez souvent, *dans les bronches*. Cette issue s'annonce par des signes de broncho-pneumonie à la base droite (point de côté, dyspnée, fièvre), bientôt suivis d'une *vomique* composée de liquide chocolat ou lie de vin. On constate dès lors des *signes cavitaires* dans la région correspondante; l'évacuation du pus peut se poursuivre chaque jour (500 à 400 grammes) et aboutir, quoique rarement, à une guérison spontanée. Ces cas ne doivent pas être confondus avec: la pleurésie diaphragmatique, le pyo-thorax sous-phrénique (commémoratifs, présence de cellules hépatiques dans le pus).

L'ouverture dans la plèvre peut être insidieuse; il en résulte une pleurésie purulente, dont on ne méconnaîtra pas l'origine, et dont l'évolution varie avec la virulence de l'agent causal.

L'ouverture dans le péricarde, rare, rapidement mortelle, se traduit par une atroce douleur précordiale suivie de suffocation et d'affaiblissement graduel de la systole cardiaque.

L'ouverture dans le péritoine détermine presque toujours une péritonite généralisée rapidement mortelle; celle-ci peut pourtant manquer, par exception (sans doute quand le pus est stérile); il arrive aussi que des adhérences antérieures s'opposent à la diffusion du pus.

L'ouverture dans: la veine cave inférieure (suffocation immédiate); le *bassin*, le *rein droit* (pyurie à caractères spéciaux) sont des raretés.

Plus favorable, *l'ouverture dans les voies biliaires, l'estomac, le colon*, est souvent suivie de guérison. Annoncée d'habitude par de vives douleurs, elle comporte un soulagement brusque et est suivie, à bref délai, du rejet de pus, par vomissement ou défécation.

Diagnostic. — Le diagnostic est toujours délicat; l'abcès aigu prête à confusion avec la congestion palustre aiguë du foie; parfois même, avec la pneumonie. Dans les formes subaiguës ou chroniques, le foie subit une tuméfaction diffuse ou circonscrite; dans le premier cas, la confusion est possible avec: l'embarras gastrique fébrile (forme subaiguë), le cancer, la cirrhose hypertrophique (forme chronique), la tuberculose pulmonaire (phtisie hépatique); dans le second, avec le cancer nodulaire du foie (la forme pseudo-fluctuante surtout), le cancer gastrique et le kyste hydatique.

XX. — CANCER DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES

1° Cancer du foie. — Plus commun après quarante ans, le cancer du foie répond à des causes obscures; on a incriminé, suivant les cas: le trau-

matisme, la lithiase biliaire, l'alcoolisme, le paludisme, la cholémie familiale. Il est *primitif*, ou plus souvent *secondaire*, surtout aux néoplasmes développés sur le système porte (estomac, intestin). Le cancer primitif revêt la forme *massive* ou *nodulaire*; le cancer secondaire est toujours nodulaire.

Cancer massif. — Dès le début l'appétit tombe, surtout pour la viande; le ventre se ballonne; les nausées, les vomissements sont fréquents. Très rapidement, le sujet pâlit et maigrit, tandis que son ventre grossit, sans aucune douleur. Puis, la cachexie s'établit, le teint rappelle, non le jaune paille, mais celui des anémies graves; la langue est très saburrale, l'anorexie absolue, la constipation rebelle; les matières sont décolorées. Quoique pas habituelle, la *fièvre* peut apparaître (39°-39°5), dans les cas à évolution rapide ou par infection biliaire ascendante. Très rares et pauvres en urée, les *urines* contiennent de l'urobiline et réagissent positivement à la glycosurie alimentaire.

A l'*inspection*, la région sus-ombilicale de l'abdomen paraît élargie et la base du thorax évasée; la *palpation* et la *percussion* constatent en tous sens une énorme hypertrophie du foie dont les progrès sont notables de jour en jour. La glande présente: une *surface* lisse, un bord libre tranchant ou un peu émoussé, une *consistance* ligneuse ou pierreuse; une fixité et une indolence remarquables. La *rate* est quelquefois hypertrophiée. L'*ascite* et la *circulation veineuse collatérale* font plus ou moins complètement défaut, ainsi que l'*ictère*; cependant les fèces sont plus ou moins décolorées (par *hypocholie* ou *acholie*). Au bout de un à cinq mois, rarement sept, les malades succombent soit au marasme, soit à des accidents délirants ou comateux.

Cancer nodulaire. — Ici aussi, se retrouve le *dégoût* initial pour la viande et quelquefois pour le pain; puis le malade, plus maigre chaque jour, plus pâle et plus faible, accuse des douleurs dans l'hypocondre droit que distend la *rapide hypertrophie du foie*. Dans les deux tiers des cas, apparaît l'*ictère*, léger ou franc; pâlisant souvent à la phase ultime par *hypocholie* ou *acholie*. Les matières sont peu colorées, tout à fait incolores à la fin. On constate l'*ascite* 5 fois sur 5, légère ou moyenne, quelquefois accompagnée de circulation collatérale et de spléno-mégalie. Le *liquide* en est séreux, séro-fibrineux, quelquefois sanglant. L'hypertension dans le système porte, la péri-hépatite surtout, la péritonite cancéreuse, la cachexie sont les principaux facteurs de l'*ascite*. La *douleur* (péri-hépatite) est *constante*, tantôt sourde, profonde, hépatique; tantôt très vive, paroxystique; simulant soit la *pleurésie diaphragmatique* (dyspnée, hoquet); soit la *névralgie phrénique*.

Objectivement, le signe principal est l'*hypertrophie rapide du foie avec déformation*, surtout évidente après ponction de l'*ascite*; sous les fausses côtes qu'elle déborde, la glande s'offre à la palpation, inégale, déformée, hérissée de nodosités, de marrons entrecoupés d'échancrures, ou agglomérés en une tumeur mamelonnée, plus ou moins molle. L'*hypertrophie splénique* est assez fréquente. Les *urines* reflètent l'insuffisance hépatique (hypo-azoturie, urobilinurie) comme dans le cancer massif, mais contiennent, en outre, des pigments biliaires normaux ou modifiés. La *fièvre* s'observe également,

continue ou rémittente. L'appétit, en général aboli, subsiste pourtant quelquefois, ou même est exagéré, par exception.

La *marche* est tantôt *galopante* (18 jours) chez les jeunes sujets (fièvre et vomissements incessants), tantôt rapide (3 à 6 mois), rarement lente (1 an). Des formes très variées sont tirées des prédominances symptomatiques (commune, fébrile, marastique, douloureuse, dyspeptique, ictérique, etc.).

Cancers secondaires. — Leur expression clinique est identique à celle du cancer nodulaire primitif; le diagnostic précis est facile quand la tumeur originelle est apparente, il peut être fort malaisé quand elle est latente ou reste au second plan. L'invasion du foie, si elle est rapide, précipite toujours le dénouement de tout cancer.

Adénome (cancer avec cirrhose). — Ici se rencontrent des signes de cancer et des signes de cirrhose. Au début, à des troubles digestifs (anorexie, vomissements) succèdent: des douleurs dans l'hypocondre droit, des épistaxis, la perte rapide des forces et de l'embonpoint; puis apparaît l'*ascite* avec réseau veineux collatéral, et habituellement l'*ictère* plus ou moins prononcé, quelquefois la tuméfaction splénique. Objectivement, le foie, tantôt réduit, tantôt hypertrophié, est noueux et très irrégulier. La cachexie s'affirme, hâtée par des alternatives de diarrhée et de constipation; les selles sont décolorées; l'état général s'aggrave jusqu'à la mort qui survient en 2 à 4 mois dans le coma ou le marasme. Le diagnostic porté est celui soit de cancer (foie gros), soit de cirrhose atrophique (foie petit, ascite), le second infirmé par l'*ictère* et la marche rapide des accidents.

Diagnostic. — Le diagnostic du cancer du foie ne peut être posé qu'à la période d'état.

Cancer massif. — On se gardera de le confondre avec: la *cirrhose hypertrophique biliaire* dont il s'écarte par l'absence d'*ictère*, la marche rapide, la cachexie; avec les *foies hypertrophiés*: par *syphilis*, *diabète* ou *lithiase* (commémoratifs, signes concomitants), par *leucémie* (caractères du sang) ou par *amylose* (suppurations antérieures, albuminurie); avec les *kystes hydatiques* (marche plus lente, état général relativement intact); avec la *cirrhose hypertrophique graisseuse* (chez les tuberculeux alcooliques), ce qui est parfois fort difficile. Prêtent encore à erreur: le *sarcome primitif du foie* (très rare); le *cancer mélanique* (secondaire à un mélanome oculaire ou cutané; mélanurie); la forme hépatique du *cancer de la vésicule biliaire* (distinction quelquefois impossible).

Cancer nodulaire. — On établira d'abord qu'il s'agit d'un *cancer primitif*. Au début la forme douloureuse peut être prise pour une *névralgie phrénique*; la forme ictérique pour un *ictère simple*; la forme fébrile pour une infection; l'hypothèse de kyste ou d'abcès sera éliminée par la ponction exploratrice. Plus tard, on peut penser à un *foie cardiaque* (état du cœur, passé asystolique) ou à la *syphilis du foie* (longue durée, pas de cachexie, stigmates). On évitera surtout de localiser la tumeur dans les organes voisins: voies biliaires, estomac, reins, péritoine (grâce à une analyse méthodique). Le

kyste hydatique, surtout multiloculaire, peut simuler un cancer nodulaire, mais la marche est bien plus lente, la cachexie tardive; dans le doute, on aura recours à la ponction exploratrice.

Quand la tumeur originelle reste latente ou à l'arrière-plan, le caractère secondaire de certains cancers du foie peut échapper. Toutefois, quand un cancer est nodulaire, il est le plus souvent secondaire.

Adénome. — On le confond tantôt avec le cancer nodulaire, tantôt avec la cirrhose; seule une analyse minutieuse en permet quelquefois le diagnostic.

Mélanomes du foie. — Le cancer mélanique du foie succède presque toujours à une tumeur de même nature de l'œil ou de la peau. On l'observe, après 40 ans, plutôt chez l'homme; il reste quelquefois latent; sinon, le foie devient gros et douloureux, tandis que le sujet maigrit très rapidement, perd les forces et vomit. Le foie est gros, dur, tantôt lisse, tantôt mamelonné ou bosselé; quoique son bord antérieur reste, en général, tranchant. La douleur est inconstante. L'ictère, la splénomégalie sont rares. On peut constater de la fièvre (38°-39°); les urines sont significatives; exposées à l'air ou additionnées d'acide nitrique ou chromique, elles deviennent brunes ou noirâtres, quoique le microscope n'y décèle pas de granulations mélaniques (tumeur mélanique du rein ou de la vessie). La constatation antérieure d'une tumeur mélanique de l'œil ou de la peau est toujours décisive.

2° **Cancer des voies biliaires.** — a. **Cancer des voies biliaires intra-hépatiques.** — Plus fréquente chez la femme (adulte ou vieille), cette variété, habituellement primitive, coïncide presque toujours avec la lithiase biliaire (cause ou effet selon les auteurs). La nature du mal peut rester cachée jusqu'à la phase cachectique ou la mort. Du reste, les signes varient avec le siège, la forme et l'évolution de la tumeur. On peut distinguer : un *type hépatique* atteignant surtout le foie et un *type biliaire* où dominent l'obstruction biliaire, les lésions de la vésicule et des canaux. La douleur, sourde, profonde, exaltée par la pression, ou procédant par crises analogues à la colique hépatique, est commune aux deux types. L'anorexie, le dégoût de la viande et des graisses, la constipation, le météorisme sont précoces, on note parfois des vomissements. L'ictère caractérise en outre le *type biliaire*; ordinairement fixe et très foncé, il tient à l'invasion néoplasique ou à la compression des canaux hépatique ou cholédoque.

A la palpation, on constate quelquefois, dans l'hypocondre droit, une tumeur globuleuse, dure, de volume variable, se continuant avec le foie et obéissant aux mouvements respiratoires. Ailleurs (forme hépatique), le foie paraît seulement hypertrophié, lisse et dur. Rare, l'ascite ressortit à la péritonite cancéreuse. On constate quelquefois des adénopathies cervicales ou inguinales.

La cachexie se déclare rapidement; la fin peut être hâtée par des infections biliaires secondaires (angiocholite suppurée, accès de fièvre intermittente) par la perforation de la vésicule ou la péritonite purulente. Le squirrhe de la vésicule est la forme la plus lente (4 à 5 ans).

Il est rare que le diagnostic soit posé; longtemps, les accidents sont imputés à la lithiase; la tumeur passe pour une vésicule calculeuse, un cancer du duodenum, du foie, de l'estomac.

b. **Cancer des conduits extra-hépatiques.** — Ces tumeurs envahissent surtout : le cholédoque, la réunion des canaux hépatique et cystique, exceptionnellement, celle des deux branches du canal hépatique; très rarement accessibles à la palpation, elles se traduisent, avant tout, par un ictère persistant et progressif, avec décoloration des selles et douleurs parfois aussi vives que la colique hépatique.

c. **Cancer de l'ampoule de Water.** — Pas plus fréquent chez la femme que chez l'homme, ce cancer n'est pas nécessairement associé à la lithiase biliaire. Il reste longtemps latent.

Le premier signe en est l'ictère, d'abord léger, puis progressif, parfois assez variable, mais plus habituellement fixe, avec décoloration des selles et urines bilieuses. Il est des cas compliqués d'une diarrhée rebelle et intense (Rendu). La palpation est généralement négative. Le foie, plus ou moins gros, est sensible à la pression; la vésicule est en général très distendue (Loi de Courvoisier Terrier), comme dans le cancer du cholédoque, mais non constamment (tumeur au-dessus de l'abouchement des canaux cystique et hépatique; atrophie scléreuse lithiasique de la vésicule). L'évolution est lente, sans grande tendance à la généralisation. Pourtant, le malade maigrit, perd ses forces, présente des œdèmes (parfois du côté droit seul), une diarrhée rebelle, des vomissements, et finit par succomber à des accidents d'insuffisance hépatique (mélæna, hémorragies diverses), d'angiocholite suppurée ou de péritonite.

La durée peut être assez longue (18 mois dans un cas).

Le diagnostic est souvent très difficile, avec : le cancer de la tête du pancréas (marche et généralisation rapides) et surtout avec l'obstruction calculeuse, bien plus commune, et qui, du reste, peut coexister avec le cancer de l'ampoule.

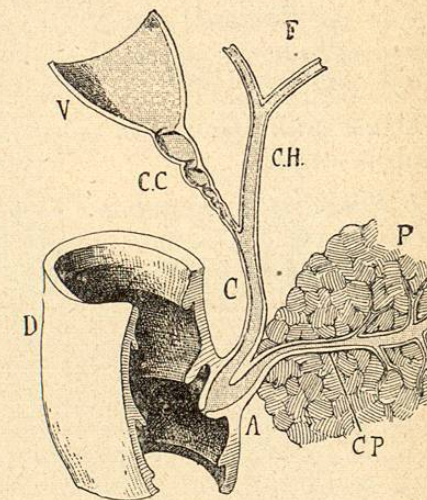


FIG. 181. — Rapports de l'ampoule Water (pour servir à l'histoire de signes du cancer de cette région).

A, ampoule de Water. — CP, canal pancréatique. — C, canal cholédoque. — CC, canal cystique. — CH, canal hépatique. — V, vésicule biliaire. — F, foie. — P, pancréas. — D, duodénum.

XXI. — KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

Signes étiologiques. — L'éclosion, dans l'organisme humain, des kystes hydatiques succède à l'ingestion, avec l'eau de boisson ou les légumes non cuits, des œufs du *tœnia échinocoque*, hôte fréquent de l'intestin du chien et du loup. La maladie est surtout commune, à l'âge adulte, en Islande et en Australie, pays où sa diffusion est favorisée par les nombreux chiens qui y vivent en liberté. Elle n'est également pas rare en Allemagne. Les traumatismes jouent quelquefois un rôle dans sa localisation.

Le contenu du kyste, qui peut atteindre plusieurs litres, est un liquide parfaitement limpide, peu dense (1008-1015), tenant, en dissolution : du chlorure de sodium (0,40 à 0,80 centilitres pour 1000), de la leucine, de la tyrosine et une ptomaine spéciale, et, en suspension, des *crochets* et des *échinocoques-libres*; on peut y rencontrer, quand il est altéré, de l'albumine et de la bile.

Signes cliniques. — La variété des formes et de l'évolution en rend l'histoire complexe.

1° Phase de germination. — Durant cette période, le malade éprouve parfois un peu de pesanteur, de gêne dans l'hypocondre droit, des irradiations douloureuses dans l'épaule droite; il est sujet à des épistaxis répétées, surtout de la narine droite. A la base droite, en arrière, existent quelquefois des signes de *pleurite sèche* ou même d'*épanchement* léger. Le sujet peut encore : accuser un *dégoût spécial*, parfois extrême, *pour les aliments gras* (sauces à la graisse, fritures, etc.) dont l'ingestion détermine la sensation de graisse ou la présence de *salive huileuse* dans la bouche; ou présenter des vomissements, des régurgitations de matières grasses. On observe, enfin, des *crises répétées d'urticaire*.

2° Phase néoplasique. — Les signes en sont subordonnés au sens dans lequel se développe le kyste.

A. Évolution antérieure ou costo-abdominale. — Cette forme est la plus fréquente. Debout, le malade présente une large voussure, régulièrement arrondie, qui tantôt comble l'épigastre (lobe gauche), tantôt refoule en dehors les fausses côtes inférieures droites. La tumeur est ferme, élastique, à peu près indolore, rarement fluctuante. Si, appliquant à sa surface les doigts écartés de la main gauche, on percute l'un d'eux, on éprouve quelquefois l'impression pathognomonique d'une masse gélatineuse tremblotante; c'est le *frémissement hydatique*. Fait important, on ne constate, ni ascite, ni réseau veineux collatéral, ni ictère, ni œdème des membres inférieurs; l'*état général*, de plus, est fort peu troublé. Volumineux, le kyste pointe en avant, déformant complètement la région qui devient douloureuse (péri-hépatite), gênant le malade pour s'habiller et se lever. Sa progression, de haut en bas, ne modifie pas la limite supérieure de la matité hépatique.

B. Évolution descendante. — En ce cas, le kyste forme une *tumeur sous-*

hépatique, globuleuse, rénitente, obéissant aux contractions du diaphragme, séparée du foie par un *ressaut brusque*, sans interposition d'intestin sonore. Le kyste peut envahir la fosse iliaque droite, la région sous-ombilicale. Suivant sa situation, il simule : une tumeur du rein droit, du mésentère, de l'épiploon, de l'ovaire; une vésicule biliaire dilatée.

C. Évolution ascendante. — Le kyste, refoulant alors la moitié droite du diaphragme et le lobe inférieur du poumon droit, échappe à l'exploration

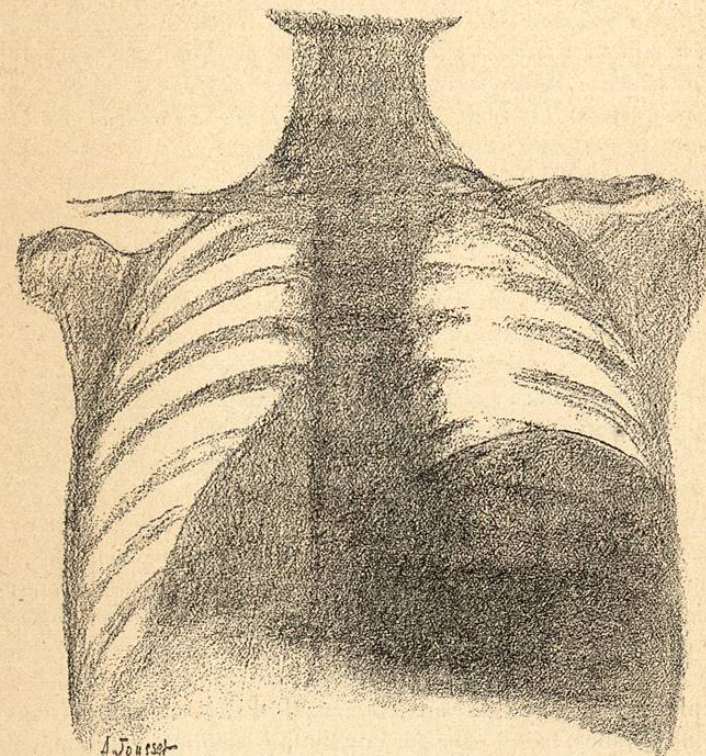


FIG. 182. — Radiographie d'un kyste hydatique ascendant du foie (figure schématique). (Chauffard.)

directe. La dyspnée, la toux sèche, la distension de la base du thorax, la matité absolue, l'abolition des vibrations, le silence respiratoire, donnent l'impression d'un grand épanchement pleural. Plus souvent, on a celle d'un épanchement moyen; mais la limite supérieure de la matité, au lieu d'être conforme à la *courbe de Damoiseau* (voyez examen du thorax), dessine, en tous sens, une courbe à convexité supérieure; d'autre part, l'obliquité des côtes en bas, loin d'être accrue, comme dans la pleurésie, est diminuée. En outre, le foie n'est pas abaissé, ou déborde à peine les fausses côtes. Exceptionnellement, on a vu un kyste hydatique de la face convexe du lobe gauche simuler une pleurésie gauche.

Évolution. — Sauf involution spontanée, le kyste tend à croître, jusqu'à

ouverture, soit au dehors, soit dans un organe voisin. Celle-ci est *aseptique*, ou, plus souvent, *septique*, préparée par la *suppuration*. Elle est en ce cas annoncée : par du frisson et une fièvre à grandes oscillations, avec poussées sudorales ; par le facies amaigri et terreux ; par une diarrhée fétide et la constatation d'une *leucocytose* marquée. En même temps, la tumeur, empâtée et sensible, devient le siège de douleurs lancinantes et se sillonne de veinosités sous-cutanées. On doit toujours suspecter l'infection, quand un kyste jusque-là indolent devient sensible à la pression. Préparée par une *péri-kystite infectieuse* qui tire elle-même son origine des voies biliaires, sanguines ou lymphatiques, la suppuration du kyste exige pour se produire une fissure ou une altération de sa paroi. Dans ces conditions de *péri-kystique*, l'infection devient bientôt *intra-kystique*. Devenu phlegmoneux, le kyste ne tarde pas à s'évacuer dans un sens ou dans l'autre, suivant son siège.

A. **Ouverture antérieure, costo-abdominale.** — Cette ouverture est favorable, mais rare ; le kyste pointe, soit au-dessous des fausses côtes droites, soit à l'épigastre ; en ces régions la peau rougit, s'infiltré, puis s'amincit ; l'incision (de nécessité) donne issue à un flot de pus mêlé de membranes. Quand la poche est vaste et se vide mal, l'ouverture peut rester indéfiniment fistuleuse.

B. **Ouverture supérieure intra-thoracique.** — Ainsi s'ouvrent les kystes de la convexité, après altération lente du diaphragme de la plèvre et du poumon. Une hémoptysie, l'apparition subite d'une pleurésie droite, ou plutôt celle des signes généraux de la suppuration, annoncent souvent l'ouverture. Survient-elle dans la plèvre droite ? (grave), tous les signes d'une grande pleurésie purulente se déclarent brusquement ; s'opère-t-elle dans le poumon ou les bronches ? le malade, après quelques jours ou quelques heures de dyspnée et de point de côté, est pris, à la suite de quintes de toux violentes, d'une *vomique* brusque, composée d'un flot de pus où nagent des membranes et de petites vésicules (comparables à des peaux de raisin sucées). Une *suffocation* menaçante et mortelle peut en résulter. Souvent, plusieurs jours avant la rupture, l'*haleine* et l'*expectoration* dégagent une *odeur spéciale* de marmelade fraîche de prunes. Les jours suivants, le malade, tantôt continue à rendre du pus et des membranes, tantôt expectore un liquide sanguinolent, jaune d'ocre, ou, franchement vert (biliverdine) ; quand la poche se vide mal, peuvent survenir des phénomènes de *septicémie secondaire* ou de *gangrène pulmonaire*. En tout cas, après la vomique, la région du kyste devient le siège de *signes cavitaires*.

C. **Ouverture intra-abdominale (estomac, intestin, péritoine).** — Cette terminaison est assez commune. L'issue dans le *péritoine* détermine une péritonite suraiguë mortelle. Dans l'*estomac*, l'ouverture provoque une douleur intense suivie d'un vomissement purulent subit contenant des membranes. Assez favorable quand l'orifice est suffisant, la déhiscence dans le *colon transverse* est dénoncée par une débâcle diarrhéique de liquides et de membranes.

Il arrive aussi qu'un kyste non suppuré s'ouvre dans l'abdomen, soit spontanément, soit à la suite d'un traumatisme ou d'un effort. Quoique *aseptique*, le liquide peut déterminer, en quelques heures, des *accidents toxiques* graves :

collapsus, parfois mortel ; douleur violente suivie quelquefois d'état syncope (1). Une *éruption d'urticaire* complète le syndrome (2). La rupture peut encore avoir pour conséquence la greffe, sur tout le péritoine, de vésicules filles donnant naissance à autant de *kystes secondaires* (des centaines) (3).

Il arrive aussi que, le kyste entrant en communication avec les voies biliaires (vésicule, canal cholédoque ou hépatique), la bile se mêle à son contenu. Cette solution comporte plusieurs dangers : infection du kyste par la bile, ou, inversement, engagement, dans le tractus biliaire, de vésicules filles, pouvant y occasionner des *coliques hépatiques* ou un *ictère chronique par obstruction*.

L'ouverture de la poche dans la *veine cave inférieure*, dans les *voies urinaires*, est exceptionnelle.

Diagnostic. — Le *diagnostic*, fort difficile, se fait souvent par exclusion ou grâce à la *ponction exploratrice*, qui, lorsqu'elle est rigoureusement *aseptique*, est exempte de danger.

Kystes alvéolaires du foie. — Rare, cette variété s'observe surtout en Allemagne et en Suisse ; les signes en sont très obscurs. Le *foie*, gros, inégal et bosselé, ne présente ni fluctuation ni frémissement, mais des douleurs sourdes et profondes ; la *rate* est assez volumineuse ; un *ictère*, souvent foncé et permanent, est habituel ; l'*ascite* est fréquente, accompagnée d'œdème de l'hypocondre droit et des membres inférieurs. La maladie, qui peut durer huit à treize ans, aboutit soit à la *cachexie*, soit à des accidents d'*infection* (suppuration péritonéale ou pleurale) ou d'*insuffisance hépatique* (hémorragies). Le *diagnostic* couramment posé est celui de cirrhose hypertrophique biliaire.

(1) DEBOVE, *Soc. méd. des hôpit.*, 9 mars 1898.

(2) DEBOVE, *Acad. des sc.*, décembre 1887.

(3) DEBOVE et SOUPAULT, *Soc. méd. des hôpit.*, 9 déc. 1892 et 19 oct. 1894.