

leur excessivement aiguë, atroce, parfois avec une sensation de déchirure, de craquement dans la poitrine (Stokes, Louis). La *dyspnée* accompagne la douleur et est presque caractéristique par le sentiment d'anxiété et d'angoisse extrême qu'elle détermine : elle s'explique aisément d'ailleurs par le retrait brusque que subit le poumon, par sa compression et l'insuffisance consécutive de l'hématose (insuffisance pulmonaire aiguë de Wintrich) ; elle est en rapport avec l'abondance de l'épanchement et dépend aussi pour une part de la congestion du poumon sain. Le point de côté disparaît assez rapidement ; il n'en est pas de même de la gêne respiratoire qui ne diminue que lentement, à mesure que la fistule broncho-pleurétique s'oblitére et que l'épanchement gazeux se résorbe.

Une fois constitués le pneumothorax et l'hydro-pneumothorax donnent lieu à des symptômes physiques très caractéristiques. Les vibrations thoraciques ont complètement disparu et la poitrine, du côté où s'est fait l'épanchement, montre une ampliation, une dilatation marquée, plus apparente que réelle (Wintrich, Béhier, Fernet) et dépendant surtout de l'absence de retrait de la paroi pendant l'expiration : il y a même parfois un rétrécissement du thorax dans le cas d'adhérences antérieures. En même temps le malade immobilise absolument la moitié de son thorax.

À la *percussion* on constate une élasticité remarquable du thorax et une exagération de la sonorité pulmonaire, qui est ordinairement *claire et tympanique* ; la *tonalité* varie d'ailleurs suivant la tension du gaz épanché et peut s'élever jusqu'à la submatité. Dans certains cas la percussion donne une résonance *métallique*, qui est surtout facile à percevoir lorsqu'on ausculte en avant, par exemple, tandis qu'une autre personne percute en arrière, avec deux pièces de monnaie dont l'une est appliquée sur la paroi ou avec un plessimètre (*bruit d'airain* de Trousseau).

L'*auscultation* fournit des signes très importants. Le *tintement métallique* est un bruit sec, argentin, ressemblant au choc d'une épingle contre un verre ou à la chute d'un grain de plomb dans une coupe de métal ; il est unique ou multiple, très variable, disparaissant ou apparaissant sans qu'on puisse en saisir la cause, se percevant pendant la respiration, les secousses de la toux, etc. Plusieurs causes peuvent lui donner naissance (Barth et Roger, Grisolle) ; mais le plus souvent il semble dû à la résonance de râles se succédant plus ou moins régulièrement dans les bronches au voisinage de la cavité (Castelnau, Skoda, Jaccoud). Laennec avait imaginé qu'il

était dû à la chute d'une goutte de liquide tombant du sommet de la cavité au milieu de l'épanchement collecté à base ; Dance et plus tard Beau admirent que les bulles d'air pénétrant par la fistule au-dessous du niveau du liquide venaient crever à sa surface et que le bruit ainsi produit prenait un timbre amphorique et métallique, etc. La persistance de la fistule n'est pas nécessaire pour la production de ces bruits (Skoda, Monneret, Béhier) ; les bruits qui se passent en dehors de l'appareil respiratoire, battements du cœur, déglutition, peuvent aussi être transmis par le milieu gazeux avec un timbre métallique (1).

La *voix*, la *toux*, prennent de même un caractère amphorique. Le bruit respiratoire normal fait complètement défaut et est remplacé par du souffle amphorique produit soit par le passage de l'air par la fistule, soit par le retentissement des bruits bronchiques ; ce souffle, qui s'entend aux deux temps de la respiration, varie beaucoup comme intensité. Lorsqu'on imprime une secousse brusque au corps du malade, l'oreille étant appliquée sur la poitrine, le conflit du liquide et du gaz produit un bruit particulier bien connu sous le nom de *succussion hippocratique*.

La succussion hippocratique tient probablement au brisement d'une lame liquide contre la paroi du thorax ; et, de plus, à son morcellement presque moléculaire ; car, lorsque le liquide devient plus dense, lorsqu'il se transforme en pus, la dissociation de la lame devient plus difficile et le phénomène cesse de se produire.

Il faut ajouter à tous ces signes une diminution très notable de la force expiratrice avec faiblesse de la voix et de la toux. L'expectoration est peu abondante, sauf le cas d'empyème ouvert dans les bronches.

(1) Pour démontrer la possibilité de la production des bruits métalliques en dehors de toute perforation pulmonaire, Béhier a institué une expérience qui est restée classique.

Il place un ballon de caoutchouc parfaitement clos dans un récipient contenant de l'eau, et tandis qu'un aide insuffle avec un tube de verre de l'air dans l'eau du récipient au voisinage du ballon, il ausculte le ballon et constate très nettement le tintement métallique.

L'un de nous a observé dans un service hospitalier de Paris un cas curieux de *tintement métallique du cœur*. Il s'agissait d'une pleurésie purulente ouverte à l'extérieur par une fistule située un peu au-dessous du mamelon gauche. Lorsque l'orifice de la fistule était hermétiquement fermé par un morceau de diachylon, les bruits du cœur ne présentaient rien d'anormal, mais ils devenaient nettement métalliques dès que la cavité pleurale communiquait librement avec l'air extérieur.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISONS. — La mort peut survenir très rapidement par asphyxie aiguë ; le plus souvent elle est retardée de plusieurs semaines et survient soit par les progrès de la maladie antérieure soit par insuffisance de l'hématose. La survie peut cependant être longue : on a cité des cas de onze mois (Bernheim), de un an (Czernicki), de deux ans (Saussier) et même de trois ans et demi, comme dans un cas cité par Grisolle et par Béhier (1), etc. Ce sont ces faits rares qui ont conduit quelques auteurs et entre autres Czernicki à cette idée plus spéculative que réelle, à savoir que le pneumothorax est une complication favorable de la tuberculose, le poumon refoulé et anémié se trouvant soustrait à la suppuration.

Cependant quelques faits récents, observés surtout par M. Potain et par M. Hérard, sembleraient prouver que dans quelques cas de ces tuberculoses à forme congestive, principalement au début de la maladie, et quand l'autre poumon est assez intact pour supporter tous les frais de l'hématose, un pneumothorax a considérablement amendé la marche des accidents, et cela probablement en restreignant le champ et le nombre des poussées aiguës qui constituent un des principaux dangers de la maladie. Par contre, si c'est du côté le moins malade que se fait l'épanchement gazeux, la marche de la tuberculose est influencée d'une façon très fâcheuse.

La guérison est possible (Woillez, Béhier, Viguiet, etc.). Elle peut même survenir avant la formation du liquide (Viguiet). La fistule s'oblitére soit par simple compression, comme dans le cas de Bernheim, soit par le dépôt de fausses membranes ; l'épanchement gazeux diminue à mesure que le liquide augmente et finalement on se trouve en présence d'une pleurésie qui mettra plusieurs mois à se guérir.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — On devra toujours songer à l'existence d'un pneumothorax, dès qu'on se trouvera en présence d'un malade dont un côté de la poitrine reste immobile, sans vibrations thoraciques, la sonorité étant normale ou tympanique ; le diagnostic sera certain si, à ces signes généraux, viennent se joindre de la succussion hippocratique, du souffle amphorique, du tintement métallique, du bruit d'airain. De même il sera le plus souvent très facile de rattacher la lésion à sa cause prochaine. Il est des cas pourtant où le médecin peut se trouver embarrassé. Ainsi le pneumothorax

(1) Observation de Barlow, *Guy's Hospital Reports*, 5<sup>e</sup> livraison.

enkysté est parfois fort difficile à reconnaître, et il est même souvent méconnu. On arrivera cependant à éviter une erreur avec un peu de soin.

L'emphysème, malgré la diminution du murmure vésiculaire, l'exagération de la sonorité et l'ampliation du thorax, sera difficilement confondu avec le pneumothorax ; il en est de même des *pleurésies* et des *pneumonies* dans lesquelles le souffle est amphorique, mais où on ne retrouve ni succussion hippocratique ni tintement métallique et où l'on observe de la matité. C'est surtout avec les *grandes cavernes tuberculeuses* que l'on pourrait confondre le pneumothorax ; les éléments sur lesquels on peut baser le diagnostic sont cependant assez nombreux : en effet, la marche de la phthisie ulcéreuse est lente, au niveau des cavernes on observe de la matité et du bruit de pot fêlé, les vibrations vocales sont nettement transmises, la paroi thoracique est affaissée ; la succussion hippocratique en outre est fort rare dans les cavernes.

Le pronostic est toujours très grave, si ce n'est dans les cas de traumatisme où la guérison est la règle. Le pneumothorax par rupture d'une vésicule d'emphysème évolue souvent aussi vers la guérison.

TRAITEMENT. — Le traitement est purement palliatif. La saignée est indiquée chez certains sujets vigoureux, dans le cas de traumatisme, pour décongestionner le poumon sain. La douleur sera combattue par les injections hypodermiques de morphine, la dyspnée par les inhalations d'oxygène. Plus tard l'épanchement donnera lieu aux mêmes indications que la pleurésie purulente (thoracentèse, empyème).

RIOLAN. *Enchirid. Anat.*, lib. III, cap. II. — HAND. *Dissertation sur le pneumothorax et les congestions gazeuses qui se forment dans la poitrine*. Paris, 1803. — LAENNEC, LOUIS, CHOMEL. — STOKES. *Diseases of the Chest*. Dublin, 1837. — SAUSSIER. *Recherches sur le pneumothorax*, th. de Paris, 1841. — MONNERET et FLEURY. *Art. Pneumothorax in Compendium de méd. prat.*, 1846. — HÉRARD. *Sur le tintement métallique* (Bull. de la Soc. anat., 1850). — WOILLEZ. *Arch. de méd.*, 1853. — WINTRICH. *Krankheiten der Respirationsorgane*. Tübingen, 1854. — TROUSSEAU. *Gaz. des hop.*, 1857. — BIERNER. *Wurzb. med. Zeit.*, 1860. — JACCOUD. *Notes à la Clinique de Graves*, 1862. — PROUST. *Du pneumothorax essentiel*, th. de Paris, 1862. — BÉHIER. *Clinique médicale*, 1864. — DEMARQUAY et LÉCONTE. *Sur les gaz de l'hydropneumothorax de l'homme* (*Gaz. méd.*, 1864). — JACCOUD. *Du pneumothorax sans perforation* (*Gaz. hebdom.*, 1864). — GRISOLLE. *Traité de pathologie interne*. — LUTON. *Art. Auscultation in Nouv. Dict. de méd. et de chir. pr.*, 1866. — BOISSEAU. *Du pneumothorax sans perforation* (*Arch. gén. de méd.*, 1867). — CZERNICKI. *Des effets du pneumothorax et de l'épanchement consécutif chez les phthisiques* (*Gaz. hebdom.*, 1872). — MOUTARD-MARTIN. *De la pleurésie purulente*. Paris, 1872. — VIQUIER. *Th. de Paris*, 1873. — SOULOUMIAC. *Th. de Nancy*, 1876. — BERNHEIM. *Clinique médicale*, 1877. — C. RUGE. *Zeitschr. für Geburtshilfe und Gynäkologie*, 1877.

— DUGUET. Note sur un cas de pneumothorax double (France méd., 1878). — DES-PLATS. Journ. des sc. méd. de Lille, 1879. — COSSY. Sur le pneumothorax engendré par les gaz venus du tube digestif (Arch. gén. de méd., nov. 1879). — CH. FERNET. Art. Plèvre (Pathologie) in Nouv. Dict. de méd. et de chirurg. prat., t. XXVIII. — ODIN. Absence de bruits métalliques dans certaines pleurésies. Th. de doctorat. Nancy, 1874. — MICHAIN. Consid. sur quelques cas de pneumothorax double, th. de Paris, 1878. — FRANTZ RIEGEL. Diagn. de pneumothorax (Berlin. klin. Woch., 1880). — TOUSSAINT. Th. de Paris, 1880. — HÉRARD. De l'influence favorable de l'hydropneumothorax sur la marche de la phthisie pulm. (Assoc. franç. pour l'avanc. des sc., 1881).

## CANCER PLEURO-PULMONAIRE.

Nous avons réuni dans un même chapitre le cancer du poumon et celui de la plèvre, à cause de la difficulté qu'il y a à étudier séparément ces deux manifestations de la diathèse qui coïncident dans la généralité des cas, et qui présentent d'ailleurs des symptômes identiques dans les faits rares où les lésions sont restées isolées.

Le cancer pleuro-pulmonaire *primitif* est fort rare, notamment dans la plèvre : on ne connaît guère, pour la plèvre, que l'observation présentée par Lépine à la Société anatomique (1869) qui ne puisse donner lieu à aucune contestation. B. Teissier en a observé un nouveau cas à sa clinique, en 1881. Carswel a recueilli un fait de cancer primitif du poumon, chez un jeune homme de vingt-cinq ans; mais le plus souvent le cancer pleuro-pulmonaire est *secondaire* et résulte de la propagation par contiguïté ou à distance d'une manifestation cancéreuse d'un autre organe (cancer du sein, du médiastin, des organes abdominaux).

L'encéphaloïde, le squirrhe, le cancer colloïde et le mélanique sont les formes qui s'observent ordinairement. Dans l'encéphaloïde, ce sont des masses fongueuses et végétantes, déprimées à leur centre; dans le squirrhe, des masses lenticulaires sous forme de noyaux ou de plaques dures et d'aspect lardacé; dans le cancer colloïde, c'est une matière d'apparence gélatineuse qui s'étend en nappe plus ou moins étendue; dans le cancer mélanique, enfin, ce sont des noyaux rappelant l'antracosis, mais fins et arrondis.

Les lymphatiques prennent une part active à l'extension du cancer (Virchow, Charcot, Lépine, Debove, Troisier); ils se montrent sous la plèvre comme des réseaux blanchâtres, apparence qui est due à leur envahissement par la dégénérescence carcinomateuse. Cette dégénérescence atteint également les ganglions lymphatiques et notamment les ganglions sus-claviculaires, qui font saillie sous la peau de la région sous forme de petites masses très dures.

DESCRIPTION. — La symptomatologie du cancer pleuro-pulmonaire a été bien étudiée par Darolles dans une thèse à laquelle nous ferons plus d'un emprunt.

Le cancer pleuro-pulmonaire peut rester latent pendant toute la durée de son évolution; le plus souvent il offre un ensemble de symptômes qui permettent de soupçonner sinon d'affirmer le diagnostic. Les symptômes fonctionnels les plus saillants sont au nombre de trois : la *douleur de côté*, la *dyspnée* et la *toux*.

Le *point de côté* est presque constant. La douleur occupe un point fixe et se localise au niveau du mamelon, derrière le sternum, etc., ou s'étend à plusieurs espaces intercostaux en forme de cuirasse; parfois elle s'irradie dans les flancs et les lombes ou dans la sphère du plexus brachial (Béhier). La douleur intercostale peut être accompagnée de zona. Elle est le plus souvent très vive, lancinante, continue ou intermittente avec exacerbations intolérables survenant sous l'influence de la toux, des mouvements, du décubitus; son intensité augmente à mesure que la maladie fait des progrès.

La *dyspnée* est un phénomène précoce qui va également en s'accroissant de jour en jour, pour arriver progressivement à l'orthopnée la plus pénible; souvent d'allure asthmatiforme, à paroxysme nocturne, elle va parfois jusqu'à simuler une attaque d'asystolie; elle a nécessité jusqu'à l'opération de la trachéotomie. Darolles signale comme un de ses caractères les plus frappants le désaccord complet qui existe entre son intensité et le peu de signes physiques que l'on observe. La *toux* survient dès les premiers temps de la maladie et augmente d'une façon continue; elle affecte souvent un caractère coqueluchoïde et indique alors la compression du pneumogastrique par les ganglions péribronchiques augmentés de volume et dégénérés. La toux peut rester sèche ou s'accompagner d'une *expectoration* presque pathognomonique. Les crachats sont formés de mucosités adhérentes, d'apparence translucide et colorés en rouge par du sang, ce qui les a fait comparer à de la gelée de groseille (Stokes). A l'examen histologique des crachats on rencontre quelquefois des particules cancéreuses, ce qui permet de les distinguer des crachats analogues que l'on trouve parfois chez les tuberculeux (Walshe, Lancereaux). Hydsalter a décrit des crachats analogues à du veau cuit qu'il attribue à l'expuition de parcelles d'encéphaloïde.

Les *hémoptysies* sont assez fréquentes dans le cancer pleuro-

pulmonaire, plus fréquentes même que dans la tuberculose; elles sont généralement peu abondantes et dépendent de la rupture des vaisseaux de nouvelle formation, à parois minces et fragiles, que l'on observe dans les productions cancéreuses. C'est également à la rupture de ces vaisseaux qu'il faut attribuer l'épanchement sanguinolent des plèvres. Cet épanchement est souvent un des facteurs les plus importants de la dyspnée.

Les compressions intrathoraciques donnent lieu à un œdème parfois très précoce (Darolles) de la partie supérieure du tronc et de l'extrémité céphalique, à de l'inégalité des deux poulx (Moizard), à des vomissements par compression du pneumogastrique, à la compression de la trachée et des bronches (De Valcourt, etc.).

Les signes *physiques* présentent moins d'importance. La percussion permet de constater, quand la plèvre est envahie, une progression croissante de la matité et une perte absolue de l'élasticité pulmonaire; les vibrations thoraciques sont abolies et le côté de la poitrine atteint reste complètement immobile. A l'auscultation on observe une diminution très notable du murmure vésiculaire qui est souvent remplacé par un souffle tubaire plus ou moins rude. Dans les cas fort rares où le cancer arrive à la période de ramollissement, on entend du souffle caverneux et du gargouillement. On perçoit aussi très fréquemment des frottements pleuraux. Mais il est bon de se rappeler qu'un poumon même farci de masses cancéreuses peut ne donner lieu à aucun signe d'auscultation. Andral, Verneuil ont vu de ces cas où la lésion était restée complètement latente.

A cet ensemble symptomatique viennent se joindre les modifications ordinaires qui accompagnent la diathèse cancéreuse (affaiblissement, cachexie, teinte jaune paille, œdèmes).

La marche de la maladie est généralement lente et sa durée varie de huit mois à un an ou même dix-huit mois; mais il est des cas, plus rares il est vrai, dans lesquels le cancer évolue en cinq semaines et même huit jours (Jaccoud, Darolles, Carswel, Lataste) enlevant le malade avant l'apparition de tout signe de cachexie. La mort survient par asphyxie ou au milieu de symptômes cérébraux et comateux (Jaccoud). On constate en pareil cas à l'autopsie soit une apoplexie du poumon ou une thrombose de l'artère pulmonaire, soit de l'hydropisie des ventricules du cerveau (Jaccoud).

C'est surtout de la tuberculose chronique qu'il convient de différencier le cancer pleuro-pulmonaire; ce diagnostic présentera d'au-

tant plus de difficultés que les lésions cancéreuses seront bilatérales. Béhier attribuait une grande importance à ce fait que les ganglions sous-maxillaires sont engorgés dans la tuberculose, tandis que dans le cancer les ganglions sus-claviculaires sont seuls pris; ce caractère n'est malheureusement pas constant (Darolles). Dans le cancer les lésions sont disséminées; elles ne se localisent pas au sommet, et il est rare qu'elles arrivent jusqu'à la période de ramollissement; la douleur et la dyspnée sont plus intenses. L'expectoration rosée, gelée de groseille, est, comme nous l'avons dit, pathognomonique. D'après Sidney-Ringer le cancer du poumon ne s'accompagnerait pas d'une élévation de la température locale.

Dans quelques circonstances rares, le cancer pleuro-pulmonaire débute avec les allures d'une pleurésie aiguë; pour le distinguer alors d'une phlegmasie franche de la plèvre, on se rappellera qu'en pareil cas le point de côté est plus violent, la formation de l'épanchement plus rapide; *il n'y a pas de bruit skodique*; le souffle est plus rude et plus disséminé; enfin le liquide de la ponction est hémorrhagique, il se reproduit très rapidement et la dyspnée persiste après elle; enfin les vibrations thoraciques sont parfois augmentées.

Le traitement est purement palliatif. Lorsque l'épanchement est très abondant, on peut l'évacuer par une thoracentèse; cependant Darolles repousse absolument ce procédé, qui ne diminue pas la dyspnée et affaiblit beaucoup le malade par la quantité de sang qu'il lui fait perdre.

GENTRAC. Tumeurs solides intra-thoraciques, th., 1845. — BÉHIER. Leçon sur le cancer du poumon (Gaz. des hôp., 1867). — VIRCHOW. Pathologie des tumeurs, tr. Aronsohn. Paris, 1867. — JACCOUD. Leçons de clinique médicale. — WALSHÉ. Traité clinique des maladies de la poitrine. — LEPINE. C. R. de la Soc. de biologie, 1869. — Cancer primitif de la plèvre chez un enfant (Soc. anat., 1869). — LANCÉ-REAUX. Anatomie pathologique. — DEBOVE. Note sur les lymphangites cancéreuses (Soc. anat., 1873). — WOILLEZ. Soc. méd. des hôp., 1874. — MOIZARD. Bull. de la Soc. anat., 1876. — ARNAULT DE LA MENARDIÈRE. Étude clinique sur les manifest. cancé. de la plèvre, th. de Paris, 1877. — DAROLLES. Du cancer pleuro-pulmonaire au point de vue clinique, th. de Paris, 1877. — FERNET. Art. Plèvre (Pathologie) in Nouv. dict. de méd. et de chirurg. pr., t. XXVIII.

## KYSTES HYDATIQUES.

Parmi les nombreuses tumeurs que l'on peut rencontrer dans la plèvre et le poumon, sarcomes, fibromes, tumeurs cartilagineuses ou ostéoïdes, kystes séreux, etc., nous ne décrivons que les kystes

hydatiques à cause de leur fréquence relative et des symptômes spéciaux auxquels ils donnent lieu.

Les kystes hydatiques de la plèvre sont fort rares, et bien des faits parmi ceux qu'on a rapportés doivent être attribués à des kystes excentriques du poumon; il existe cependant quelques cas bien avérés d'hydatides pleurales, et Hearn en a rapporté des exemples (1 cas sur un relevé de 75 tumeurs intra-thoraciques). Neisser, dans un relevé portant sur 968 cas, en a trouvé 85 pour les voies respiratoires, dont 17 pour la plèvre.

Les kystes du poumon sont plus fréquents : ils s'observent principalement dans le poumon droit (Lebert) et s'accompagnent souvent d'échinocoques dans d'autres organes, surtout dans le foie.

Les kystes hydatiques sont généralement uniques, plus rarement multiples; ils peuvent atteindre un volume considérable. Dans la plèvre, ils offrent cette particularité de n'avoir pas de membrane adventice (Davaine); dans le poumon, ils sont entourés d'une zone de tissu pulmonaire atrophié, induré et atteint de pneumonie interstitielle. Comme dans tous les kystes hydatiques, la face interne de la poche présente des échinocoques et des vésicules filles qui restent appendues à la paroi ou tombent dans sa cavité; le liquide est clair et limpide ou au contraire trouble et purulent.

Lorsque le kyste est petit, il peut demeurer à l'état latent pendant toute la vie et n'être découvert qu'à l'autopsie. Le plus souvent, son volume est suffisant pour donner lieu à des phénomènes de compression qui se traduisent par de la douleur, de la dyspnée et de la toux. La douleur, sur laquelle Vigla a beaucoup insisté, est très tenace et persistante : la dyspnée semble tenir surtout à la compression du parenchyme pulmonaire et à la diminution de la surface respiratoire.

La toux est variable et s'accompagne souvent de crachements de sang; cette hémoptysie, très rare dans les hydatides de la plèvre (Hearn), est au contraire très commune dans celles du poumon, au point de devenir pathognomonique dans certaines contrées où la tuberculose est inconnue, en Islande, par exemple. A proprement parler il s'agit plutôt là d'un simple crachotement sanguin que d'une véritable hémoptysie; mais, chose remarquable, à l'inverse de ce qui se passe dans la tuberculose, l'expectoration sanguinolente devient d'autant plus fréquente que la maladie fait plus de progrès; elle contraste avec l'état général du malade qui reste longtemps très satisfaisant.

Les signes physiques présentent beaucoup d'importance : lorsque le kyste pulmonaire ou pleural a acquis un certain développement, il donne souvent lieu à une voussure globuleuse (Trousseau) très accusée et très bien limitée, au niveau de laquelle on perçoit de la matité, l'absence de vibrations thoraciques, la diminution du murmure vésiculaire, le souffle, etc., comme dans un épanchement pleurétique enkysté. Ces symptômes sont surtout marqués dans les hydatides pleurales; cependant ils peuvent rester pendant longtemps assez insignifiants pour ne pas attirer l'attention. Puis, au bout d'un temps variable, il se produit soudain une sorte de vomique par ouverture du kyste dans les bronches; le malade rend subitement une quantité considérable d'un liquide incolore et fortement salé, ou bien purulent et rempli de fausses membranes feuilletées et d'autres débris hydatiques, ainsi qu'il est facile de s'en assurer par l'examen microscopique. Cette expectoration, qui se répète à intervalles plus ou moins éloignés ou persiste d'une façon lente et continue, donne naissance à une *caverne* ou à un *hydropneumothorax* enkysté. L'état général, qui jusqu'alors était resté très satisfaisant, devient grave, des symptômes d'hecticité apparaissent et le malade finit par succomber dans la cachexie. La mort survient parfois très rapidement par asphyxie, lorsque le liquide s'évacuant par les bronches les obstrue complètement.

La marche des kystes hydatiques pleuro-pulmonaires est lente et leur durée atteint souvent plusieurs années. Le pronostic est toujours très sérieux. D'après Davaine la mort surviendrait 25 fois pour 40 cas; dans les 13 observations de Lebert, 3 se seraient terminés par tuberculose.

Le traitement médical est forcément impuissant, et nous ne parlerons que pour mémoire des tentatives qu'on a faites en vue de détruire l'échinocoque par des agents parasitocides tels que le mercure et l'éther. Le seul traitement possible et qui, d'ailleurs, a donné des succès (Vigla, Moutard-Martin) dans les kystes de la plèvre, est la ponction et au besoin l'empyème.

VIGLA. Des hydatides intra-thoraciques (Arch. gén. de méd., 1855). — LEBERT. Traité d'anatomie pathologique, in-fol. — Berliner klin. Wochenschr., 1871. — HEARN. Des kystes hydatiques du poumon et du foie, th. de Paris, 1875. — DAVAINÉ. Traité des entozoaires. 2<sup>e</sup> éd., Paris, 1877. — NEISSER. Die Echinococcen-Krankheit. Berlin, 1877.