

Lorsque, dans la poitrine d'un cheval, on injecte 200 grammes de sang tiré de la veine, ou bien quand on coupe une artère intercostale et qu'on laisse couler le sang dans la cavité pleurale, le plus ordinairement après quarante-huit heures, on n'en découvre pas de traces, tout au plus trouve-t-on un peu de sérosité sanglante; si la quantité a été de 500 grammes, après trois jours on ne trouve plus qu'un petit caillot sanguin : plus des quatre cinquièmes du liquide ont été résorbés.

En portant à 1 et même à 3 kilogrammes la quantité de sang, il y en a déjà plus de la moitié de disparu après quarante-huit heures; trois jours plus tard, il ne reste qu'un petit caillot et un peu de sérosité rougeâtre, comme dans le cas précédent. Pas une seule fois, dans nos expériences, nous n'avons trouvé sur la plèvre le moindre signe de phlegmasie. J'accepte que la plèvre du cheval est peut-être plus patiente que celle de l'homme; j'accepte encore que ce sang peut être, comme je l'ai admis plus haut, une cause momentanée d'appel fluxionnaire, mais enfin, en présence de ces faits, en présence de ces expériences, n'étais-je pas en droit de vous dire que, dans les épancements traumatiques de la plèvre, le chirurgien devait rester spectateur, et que le repos le plus absolu, une diète assez sévère, étaient probablement les meilleurs moyens à mettre en œuvre?

Cependant les plaies de poitrine compliquées d'hémorragies pleurales ont quelquefois si effroyablement graves, indépendamment de la perte de sang, que nos expériences ne résolvent pas toutes les difficultés. Je dois donc ajouter quelques mots à ce que je vous ai déjà dit.

Le sang injecté dans la plèvre ne s'y comporte pas à la manière d'un corps étranger. Il semble ne pas irriter la membrane séreuse plus que l'aliment n'irrite l'estomac, plus que les matières fécales n'irritent le côlon, plus que l'urine n'irrite la vessie. Mais quelquefois l'urine irrite la vessie, c'est lorsqu'elle est altérée; or, si les affections de vessie sont souvent la cause de l'altération du fluide urinaire, que de fois aussi l'altération de l'urine est-elle cause d'un catarrhe vésical! Il en est de même pour le sang qui se trouve dans la cavité pleurale : si la plaie de poitrine amène simultanément un épancement d'air, le sang s'altère immédiatement et agira comme un corps étranger. Lorsque, dans nos expériences, nous laissons le sang se coaguler dans une éprouvette, et que, quelques heures plus tard, nous introduisons ces caillots dans la cavité pleurale, ils s'y putréfiaient, et les animaux succombaient rapidement à des pleurésies fort graves. Cette expérience est une preuve de plus des dangers qui attendent l'opération de l'empyème pratiquée pour débarrasser la poitrine des caillots qu'elle contient.

Mais si, malgré le médecin, l'air et le sang s'étant simultanément fait jour dans la cavité pleurale, une inflammation violente s'allume, le devoir du praticien est de faire alors au plus vite l'opération de l'empyème, d'injecter de la teinture d'iode; en un mot, d'agir comme nous avons conseillé de le faire dans les collections purulentes graves et dans l'hydro-pneumothorax.

## XXXIV. — HYDATIDES DU POUMON.

Hydatides du poumon, bien que rares, plus fréquentes que celles de la plèvre. — Excessive difficulté du diagnostic. — Ressemblance avec la phthisie pulmonaire. — Guérison possible par l'évacuation spontanée à travers les bronches. — Réserve pronostique et thérapeutique.

MESSIEURS,

Les exemples d'hydatides du poumon cités par M. le docteur Davaine dans son bel ouvrage sur les entozoaires (1) sont relativement très-peu nombreux, et si vous interrogez à ce sujet vos maîtres dans les hôpitaux, la plupart d'entre eux vous avoueront n'en avoir jamais vu. Bricheteau, qui s'était occupé d'une manière toute spéciale des maladies de poitrine, n'en avait observé que deux cas, dans le cours d'une carrière médicale de plus de quarante années; mon honorable et savant collègue M. Andral n'en rapporte que cinq pour sa part; M. le professeur Monneret n'en a rencontré qu'un seul, encore était-ce sur le cadavre. Quant à moi, je n'en avais également rencontré qu'un seul fait, lorsque s'est présenté celui qui me fournit aujourd'hui l'occasion de vous entretenir de cette singulière affection.

Le malade qui en était atteint, vous vous le rappelez, était un jeune homme de dix-sept ans, entré vers la fin du mois de décembre 1861 dans la salle Sainte-Agnès. A son arrivée, nous constatons chez lui l'existence d'une bronchite aiguë généralisée, avec prédominance des accidents dans le poumon droit. Les gros râles muqueux ressemblant à du gargouillement que nous entendions de ce côté de la poitrine, le bruit d'expiration prolongée, la diminution de la sonorité à la percussion au niveau de la fosse sus-épineuse de l'omoplate, enfin la déformation *hippocratique* des doigts, nous firent craindre que la bronchite ne fût doublée de tubercules. Cette hypothèse était d'autant plus vraisemblable, que le malade disait être sujet à contracter des rhumes chaque hiver depuis l'âge de six ans, et qu'il ajoutait avoir eu à différentes reprises des hémoptysies abondantes. Nous réservâmes néanmoins notre diagnostic, l'état catarrhal aigu des bronches masquant les signes caractéristiques de l'affection tuberculeuse. Bientôt, les accidents aigus s'étant calmés, la fièvre ayant cessé, et les râles étant devenus de moins en moins abondants, le bruit respiratoire nous parut plus normal dans le poumon droit. Cependant, quelques jours plus tard, le jeune homme reprenait de la fièvre qui revenait surtout le soir, et il se plaignait de douleurs dans le côté droit. En examinant

(1) Davaine, *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses de l'homme et des animaux domestiques*, Paris, 1860, in-8.

la poitrine, nous trouvions de ce côté de la matité dans les deux tiers inférieurs, de l'absence des vibrations thoraciques, de la broncho-égophonie, phénomènes qui, joints à une oppression notable, indiquaient l'existence d'un épanchement pleurétique compliquant la bronchite, de nouveau caractérisée par les râles muqueux et par l'expectoration de crachats mucoso-purulents. Ces symptômes locaux, le mauvais état général, nous donnaient à penser qu'il se faisait peut-être de nouvelles manifestations tuberculeuses dans le poumon droit, lorsque tout à coup, dans la nuit du 18 au 19 janvier, le malade fut pris d'une oppression extrême avec menaces de suffocation et, après quelques violentes secousses de toux, rejeta par la bouche une grande quantité de muco-pus. Il en éprouva un soulagement passager ; puis de nouveaux accès de toux provoquèrent le rejet de nouvelles matières purulentes : le lendemain matin, nous constatons qu'il en avait ainsi rendu la valeur d'un demi-litre. Ces vomiques avaient été suivies d'un changement notable. Je pensais que l'épanchement dont la veille j'avais reconnu l'existence s'était fait jour à travers une bronche, et comme il n'y avait aucun signe d'hydro-pneumothorax, j'en conclus que nous avions eu très-probablement affaire à une pleurésie enkystée, ou à une pleurésie interlobaire, lorsqu'en examinant attentivement les matières contenues dans le crachoir, nous découvrîmes des lambeaux pseudo-membraneux de couleur blanchâtre. Ces lambeaux, lavés avec soin, étaient blancs, opaques, peu épais, à bord déchirés. Malgré la rareté du fait, nous nous arrêtasmes à l'idée d'une tumeur hydatique du poumon dont nous avions les débris sous les yeux. L'examen microscopique, fait par M. Charles Robin, ne laissa bientôt plus aucun doute à cet égard dans notre esprit. Pendant trois jours, le malade rendit encore des fragments pseudo-membraneux en même temps que du muco-pus mélangé avec un peu de sang. L'expectoration devint de moins en moins abondante ; la fièvre cessa, et, chaque jour, on pouvait constater une amélioration marquée dans l'état général. Bientôt il n'y eut presque plus de matité à la partie inférieure et postérieure de la poitrine, l'expiration restant toutefois soufflante en cette région, où l'on entendait encore de gros râles muqueux. Le mieux fit de rapides progrès, et tous les phénomènes locaux avaient disparu quand, après deux mois de séjour à l'hôpital, ce jeune homme nous quitta entièrement guéri.

Cette intéressante observation peut être ainsi résumée : Signes rationnels de phthisie pulmonaire ; signes physiques douteux ; bronchite et pleurésie ; puis, sous l'influence de la maladie aiguë, une tumeur hydatique développée dans le poumon s'enflamme, un travail d'élimination s'établit autour d'elle, et le malade rejette par l'expectoration, au milieu d'un flot de pus, des fragments d'hydatides. Aussitôt après ce rejet d'une grande quantité de matières mucoso-purulentes, l'auscultation révèle l'existence d'une cavité dans le tiers inférieur du poumon droit, là où l'on entend la respiration soufflante ; puis peu à peu cette cavité s'efface, le bruit respiratoire redevient normal dans toute l'étendue de la poitrine ; l'état général est de plus en plus satisfaisant. Je dis que la

tumeur hydatique avait très-probablement son siège dans le poumon, parce qu'en effet, après la vomique, nous ne constatâmes aucun des signes de l'hydro-pneumothorax, qui se seraient presque certainement produits si la tumeur avait fait saillie dans la cavité pleurale.

Messieurs, avant de vous communiquer les réflexions que ce fait, rapproché d'autres analogues, me suggère relativement aux difficultés du diagnostic des hydatides du poumon, relativement à leur marche, à leurs divers modes de terminaison, permettez-moi d'appeler incidemment votre attention sur la valeur sémiotique de la déformation des doigts que nous avons notée chez notre malade.

Dans les livres hippocratiques, il est dit que, chez les phthisiques, les ongles se raccourcissent, *tabidis ungues contrahuntur*, qu'ils deviennent crochus, *tabidis ungues adunci*. Ce fait d'observation clinique avait été, non pas nié, mais oublié, lorsqu'en 1832 M. le docteur Pigeaux le signala de nouveau. L'année suivante je publiai sur ce sujet, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, un travail accompagné d'une planche fort bien dessinée par un de mes élèves, M. le docteur Jardon, et maintenant il n'est pas un médecin qui ne sache ce qu'il faut entendre par la *déformation hippocratique des doigts*. Cette déformation consiste en un raccourcissement de la phalange unguéale avec élargissement et épaissement de la pulpe digitale. En même temps que l'ongle s'incurve vers la région palmaire, l'extrémité du doigt prend la forme de la grosse extrémité d'une massue, et quelquefois s'aplatit en s'élargissant comme une tête de serpent. Le plus souvent, cette déformation se produit lentement, d'autres fois elle se fait avec une extrême rapidité, et les malades souffrent du travail qui s'opère. Les autres phalanges ne subissent aucune modification. En quelques cas, les orteils sont le siège d'une déformation analogue, mais en général beaucoup moins accusée.

La déformation hippocratique des doigts s'observe surtout chez les individus arrivés au second et au troisième degré de la phthisie pulmonaire tuberculeuse ; on ne la rencontre pas chez les scrofuleux, et rarement elle existe chez les malades atteints de phthisie abdominale, à moins que ces malades ne soient en même temps affectés de tubercules du poumon.

Elle s'observe encore, et les anciens l'avaient dit, chez les individus atteints de maladies chroniques de la poitrine en dehors de toute affection tuberculeuse. Il y a plusieurs années, je l'avais notée sur un enfant que je croyais tuberculeux, et chez lequel la paracentèse de la poitrine, pratiquée en vue de combattre un énorme épanchement pleurétique, avait laissé une fistule qui, pendant plusieurs mois, donna passage à une grande quantité de sérosité purulente. Cet enfant, devenu adolescent, gardait toujours sa fistule, sa poitrine avait subi un rétrécissement considérable, mais je ne constatai jamais chez lui de signes de tuberculisation. En 1859, une malade à laquelle je fis deux ponctions de la poitrine, à des intervalles de temps très-rapprochés, dans un cas de pleurésie purulente survenue à la suite de l'accouchement, conserva pendant deux ans

une fistule thoracique ; ses doigts subirent également la déformation hippocratique, mais jamais non plus je ne constatai chez elle de signes de tubercules. Je crois donc que la *déformation hippocratique des doigts* peut accompagner les affections chroniques de la poitrine. Ces deux faits, et d'autres que je pourrais vous citer, montrent qu'elle est susceptible de se produire dans les maladies de la plèvre ; je l'ai observée chez des individus affectés de bronchite avec emphysème, chez d'autres qui n'avaient que de l'asthme nerveux ; je l'ai observée aussi chez des malades atteints d'affections organiques du cœur. Il faut reconnaître, cependant, que c'est principalement chez les phthisiques qu'on la rencontre, et que l'incurvation de l'ongle est d'autant plus marquée que la phthisie est plus avancée. A ce titre, cette déformation spéciale des doigts est de quelque valeur dans le diagnostic de cette dernière maladie.

Pardonnez-moi, messieurs, cette digression. En clinique, les faits les plus insignifiants en apparence peuvent avoir leur importance, et nous ne devons pas les négliger.

Revenons maintenant aux *hydatides du poumon*.

Les détails dans lesquels je suis entré à propos de notre malade de la salle Sainte-Agnès vous ont fait voir combien le diagnostic était embarrassant. C'est qu'en effet, les hydatides du poumon ne révèlent leur présence par aucun symptôme spécial. Étudiez les observations consignées dans la science, et vous verrez que dans un grand nombre, sinon dans la plupart des cas, les phénomènes morbides dont elles provoquent l'évolution ont été rapportés, tantôt à l'existence d'un épanchement pleurétique, tantôt à la phthisie pulmonaire. Assurément, lorsque des hydatides ou des fragments d'hydatides auront été rejetés par l'expectoration, le doute ne sera plus possible ; mais alors encore il s'agira de déterminer le siège précis que la tumeur occupait ; il s'agira de rechercher si elle s'était développée dans le parenchyme même du poumon ou dans la cavité pleurale, si ce ne sont pas des hydatides du foie qui se sont fait jour dans la poitrine.

Les tumeurs hydatiques intra-thoraciques se rencontrent beaucoup plus fréquemment dans le parenchyme des poumons que dans la cavité de la plèvre ; telle est la conclusion à laquelle est arrivé M. Davaine en analysant les faits qu'il a recueillis. Cette opinion, émise déjà par Laennec, est également celle de M. le professeur J. Cruveilhier. Le simple raisonnement aurait dû, d'ailleurs, faire prévoir qu'il en était ainsi, si l'on considère que c'est dans les organes parenchymateux, le foie, la rate, les reins, dans l'épaisseur des masses musculaires, que les hydatides se développent le plus habituellement, pour ne pas dire toujours. L'appareil respiratoire ne pouvait point échapper à cette règle générale ; aussi M. Davaine pense-t-il même qu'un grand nombre de prétendues hydatides de la plèvre n'étaient rien autre que des hydatides du poumon consécutivement tombées dans la cavité pleurale. Il se peut, en outre, que des tumeurs voisines de la périphérie du poumon viennent, en se développant lentement du côté de cet organe, décoller dans une plus ou moins

grande étendue le feuillet viscéral de la plèvre qu'elles refoulent vers son feuillet costal, de telle sorte que la poche hydatique semble placée dans la cavité séreuse, bien qu'en réalité elle soit tout à fait en dehors de celle-ci. Tel paraît avoir été le cas dans une observation rapportée par Dupuytren et Geoffroy, intitulée *Double kyste de la plèvre*. Dans cette observation, en effet, il est dit que le malade avait eu de nombreuses hémoptysies, ce qu'on ne comprendrait guère en admettant que le kyste n'eût pas d'abord occupé le parenchyme pulmonaire, puisque nous savons que les crachements de sang sont des symptômes très-habituels des maladies du poumon, tandis qu'on ne les voit jamais survenir dans les affections de la plèvre. Ces hémoptysies ont du reste été notées dans presque toutes les observations d'hydatides du poumon. Un individu, dont l'histoire a été publiée par M. Husson (1), avait, à quinze reprises différentes, rendu des hydatides par l'expectoration, et chaque fois ces accidents avaient été précédés de crachements de sang : il ne présenta jamais aucun des signes rationnels ou physiques de la tuberculisation pulmonaire ; la santé générale était satisfaisante.

Messieurs, lorsque des tumeurs hydatiques situées vers la périphérie du parenchyme pulmonaire se développent avec une certaine lenteur du côté de la plèvre, il peut ne pas en résulter d'autres accidents que ceux qui accompagnent les épanchements pleurétiques plus ou moins abondants ou qui sont occasionnés par le refoulement du poumon dans la gouttière vertébrale. Vous comprenez, toutefois, que ces accidents sont plus ou moins sérieux, et que quand ils sont déterminés par un double kyste, comme dans le cas de Dupuytren et Geoffroy, la gêne de la respiration est susceptible d'être portée à un tel degré, que les malades meurent emportés par des accès de suffocation.

Mais quand une tumeur hydatique du poumon s'ouvre brusquement dans la cavité pleurale, les conséquences en sont bien autrement graves, car elle va provoquer une pleurésie suraiguë, et, quand elle se fait jour tout à la fois du côté de la plèvre et du côté des bronches, un hydro-pneumothorax, ainsi que cela avait eu lieu dans le cas suivant, consigné par M. le docteur Mercier (2). Un homme de trente-huit ans, sujet depuis plusieurs années à de fréquentes hémoptysies, bien qu'il ne présentât d'ailleurs aucun signe d'affection tuberculeuse du sommet des poumons, fut subitement pris d'une douleur aiguë dans le côté droit ; l'examen de la poitrine fit reconnaître un hydro-pneumothorax, et le malade succomba rapidement. A l'autopsie, on trouva dans la cavité pleurale une hydatide nageant au milieu du liquide épanché ; dans la partie du lobe du poumon correspondant à la scissure interlobaire, il y avait une caverne creusée dans le parenchyme de l'organe et au niveau de laquelle on voyait une bronche ulcérée.

Il est évident, ou tout au moins très-probable, que, dans ce cas, le travail

(1) *Bulletins de la Société anatomique.*

(2) *Ibid.*

d'élimination, en s'opérant simultanément du côté des bronches et du côté de la plèvre, avait amené la perforation pulmonaire et causé l'hydro-pneumothorax. Les hémoptysies qui s'étaient produites pendant la vie, l'existence, constatée après la mort, d'une caverne creusée dans le parenchyme du poumon et contenant encore l'hydatide, semblaient démontrer clairement le siège de l'affection. Toutefois, en raison de ce que la caverne occupait le niveau de la scissure interlobaire, on pouvait se demander si la poche ne s'était pas primitivement formée dans cette scissure d'où elle aurait envahi et creusé le parenchyme pulmonaire; cependant, en comparant ce fait avec ceux dans lesquels des hydatides occupaient incontestablement le poumon lui-même; en considérant, ainsi que je le disais tout à l'heure, que c'est le plus ordinairement dans les organes parenchymateux que ces entozoaires se développent, on est en droit de conclure du général au particulier, et d'admettre qu'ici le siège primitif de la tumeur était bien effectivement celui que l'examen cadavérique permettait de lui assigner.

Ce fait peut vous donner une idée de la difficulté que déjà on éprouve parfois à déterminer, sur le cadavre, le siège précis d'une hydatide des poumons, alors que la tumeur, n'étant pas située dans l'intérieur même du parenchyme, vient faire saillie à la surface de l'organe. Nous n'avons pas besoin de dire combien plus grande sera cette difficulté au lit du malade. Cependant, quand la guérison radicale a lieu après que des hydatides ont été rejetées par l'expectoration, il est permis au médecin de penser que ces hydatides occupaient la profondeur du poumon, et que l'affection s'est ainsi jugée par les bronches; et lorsqu'un hydro-pneumothorax se produit, il est à présumer, non pas que les hydatides siègeaient dans la cavité pleurale, mais dans un point voisin de la périphérie du poumon.

Une circonstance qui rend assez bien compte de la facilité avec laquelle les hydatides peuvent s'échapper par les canaux bronchiques, alors que ces canaux ont été ouverts par une ulcération, c'est que, ainsi que le faisait remarquer M. Houel, dans un rapport lu par lui à la Société anatomique, à l'occasion d'un fait d'hydatides des poumons présenté par M. Pinault, c'est que, dis-je, souvent ces hydatides ne sont point enfermées dans un kyste adventice, et qu'alors que cette poche existe, elle est extrêmement mince. Cette absence du kyste adventice, ou bien la ténuité de l'enveloppe qui le constitue rend compte aussi de la possibilité pour les tumeurs hydatiques du poumon de se rompre sous l'influence d'une affection inflammatoire de l'appareil respiratoire, comme cela est arrivé chez notre malade de la salle Sainte-Agnès.

Messieurs, il ressort des recherches statistiques faites par M. Davaine, qu'il est beaucoup plus rare de rencontrer plusieurs tumeurs hydatiques dans un poumon, qu'une seule dans chacun des deux poumons; mais il est encore plus commun de n'en trouver que dans un seul, et alors c'est ordinairement dans le droit, quelquefois dans le lobe supérieur, plus habituellement dans le lobe inférieur.

Cette singulière coïncidence de la fréquence plus grande des hydatides dans le lobe inférieur du poumon droit et de l'extrême fréquence de ces entozoaires dans la glande hépatique a fait supposer qu'un certain nombre d'observations d'hydatides intra-thoraciques devaient être rapportées à des cas où des hydatides du foie étaient passées dans la poitrine.

Il existe maintenant, en effet, dans la science, des exemples assez multipliés de ce passage des hydatides du foie dans la cage thoracique. En 1856, M. le docteur Dolbeau (1) a appelé l'attention des médecins sur la tendance qu'ont généralement les grands kystes de la surface convexe du foie à envahir ainsi la poitrine en refoulant le diaphragme et le poumon, en même temps qu'ils abaissent le foie et gagnent la région épigastrique. L'envahissement de la cavité thoracique par ces kystes peut être tel, que le poumon, refoulé jusque dans la région claviculaire et dans la gouttière vertébrale, se trouve réduit au tiers et même au quart de son volume normal. On comprend qu'un pareil envahissement d'une tumeur abdominale dans la poitrine ne puisse se faire sans que le diaphragme subisse un amincissement extrême: c'est ce qui a lieu en effet; le diaphragme ainsi aminci contracte des adhérences avec la poche qui l'a entraîné dans son mouvement d'ascension. Il en résulte, — et je vous rappellerai à ce sujet l'observation de M. Empis, que je vous citais dans une de nos précédentes conférences (2), — il en résulte que lorsqu'on cherche à reconnaître l'affection à laquelle on a affaire, on ne trouve nécessairement que les signes d'un épanchement thoracique: la matité absolue dans une étendue plus ou moins grande de la partie inférieure du thorax; l'absence de vibration thoracique, l'absence de murmure vésiculaire, l'absence enfin du souffle et de l'égophonie, conséquences du déplacement, du refoulement du poumon dont la place est prise par une tumeur liquide. La marche de la maladie, la déformation de la poitrine, déformation qui s'étend à la région du foie où elle présente un aspect assez caractéristique, fournissent les seuls éléments du diagnostic.

Le travail inflammatoire lent et plus ou moins sourd qui a déterminé les adhérences entre le kyste du foie et le diaphragme, peut, en s'étendant par contiguïté à la plèvre et au poumon, produire les mêmes adhérences entre le poumon, la plèvre, le diaphragme et la tumeur, adhérences qui sont une condition favorable à l'heureuse terminaison de la maladie. Si, en effet, des adhérences ne s'établissent pas avec le poumon (ce qui est rare, bien qu'on en ait cité des exemples), la poche hydatique s'ouvre alors, à travers le diaphragme perforé, dans la cavité pleurale, et occasionne une pleurésie presque invariablement mortelle; au contraire, lorsque ces adhérences sont telles que le poumon, la plèvre, le diaphragme et le kyste sont intimement unis, la tumeur,

(1) Dolbeau, *Étude sur les grands kystes de la surface convexe du foie*, thèse de Paris, 1856.

(2) Voyez *Paracentèse de la poitrine*, p. 642.

qui finit toujours par se rompre, s'ouvre dans la cavité qu'elle s'est creusée au milieu du parenchyme pulmonaire et se vide par les bronches.

Des faits de ce genre ont été publiés en assez grand nombre aujourd'hui ; vous en trouverez consignés, entre autres, dans la thèse de M. le docteur Cadet-Gassicourt (1), dans le mémoire de M. le docteur E. Leudet (de Rouen) (2). Déjà Bricheteau (3), en faisant ressortir tout l'intérêt qui s'attache à ce sujet, avait indiqué l'heureux mode de terminaison des tumeurs hydatiques du foie se vidant par les bronches. Dans l'observation d'un malade qu'il avait eu occasion de voir avec M. le professeur Natalis Guillot, il rapporte qu'aussitôt après que ce malade eut rejeté par l'expectoration des matières renfermant des débris d'hydatides, on constata, par l'auscultation, l'existence d'une caverne creusée simultanément dans le parenchyme pulmonaire et dans le foie, et qui était nettement caractérisée par le souffle amphorique et par la pectoriloquie. La matière de l'expectoration, — et ce fait indiquait suffisamment le siège de la tumeur dans le foie, — la matière de l'expectoration était constituée par un liquide filant, jaune, prenant, lorsqu'on le traitait par l'acide nitrique, une coloration vert-de-gris. Au moment où il le rendait, le malade accusait un goût salé très-prononcé, dû probablement au chlorure de sodium, dont l'analyse chimique a démontré la présence dans le liquide des kystes hydatiques.

Ce liquide filant, coloré en jaune par la bile, a quelquefois aussi une coloration d'un brun chocolat, qu'il emprunte à de la matière colorante du sang et aussi à des cellules hépatiques visibles au microscope.

Les faits qui ont servi de base à ce travail de Bricheteau, auquel je vous renvoie, ont été puisés dans sa pratique nosocomiale, et il en a joint d'autres empruntés à un curieux mémoire d'Hébréard, ancien médecin de l'hospice de Bicêtre. Mais ce qui est relatif à ce sujet trouvera bien mieux sa place quand nous parlerons des kystes du foie ; je remets donc à une autre occasion de compléter ce que je ne fais que vous indiquer aujourd'hui. J'ajouterai seulement que la thèse de M. Cadet-Gassicourt est venue ajouter des notions nouvelles à ce qu'on savait jusque-là des éléments de diagnostic des kystes intra-thoraciques, point capital dans la question qui doit préoccuper les cliniciens.

Avant de terminer, je dois vous rappeler succinctement une observation de M. le docteur Vigla (4).

(1) Cadet-Gassicourt, *Recherches sur la rupture des kystes hydatiques du foie à travers la paroi abdominale et dans les organes voisins*, thèse de doctorat, Paris, 1856, n° 50.

(2) E. Leudet (de Rouen), *Mémoire sur le traitement des kystes hydatiques du foie*, lu à la Société médicale des hôpitaux (*Archives générales de médecine*, janvier et février 1860).

(3) Bricheteau, *Revue médico-chirurgicale*, 1852.

(4) Vigla, *Mémoire sur les hydatides de la cavité thoracique* (*Archives générales de médecine*, septembre et novembre 1855, vol. II, 5<sup>e</sup> série, t. VI).

Il s'agissait d'un homme âgé de trente-deux ans, qui, à la suite d'une contusion violente produite par un coup de pied de taureau sur le côté droit de la poitrine, se plaignait d'une douleur dans l'hypochondre droit et d'une oppression qui, depuis quinze mois, époque à laquelle l'accident était arrivé, allait toujours en augmentant. Cette dyspnée était devenue si considérable depuis cinq mois, que le malade avait été obligé de renoncer à ses occupations. Il n'avait d'ailleurs que peu ou point de toux, pas d'expectoration, jamais il n'avait eu d'hémoptysie; bien qu'il présentât les symptômes d'une anémie assez prononcée, il n'accusait aucune autre souffrance organique que celle dont les organes respiratoires semblaient être le siège, et il disait que les troubles de la respiration qui le tourmentaient n'avaient jamais été accompagnés de fièvre.

La douleur intense dont il se plaignait paraissait limitée sous le sein droit et ne s'étendait pas fort loin ; l'oppression, qui était continue, devenait excessive quand il marchait ou même seulement quand il avait parlé quelque temps ; il lui était impossible de se coucher sur le côté gauche, et il se tenait habituellement assis dans son lit. En examinant sa poitrine, on constatait que le côté droit, beaucoup plus développé que le gauche, offrait à sa partie antérieure une voussure très-prononcée avec élargissement des espaces intercostaux correspondants, qui étaient au moins aussi saillants que les côtes. De ce côté aussi la sonorité normale était complètement remplacée par une matité absolue qui s'étendait depuis le deuxième espace intercostal jusqu'à l'ombilic, mesurant ainsi, suivant une ligne parallèle au sternum, 28 centimètres, et transversalement dépassant la ligne médiane, de telle sorte que l'espace occupé par elle se trouvait circonscrit, en bas, par une ligne qui, après avoir passé par le niveau de l'ombilic, se portait de là obliquement sous l'aisselle gauche ; en haut par une ligne qui, suivant le bord supérieur de la seconde côte, passait sur le sternum à 3 centimètres au-dessous du niveau de la fourchette de cet os, et allait, en décrivant une courbe, rejoindre sous l'aisselle gauche la ligne inférieure. Elle occupait donc ainsi tout le côté droit de la poitrine, empiétant un peu sur le côté gauche. Lorsqu'en appliquant la main sur ce côté, on demandait au malade de parler, on constatait l'absence absolue de vibration thoracique, de même qu'en appliquant l'oreille, on n'entendait ni murmure vésiculaire, ni bruit anormal en avant, tandis qu'en arrière le bruit respiratoire était exagéré dans les trois quarts supérieurs du côté droit, comme il l'était aussi dans le côté gauche. De plus, à droite, on entendait une résonance amphorique de la voix et même du bruit respiratoire, semblable à celle que l'on entend dans certains épanchements pleurétiques, sans souffle d'ailleurs et sans égophonie.

Aucune lésion du parenchyme pulmonaire, ainsi que le fait justement observer M. Vigla, ne paraissait capable de produire une semblable déformation de la poitrine. On ne pouvait pas davantage s'arrêter à l'idée d'un hydrothorax, car il était difficile d'admettre qu'un épanchement pleurétique enkysté ait pu se distribuer aussi inégalement, aussi irrégulièrement, que, respectant