

le premier espace intercostal, les trois quarts postérieurs et supérieurs de la cavité thoracique du côté droit, il avait envahi le côté gauche et refoulé le diaphragme jusqu'au niveau de l'ombilic. L'hypothèse d'une tumeur solide, d'un cancer, d'un anévrysme de l'aorte ou de l'une de ses branches principales, n'était pas plus soutenable. D'une part, une tumeur solide eût transmis les bruits respiratoires et les bruits cardiaques qui manquaient absolument; d'autre part, une tumeur cancéreuse, qui seule aurait peut-être pu prendre un pareil développement, ne l'aurait pas fait sans avoir donné lieu à des phénomènes généraux de cachexie. Une fluctuation sourde et profonde dont on avait saisi la sensation, fournissait un signe qui, joint aux autres, justifiait la présomption que l'on s'était formée de l'existence d'un kyste hydatique.

Une ponction exploratrice pratiquée par M. Monod, chirurgien de la Maison de santé, justifia le diagnostic. Le liquide qui sortit par la canule du trocart capillaire était transparent comme de l'eau de roche, sans réaction sur le papier de tournesol, et ne donnant, traité par l'acide nitrique ou par la chaleur, aucun précipité albumineux. On ponctionna alors avec un plus gros trocart, et l'on retira 2450 grammes de liquide semblable au premier, dont les dernières portions entraînaient des débris de membranes transparentes, qui, soumises à l'examen de M. Charles Robin, furent reconnues pour des débris d'hydatides.

On pratiqua une injection iodée. Trente-sept jours après l'opération, cinquante et un jours après son entrée à la Maison de santé, le malade demandait sa sortie pour reprendre ses travaux, et lorsque M. Vigla le vit onze mois après, la guérison était aussi complète que possible.

Je dois vous faire remarquer, messieurs, la valeur de cette *voûture toute spéciale* du thorax dans l'observation dont je vous ai présenté le résumé. C'est là un signe diagnostique de la plus grande signification, et qui, à lui seul, pourra vous autoriser, à l'exemple de M. Vigla, à tenter la ponction exploratrice.

Cette forme si particulière, que prend la poitrine dans ces cas, m'avait déjà conduit à diagnostiquer une tumeur hydatique intra-thoracique chez une petite fille de sept ans que je voyais en 1848.

Cette petite fille présentait toutes les apparences d'une phthisique; depuis longtemps elle avait de l'oppression, de la toux; elle était arrivée à un degré extrême d'émaciation. Mais comme en examinant sa poitrine j'avais trouvé, en même temps qu'une matité absolue et une absence complète de vibrations thoraciques, une saillie globuleuse du thorax, dont le maximum correspondait au niveau des sixième et septième côtes; comme il n'y avait point eu d'hémoptysie, et que l'auscultation ne me révélait l'existence d'aucune lésion aux sommets des poumons, je proposai la ponction de la poitrine. On s'y refusa, et j'appris que l'enfant avait succombé quelques semaines après ma visite.

Messieurs, l'histoire clinique des kystes hydatiques du poumon est loin d'être complète; le début insidieux, la marche lente et rapide de cette affection, l'ignorance presque absolue où nous sommes de son étiologie, vous disent assez

la difficulté du sujet. La plupart des faits ont été méconnus pendant la vie des malades, la nature de la maladie ne fut que rarement soupçonnée, et pendant longtemps on n'eut seulement que des données fournies par l'anatomie pathologique. Mais ces données étaient importantes et capables d'éclairer le diagnostic sur le vivant. Elles avertissaient le médecin qu'il pouvait rencontrer des hydatides dans le poumon, rarement, peut-être jamais, dans la plèvre; que souvent des hydatides du foie pouvaient passer dans la cavité thoracique; que la présence des hydatides dans la poitrine coïncidait le plus ordinairement avec l'existence de ces entozoaires dans d'autres organes, plus particulièrement dans le foie, et que leur siège de prédilection était alors le poumon droit.

L'anatomie pathologique nous apprendait encore que ces hydatides pulmonaires, dont on ne trouve généralement qu'une seule dans un même poumon, étaient susceptibles d'acquiescer au milieu du parenchyme de l'organe le volume d'une tête d'adulte; que leur enveloppe adventice était très-mince ou manquait complètement; qu'une inflammation aiguë du poumon amenait leur rupture, tantôt dans la cavité pleurale, où elles provoquaient les accidents de l'hydro-pneumothorax, tantôt vers les canaux bronchiques, à travers lesquels elles sont éliminées par lambeaux ou en totalité. L'anatomie pathologique nous avait montré ces vastes clapiers pulmonaires et hépatiques communiquant entre eux par une large fistule diaphragmatique. C'en était assez pour que nous soyons conduits à soupçonner dans certains cas, à affirmer dans d'autres, que les malades soumis à notre investigation avaient des hydatides pulmonaires. Enfin, un examen attentif des autres organes, la marche de l'affection, devaient nous permettre de rassembler toutes les probabilités pour déterminer le siège primitif de l'affection dont nous soupçonnions l'existence.

A Hébréard et Bricheteau, à MM. Vigla, Cadet-Gassicourt et Davaine revient une part importante, et que je me plais à reconnaître, dans l'élucidation de cette importante question du diagnostic des hydatides du poumon.

Les hydatides du poumon pourront être soupçonnées lorsqu'il existera un certain ensemble de symptômes et une déformation particulière du thorax. Mais, une fois le fait reconnu, il faudra chercher à déterminer le siège primitif probable de ces entozoaires.

Le plus souvent, les malades affectés d'hydatides du poumon présenteront plusieurs des signes rationnels et physiques qui appartiennent à la phthisie ou à la pleurésie chronique. En effet, la plupart vous diront que, depuis longtemps, ils sont sujets à des hémoptysies plus ou moins abondantes, plus ou moins fréquentes, qu'ils ont de l'oppression; vous entendrez des râles disséminés dans la poitrine; quelquefois vous trouverez de la matité dans l'un ou l'autre sommet du thorax, quand il y aura en même temps des tubercules. Mais, en dehors de cette complication exceptionnelle, l'étude attentive de la marche de l'affection, l'interprétation raisonnée de quelques-uns des symptômes, vous permettront de rejeter l'hypothèse d'une phthisie tuberculeuse, lorsque, par exemple, les sommets seront intacts, comme dans le cas observé par M. Husson; alors l'hé-



moptysie n'aura d'autre cause probable que l'irritation persistante d'un corps étranger qui, le plus souvent, occupera le lobe moyen, plus souvent encore le lobe inférieur du poumon; l'état général du malade, son âge, la marche de l'affection, viendront aider votre diagnostic, et si, dans le foie ou en tout autre organe, vous avez lieu de supposer la présence d'hydatides, vous serez autorisés à penser que le parenchyme pulmonaire en est lui-même le siège.

Votre attention, du reste, ne peut être attirée sur l'existence des tumeurs hydatiques du poumon qu'à une époque où déjà ces tumeurs ont atteint un grand développement; mais alors vous pourrez les confondre avec des pleurésies enkystées ou interlobaires, comme cela nous est arrivé chez notre jeune homme de la salle Sainte-Agnès. Cependant, quand vous trouverez à l'examen du malade une déformation globuleuse, limitée en un point de la poitrine, l'hypothèse d'un kyste hydatique deviendra bien plus vraisemblable; tôt ou tard la marche de l'affection, très-différente de celle de la pleurésie, et surtout, lorsqu'elle aura lieu, l'expectoration d'hydatides, viendront lever tous les doutes. Peut-être même seriez-vous autorisés, dans les cas où cet accident d'une valeur si significative ne se serait pas produit, peut-être seriez-vous autorisés à supposer encore l'existence des hydatides, lorsque vous verrez subitement survenir du côté de la plèvre des accidents inflammatoires, en même temps que la tumeur globuleuse s'affaissera, parce qu'alors vous serez en droit de supposer aussi que cet affaissement de la tumeur est la conséquence de la rupture de la poche hydatique dans la cavité pleurale. Mais ce diagnostic probable deviendra presque une certitude, lorsqu'aux accidents d'une pleurésie aiguë viendront s'ajouter les signes de l'hydro-pneumothorax. En pareille circonstance, le travail ulcératif en vertu duquel l'hydatide s'est fait jour du côté de la plèvre a compris en même temps quelque rameau bronchique.

Je disais, et il est inutile d'insister sur un fait aussi grossièrement évident, que lorsqu'on constatait dans les matières rendues par l'expectoration la présence d'hydatides, il n'y avait plus de doute possible sur la nature de l'affection que l'on est appelé à traiter. Cependant, alors encore, il reste quelque hésitation pour préciser le siège que la tumeur a primitivement occupé. C'est là un point de diagnostic qu'il faut élucider.

Il est incontestable que l'on a trouvé des kystes hydatiques dans la cavité pleurale. Le fait de M. Vigla, ceux analogues aux faits qu'il a rassemblés dans son mémoire, en donneraient, jusqu'à un certain point, une nouvelle preuve, et quant à moi j'accepte avec tout le monde l'existence de ces kystes pleuraux. Mais si l'on analyse attentivement, si l'on étudie avec soin les exemples qui en ont été cités, on est tenté de croire que souvent on a pris pour des hydatides de la plèvre des hydatides qui, du poumon, étaient tombées dans la cavité pleurale, ainsi que cela devait avoir eu lieu, je vous le rappelle, dans le cas rapporté par Dupuytren et Geoffroy. L'observation même de M. Vigla est très-discutable à ce point de vue, parce que, en définitive, le malade ayant heureusement guéri, le contrôle nécroscopique ne put être fait. Si l'on considère,

en outre, ainsi que je vous le faisais observer au commencement de cette conférence, que les hydatides se développent le plus habituellement dans les organes parenchymateux, le foie, la rate, les reins, j'ajouterai les ovaires, on est porté à admettre que les poumons n'échappent pas à cette loi générale, et que les acéphalocystes s'y rencontrent bien plus fréquemment que dans la plèvre. D'ailleurs, M. le docteur Davaine, dont l'autorité en pareille matière n'est récusée par personne, n'hésite pas à considérer les hydatides de la plèvre comme excessivement rares. D'après les laborieuses recherches auxquelles il s'est livré, une seule fois sur vingt-cinq des hydatides s'étaient évidemment développées d'abord dans la cavité pleurale.

Ce diagnostic du siège précis des kystes hydatiques intra-pleuraux est d'autant plus difficile, que des tumeurs hydatiques de la surface convexe du foie peuvent en imposer, soit qu'elles envahissent la poitrine en refoulant le diaphragme sans le perforer, soit qu'elles s'ouvrent un passage sans se rompre à travers les fibres distendues et usées de ce muscle. On pourrait se demander s'il n'en a pas été ainsi dans le fait publié par M. Vigla, si ce fait ne serait pas l'analogue de celui rapporté par M. le professeur J. Cruveilhier (1), et dans lequel un kyste hydatique du foie, qui avait pénétré dans la cavité pleurale, ayant été également évacué au moyen de la paracentèse de la poitrine, le malade guérit, comme guérit celui de M. Vigla. Je sais cependant, et j'ai eu le soin de vous le dire, que des observations de ce genre sont excessivement rares; qu'habituellement ces kystes du foie en se rompant, déterminent une pleurésie rapidement mortelle, mais que, le plus souvent encore, il s'établit des adhérences entre eux, le diaphragme, la plèvre, le poumon, de telle sorte que, s'ouvrant dans la cavité qu'ils se sont creusée au milieu du parenchyme pulmonaire, ils se vident par les bronches.

Dans ce dernier cas, comme dans celui que j'indiquais tout à l'heure pour les hydatides du poumon, les éléments de jugement ont un degré de certitude presque absolue. Indépendamment de la présence au milieu des matières de l'expectoration de fragments d'hydatides, ou d'hydatides entières, ces matières offrent des caractères particuliers qu'on ne saurait méconnaître. On y retrouve une liqueur de consistance épaisse, filante, d'une couleur jaune qui, par l'action de l'acide nitrique, passe au vert-de-gris, et est évidemment due aux principes colorants de la bile. Quelquefois ces liquides sont d'un brun chocolat, dû à leur mélange avec une certaine quantité de sang. De plus, la tumeur que le foie augmenté de volume formait dans la région de l'hypochondre droit diminue; les mouvements du diaphragme, jusque-là considérablement gênés, peuvent devenir plus faciles. Enfin, les gargouillements, le souffle amphorique, la résonance de la voix que l'on entend en appliquant l'oreille ou le stéthoscope à la place occupée auparavant par la tumeur, démontrent l'existence d'une

(1) J. Cruveilhier, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie* en 15 volumes, article ACÉPHALOCYSTES. Paris, 1829, t. I, p. 129.



caverne, qui s'est évidemment creusée tour à tour dans le poumon et dans le foie.

Messieurs, lorsque vous aurez diagnostiqué une tumeur hydatique intra-thoracique, soyez d'une extrême réserve dans le pronostic.

Tout en pouvant espérer que les choses marcheront bien, que la maladie se terminera heureusement par les seuls efforts de la nature et suivant le mécanisme sur lequel je me suis longuement étendu, vous ne devez pas oublier que ce travail d'élimination si favorable peut ne pas s'accomplir sans danger. Au début, il peut donner lieu à des accès de suffocation; la présence dans les voies aériennes des hydatides et des liquides qui irritent la membrane muqueuse des bronches, celle de la trachée et le larynx, peut occasionner des quintes de toux susceptibles elles-mêmes de provoquer des hémorragies mortelles, comme M. le docteur Pillon en a rapporté un exemple. Vous devez craindre l'hydro-pneumothorax et ses conséquences fatales. Vous avez à redouter aussi l'asphyxie, conséquence de la gêne apportée à la respiration, quand la tumeur, ayant acquis des proportions considérables, arrive à comprimer le poumon, et cela, non-seulement dans les cas analogues à celui de Dupuytren et Geoffroy, où la tumeur intra-thoracique est double, mais alors encore qu'il n'y en a qu'une d'un seul côté.

En dehors de ces circonstances fâcheuses, et lorsque les hydatides auront trouvé leur voie par les tuyaux bronchiques, vous pourrez espérer la guérison, une guérison assez prochaine. Les accidents inflammatoires qui accompagnaient le travail d'élimination cessent; la fièvre tombe, l'appétit renaît, et le retour à la santé peut être complet au bout de quelques semaines.

En présence de ces tumeurs hydatiques intra-thoraciques, la médecine a-t-elle à intervenir activement? Le plus sage est de s'abstenir; ici encore, comme en tant d'occasions, il faut savoir attendre en surveillant attentivement son malade, en cherchant à modérer les accidents inflammatoires et à soutenir les forces de l'économie.

L'extrême prudence que je vous conseille va jusqu'à repousser les ponctions exploratrices qu'on serait tenté de faire pour éclairer un diagnostic incertain. Ces ponctions peuvent être fatales, alors que des adhérences ne se sont pas établies entre la tumeur et les parois de la poitrine, en devenant la cause d'un épanchement pleural dont je vous ai dit les dangers. Or, il est impossible, même au médecin le plus expérimenté, d'affirmer que ces adhérences existent. Que si les circonstances vous commandaient rigoureusement d'intervenir et de donner issue aux liquides, la première indication serait de provoquer l'inflammation adhésive si absolument nécessaire; ce qui ne se pourrait qu'autant que la tumeur serait en contact avec la cage thoracique et qu'il n'y aurait pas de lamelle de poumon interposée entre elles. L'acupuncture multiple répétée plusieurs jours de suite remplirait cette indication, et cette indication remplie, la ponction avec le bistouri, ou avec un gros trocart, serait employée pour vider la poche, dans laquelle on ferait ensuite des injections iodées.

En définitive, ce mode de traitement ne différerait en rien de celui que j'ai adopté pour la guérison des kystes hydatiques du foie, et que je me réserve de vous exposer en détail quand l'occasion se présentera de vous parler de cette affection. J'ajouterai, en finissant, que jamais je ne l'ai employé contre les hydatides du poumon, que j'ignore même s'il l'a jamais été, et que, par conséquent, je n'en saurais prévoir les résultats.