

D'autres accidents peuvent être encore la conséquence de la gêne survenue dans le jeu des organes avec lesquels les tumeurs hydatiques viennent affecter des rapports anormaux.

En se développant du côté du ventre, un kyste volumineux peut repousser l'estomac, refouler en bas la masse intestinale, et descendre jusqu'à la crête iliaque droite. Si, quand bien même elle n'est pas énorme, la tumeur arrive à comprimer les principaux troncs veineux qui sont en rapport avec le foie, la veine porte, la veine cave inférieure, on verra se produire l'ascite, l'œdème des extrémités inférieures; ces complications sont, à la vérité, exceptionnelles dans la maladie dont nous parlons.

En se développant du côté de la face convexe de la glande, et à mesure qu'il prend de l'accroissement, un kyste hydatique refoulera le diaphragme dans la poitrine, médiatement le poumon, le cœur; puis, en remontant quelquefois ainsi jusqu'à la deuxième côte et jusqu'à la clavicule, il simulera un épanchement pleurétique, et gênera singulièrement la respiration et la circulation cardiaque. Je ne dis rien encore des cas où la tumeur, écartant ou détruisant les fibres du diaphragme, pénètre directement dans la cavité pleurale; je reviendrai sur ce sujet lorsque j'aurai à m'occuper des communications qui peuvent s'établir entre ces kystes hydatiques et l'appareil respiratoire.

Je signalais tout à l'heure l'hépatite comme une des complications de l'affection hydatique du foie. Cette inflammation plus ou moins aiguë, plus ou moins étendue, est provoquée, ou par la présence d'un kyste très-volumineux, ou par le développement très-rapide de la tumeur; elle peut survenir accidentellement, soit par suite d'une violence extérieure, comme un effort, un coup porté sur la région malade, soit consécutivement à une intervention médicale, une ponction exploratrice, l'acupuncture, une application de caustique, ou toute autre opération tentée pour arriver à la guérison du mal.

Cette inflammation aboutit souvent à la suppuration, envahit dans quelques cas les veines. Quelquefois cette phlébite est causée par l'introduction de quelque matière septique dans la cavité des vaisseaux. Dans certains cas, en effet, des kystes hydatiques se sont ouverts dans la veine cave, d'autres fois, ils se sont ouverts non-seulement dans des ramifications de cette veine, mais encore dans les vaisseaux de nouvelle formation que nous avons vus ramper à la surface de la tumeur. Dans ces circonstances les malades succombent emportés par les accidents de l'infection purulente.

Qu'elle se soit développée spontanément, qu'elle ait été provoquée par une cause accidentelle, qu'elle l'ait été par des manœuvres chirurgicales, l'inflammation peut rester limitée au kyste lui-même, qui se transforme alors en un véritable abcès; et c'est là un des modes de terminaison, assez commun peut-être, de l'affection hydatique du foie.

Quand elle a été provoquée, la suppuration du kyste est occasionnée, soit par une sorte de fermentation putride développée dans l'intérieur même de la cavité par la présence d'hydatides tuées par le fait de l'opération; soit par

l'irritation que l'instrument a déterminée dans les parties occupées par la tumeur et qui s'est propagée dans son intérieur.

Toujours est-il que cette inflammation suppurative s'annonce par un mouvement fébrile très-vif, par des douleurs aiguës que le malade éprouve dans toute la région, alors que jusqu'ici il n'avait accusé que des douleurs obtuses. En même temps, dans le plus grand nombre des cas, une teinte subictérique, quelquefois un ictère très-foncé indiquent que le parenchyme du foie participe à la fluxion inflammatoire.

J'insiste, messieurs, sur ce mode de terminaison par inflammation suppurative des kystes hydatiques du foie, et je dois ici vous en rapporter un fait remarquable que m'a communiqué M. le docteur Laboulbène, mon collègue dans les hôpitaux; plus tard, je vous en rappellerai un autre exemple observé par vous dans les salles mêmes de la clinique, et auquel je viens de faire allusion.

Dans le fait de M. Laboulbène, il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, entré le 1^{er} septembre à l'Hôtel-Dieu, où il fut placé au n^o 23 de la salle Sainte-Madeleine.

Il se disait malade depuis dix-huit jours et affirmait avoir toujours joui jusque-là d'une excellente santé. En travaillant de sa profession de journalier, il avait été pris tout à coup, sans avoir fait de chute, sans avoir reçu de coup, d'une douleur de ventre occupant la région du colon transverse. Il se purgea à trois reprises différentes, bien qu'il ne ressentit aucun trouble gastrique; ni diarrhée, ni constipation, ni vomissement. Sa douleur persistant et augmentant au point de le forcer de garder le lit, il entra à l'hôpital.

A son arrivée dans les salles, M. Laboulbène fut frappé de l'aspect typhoïde de sa physionomie. Il était couché sur le dos, les yeux injectés. Cependant il ne se plaignait ni de mal de tête, ni de vertiges alors même qu'on le faisait asseoir; mais sa langue était épaisse, sèche, et un peu noirâtre à la surface; sa soif était vive, il était sans appétit, sans avoir toutefois d'envies de vomir. Son ventre était un peu développé, sans tension notable, sans gargouillements dans la fosse iliaque droite; on ne trouvait aucune trace de taches rosées lenticulaires. La région de l'hypochondre droit était un peu douloureuse et l'on constatait une augmentation du volume du foie, qui remontait presque jusqu'au niveau du mamelon et débordait en bas les fausses côtes de quatre travers de doigt sans présenter, d'ailleurs, de saillies ou d'inégalités. La rate était également un peu plus volumineuse qu'elle ne l'est normalement, ayant, du reste, de 9 à 10 centimètres seulement. Il y avait de la fièvre; la peau était chaude, le pouls à 100. On ne constatait, d'ailleurs, aucun phénomène anormal du côté du cœur ou des poumons.

La sclérotique avait une légère teinte subictérique, mais les urines n'offraient pas de coloration anormale, et ne contenaient ni biliverdine, ni albumine, ni glycose.

M. Laboulbène prescrivit une médication tonique, dont le vin et le quinquina firent les frais.

Quelques jours après, le malade avait un peu de frisson vers le soir et l'état typhoïde augmentait de plus en plus; la diarrhée était survenue et restait persistante, le ventre était ballonné, la langue sèche comme un morceau de liège; les frissons du soir, l'ensemble de l'état général présentait bien plus les caractères d'une infection purulente que ceux d'une fièvre typhoïde.

Le 8 septembre, le malade avait rendu quelques gouttes de sang par le nez; sa situation était considérablement empirée de jour en jour, et la mort arrivait dans la nuit.

A l'autopsie, M. Laboulbène trouvait le foie volumineux, adhérent à la face antérieure et inférieure du diaphragme. A la partie supérieure du lobe droit, son tissu était ramolli; et là il existait un kyste ne faisant pas saillie à la surface de l'organe et d'où s'échappa une grande quantité de liquide d'un jaune blanchâtre, d'aspect purulent, renfermant un nombre considérable de corps ressemblant à des capsules transparentes de gélatine ou à des cristallins ramollis. Ce liquide, examiné par M. Davaine, était constitué par des leucocytes purulents et par des globules mûriformes bien nets.

Les corps gélatiniformes coupés par tranches minces, offraient des fragments qui, placés de champ, présentaient l'aspect caractéristique de la membrane propre des hydatides. C'étaient des couches stratifiées comparables à ce qu'on produirait en coupant transversalement par minces lanières des bandettes de taffetas gommé superposées. M. Davaine ne trouva aucune trace d'échinocoque ou de crochets. Les hydatides n'avaient pas la membrane germinale sur laquelle germent ces entozoaires avant de devenir libres. On avait donc affaire, dans ce cas, à des *hydatides arrêtées dans la première période de leur développement*.

Le kyste, à sa face interne, était doublé de fausses membranes peu adhérentes, teintées en plusieurs points par de la bile. En quelques parties, elles étaient épaisses, fibreuses. Après les avoir enlevées, M. Laboulbène constata dans l'épaisseur des parois du kyste des veines rampant à la surface et des canaux biliaires. Les veines étaient grosses et flexueuses.

A la face antérieure du foie, sur le côté du ligament falciforme, M. Laboulbène trouva plusieurs abcès de volume variable, semblables à des abcès métastatiques. A l'intérieur de ces abcès, il n'y avait pas de membrane formant parois, celles-ci étaient constituées par le tissu même du foie. Le liquide purulent qu'ils renfermaient était, dans quelques-uns, coloré par de la bile, qui sourdait, en effet, par quelques canaux biliaires qui, ainsi que M. Davaine le constata, venaient s'ouvrir dans quelques-uns de ces abcès; des collections purulentes semblables à celles-ci s'étaient faites également dans le lobe gauche du foie.

Dans une des branches de la veine cave, on trouva un caillot adhérent se prolongeant dans des ramifications plus petites; et, dans une des veines afférentes, il y avait une fausse membrane tubulée remplie de pus, qui sourdait de ce tube quand on exerçait une pression sur lui.

L'intestin était injecté dans toute sa longueur, mais sans présenter d'ulcérations.

On ne rencontra d'abcès métastatique ni dans la rate, ni dans les poumons.

Maintenant, messieurs, qu'il se soit transformé en abcès, ou qu'en raison même du volume énorme qu'il a pris, le kyste hydatique tende à se rompre, il arrivera un moment où le liquide qu'il contient s'ouvrira une voie à travers les parties qui avoisinent la tumeur. Cette voie se fera quelquefois au dehors, à travers les parois abdominales, à la façon des abcès du foie, des tumeurs biliaires; et, lorsque des adhérences naturellement établies entre les parois de la tumeur et le feuillet pariétal du péritoine empêcheront les liquides de s'épancher dans la cavité péritonéale, ces conditions seront les plus favorables à la guérison définitive du kyste. C'est là ce que nous cherchons à imiter artificiellement dans nos moyens de traitement.

Mais, pour ne parler encore que des tumeurs hydatiques du foie développées du côté de la surface concave de l'organe, leur ouverture spontanée pourra se faire dans l'abdomen, soit dans le péritoine, et il en résultera des accidents inflammatoires promptement mortels, soit dans les vaisseaux, ainsi que nous l'avons dit, soit dans les voies biliaires, soit enfin dans l'estomac, dans l'intestin, et ici ce seront les cas les plus heureux.

Ces particularités demandent que nous nous y arrêtions un instant.

Je ne reviendrai pas sur la communication entre les kystes hydatiques du foie et les veines, il m'a suffi de vous avoir signalé sa possibilité et les conséquences qu'elle entraîne.

L'ouverture des tumeurs hydatiques dans les conduits biliaires s'explique par l'ulcération des parois de ces conduits déterminée par la compression que la tumeur exerce sur eux. Les vésicules s'engagent dans leur cavité. D'abord ce sont de petites hydatides qui s'y introduisent, et qui, poussées par la bile sans cesse sécrétée derrière elles, passent des branches dans les gros troncs des canaux, et de là dans l'intestin. Si elles sont d'un très-petit volume, elles peuvent être expulsées sans grande difficulté; si elles sont plus grosses, elles cheminent plus lentement, et l'accumulation de la bile à laquelle elles font obstacle amène la dilatation des conduits. Cette dilatation permet à des hydatides plus grosses de s'engager à leur tour et de parcourir le même trajet. Il arrive ici ce qui arrive pour les calculs biliaires; les mêmes symptômes, à cela près pourtant des douleurs qui sont beaucoup moins vives, la jaunisse, la décoloration des matières fécales, accompagnent cette évacuation des tumeurs hydatiques par les voies biliaires. Quand on examine les garderobes, on trouve des débris d'acéphalocystes et mêmes des hydatides entières. Cette communication peut se faire directement entre la tumeur et le canal cholédoque, elle peut même se faire entre la tumeur et la vésicule biliaire où l'on a retrouvé des hydatides. Comme les calculs biliaires, les vers vésiculaires engagés dans le conduit hépatique ou dans le cholédoque peuvent amener la rétention de la bile, mais dans ces cas la nature du mal reste habituellement méconnue

jusqu'au moment où l'examen des matières des garderobes permet d'établir plus positivement le diagnostic.

De cette communication entre les voies biliaires et les kystes hydatiques du foie, accidents d'ailleurs relativement assez communs, il résulte souvent que la bile passe dans la cavité même de la tumeur. A l'autopsie, on trouve alors les hydatides rompues, vides, plus ou moins colorées en jaune. Il est probable que le contact prolongé de la bile entraîne la mort des vers vésiculaires, et nous verrons, à propos du traitement, qu'on a voulu utiliser ce fait pour la guérison des kystes hydatiques, en injectant du fiel de bœuf dans leur intérieur, médication pour le moins étrange.

En définitive, la rupture spontanée des tumeurs hydatiques du foie dans les canaux biliaires n'amène pas nécessairement des complications mortelles; elle est en quelques cas un mode de terminaison favorable de l'affection. Mais ces chances d'heureuse terminaison sont bien autrement nombreuses quand il s'établit une communication entre les kystes et le *canal intestinal*, bien que, dans ces cas, comme dans l'autre, l'évacuation des liquides enfermés dans la tumeur se fasse avec beaucoup de lenteur, qu'il faille quelquefois plusieurs mois pour qu'elle soit complète; bien qu'aussi il puisse arriver que l'ouverture, trop étroite, ne suffisant pas pour livrer passage au contenu du kyste, celui-ci s'ouvre alors dans d'autres points et se vide tout à la fois dans l'intestin, dans un autre organe ou à l'extérieur.

Pour que cette communication s'établisse soit avec l'estomac (ce qui est le cas le plus rare et aussi le moins favorable de beaucoup), soit avec l'intestin (et alors c'est le duodénum, et plus souvent encore le côlon ascendant ou transverse, ce qui est le cas le plus ordinaire et aussi le plus heureux), il faut que la tumeur et les organes dans lesquels elle va se vider aient contracté des adhérences; autrement on aurait à craindre ces épanchements brusques de liquide dans le péritoine, dont la conséquence immédiate est une péritonite suraiguë, mortelle en quelques heures. Ces adhérences sont le résultat du travail phlegmasique des feuillets séreux du kyste et du tube digestif accolés l'un à l'autre. Elles se produisent ici comme nous les voyons se produire dans les cas de phlegmon de la fosse iliaque ou du ligament large par exemple, lorsque ces phlegmons suppurés se vident en s'ouvrant dans l'intestin ou dans la vessie. J'aurai occasion de vous dire un jour combien est ordinaire ce mode de terminaison des abcès iliaques et pelviens, que nous observons si fréquemment dans la pratique, et qui, abandonnés aux seuls efforts de la nature, guérissent presque toujours.

L'affaissement, la disparition d'une tumeur qui auparavant faisait saillie dans la région hypochondriaque droite et vers l'épigastre, quelquefois une sensation particulière accusée par le malade, les vomissements de matières purulentes, d'abord sans fétidité, mais prenant bientôt une odeur fétide, et contenant des hydatides ou des débris d'hydatides, annoncent que le kyste s'est fait jour dans l'estomac. La présence de ces vers vésiculaires ou de leurs mem-

branes dans les matières des garderobes annonce qu'il s'est ouvert dans l'intestin, soit dans le duodénum, soit dans le côlon. Dans ce dernier cas, qui, je le répète, est le plus ordinaire, les choses se passent simplement; s'il survient une diarrhée abondante, elle n'est pas de longue durée, et en lavant les matières on trouve non-seulement de petites hydatides, mais quelquefois aussi l'hydatide mère qui simule une fausse membrane de dimensions plus ou moins considérables. Cette évacuation des kystes hydatiques du foie peut se faire tout à la fois et dans l'estomac et dans une autre partie du tube digestif; mais, je le répète encore, ce mode de terminaison n'est jamais plus heureux que lorsque l'évacuation a lieu seulement du côté du gros intestin.

Lorsque le kyste hydatique s'est développé du côté de la *surface convexe du foie*, celui-ci est repoussé plus ou moins bas dans la cavité abdominale où il déplace la masse intestinale; le diaphragme est fortement refoulé dans la cage thoracique. La tumeur peut remonter ainsi très-haut jusqu'à la quatrième, la deuxième côte, jusqu'à la clavicule, en repoussant le poumon, et la respiration est d'autant plus embarrassée, que le diaphragme et le poumon sont singulièrement gênés dans leurs fonctions.

Que le muscle soit resté intact; que, ses fibres ayant disparu dans une étendue variable par le fait de la compression exercée sur elles, il y ait une perforation qui livre passage à la tumeur, la présence du kyste hydatique dans la poitrine en impose souvent pour un épanchement pleural dont la percussion et l'auscultation fournissent les signes physiques: matité absolue, absence du murmure respiratoire, et quelquefois égophonie, si, comme cela arrive fort souvent, il existe en même temps un peu de suffusion pleurale.

Cependant un examen attentif permet de saisir des différences qui aideront au diagnostic. Ainsi la matité est habituellement limitée dans un certain espace; son niveau varie de telle sorte que, en percutant, par exemple, le long de la colonne vertébrale, on trouve cette matité complète, tandis qu'en dehors, sur la paroi latérale du thorax, on trouve au même niveau de la sonorité, quelle que soit la position que l'on fasse prendre au malade; ou bien c'est en dehors que la matité est absolue; tandis que, le long du rachis, le son est clair et le murmure vésiculaire s'entend. Sans doute cette circonscription de la matité pourrait tenir à une pleurésie enkystée; mais, d'une part, cette forme de pleurésie est assez rare; d'autre part, elle ne donne point lieu à la déformation particulière que prend généralement la poitrine dans les cas de tumeurs hydatiques, déformation globuleuse circonscrite qui s'étend à la région du foie. L'hésitation n'est plus possible lorsque, indépendamment de l'abaissement de la glande dans l'abdomen, on arrive à percevoir, au niveau du rebord des fausses côtes, une fluctuation profonde, lorsque surtout il y a du frémissement hydatique; du reste, une ponction exploratrice lèverait bien vite les dernières doutes que l'on pourrait avoir sur la nature de l'affection.

On comprend que, lorsqu'un véritable épanchement pleurétique vient à se faire, sous l'influence de l'irritation causée par la présence de la tumeur

dans la cavité pleurale, le diagnostic différentiel devient impossible à établir.

Dans les cas auxquels nous avons fait allusion, où il s'est fait une perforation du diaphragme, consécutive à la disparition des fibres musculaires longtemps comprimées par le kyste hydatique; dans ces cas, dis-je, la tumeur du foie peut contracter des adhérences avec le poumon et, en se rompant, elle se met en communication avec cet organe. Les symptômes de l'affection pulmonaire, ou plutôt leur signification reste alors le plus souvent méconnue, jusqu'au jour où la cavité accidentelle du poumon venant à communiquer avec les bronches, les matières expectorées fournissent pour le diagnostic des éléments caractéristiques. Ce seront des hydatides, des débris d'hydatides; ou bien les crachats seront mélangés de bile, dont la présence ne laissera aucun doute sur le siège de la tumeur dans le parenchyme même du foie.

Cette communication entre les kystes hydatiques du foie et les bronches a été, dans un assez bon nombre de faits rapportés par les médecins, un heureux moyen employé par la nature pour arriver à la guérison complète de l'affection dont nous nous occupons.

Dans d'autres circonstances, cette heureuse terminaison a encore eu lieu de la même façon, c'est-à-dire par l'élimination à travers les bronches des matières contenues dans un kyste du foie, bien que la tumeur, après avoir perforé le diaphragme, se fût rompue dans la plèvre.

Toutefois, messieurs, la rupture des kystes du foie dans la cavité pleurale a généralement pour conséquence une pleurésie suraiguë avec épanchement considérable qui s'annonce par une violente douleur de côté, un mouvement fébrile intense, et amène promptement l'hydro-pneumothorax et la mort.

Lorsque les choses marchent moins rapidement, la communication peut s'établir entre le kyste et la plèvre d'une part, entre la plèvre et les bronches d'autre part, et l'on constate encore tous les signes de l'hydro-pneumothorax, ainsi que nous venons d'en observer un exemple.

En résumé, les kystes hydatiques de la face convexe du foie peuvent remplir la cage thoracique et simuler des épanchements pleurétiques; ils peuvent s'ouvrir directement dans le poumon, et alors ils peuvent trouver une voie d'élimination à travers les bronches; souvent alors les malades guérissent. Ils peuvent s'ouvrir dans la plèvre, et donner lieu à une pleurésie promptement mortelle; ils peuvent enfin s'ouvrir à la fois dans la plèvre et dans les bronches à travers le poumon, et, bien que, dans ces cas, la guérison arrive quelquefois, le plus souvent la maladie se termine par la mort.

Déjà, dans une de nos conférences consacrée à l'étude clinique des hydatides du poumon (1), j'ai eu l'occasion de vous entretenir de ce mode de terminaison des kystes hydatiques du foie par leur ouverture dans la cavité thoracique

(1) Conférence XXXIV, t. I, p. 743.

et dans les poumons. Je vous en avais précédemment (1) rapporté un exemple emprunté à la pratique nosocomiale de mon collègue M. le docteur Empis. A ce fait, à ceux auxquels je vous ai renvoyés et qui ont été publiés par différents auteurs (2), j'ajouterai aujourd'hui celui qui s'est passé sous vos yeux dans notre salle Saint-Bernard où vous avez été à même de l'étudier attentivement.

Ce fait, intéressant à tous égards, nous présente ceci de particulier qu'il s'agit d'un kyste hydatique du foie qui s'ouvrit successivement dans les voies biliaires, au-dessous du diaphragme et dans la plèvre. Comme, à mon avis, il perdrait beaucoup à être raconté en abrégé, je vous demande la permission de vous en lire la relation, telle qu'elle a été rédigée par mon chef de clinique, M. Michel Peter.

« R... (Amélie), âgée de vingt-sept ans, entre le 11 septembre 1863 dans le service de M. Trousseau.

» Il y a trois semaines qu'elle a éprouvé de vives douleurs à l'épigastre et à l'hypochondre droit pendant deux jours, et à la suite de ces douleurs il apparut de l'ictère. Depuis cette époque, l'ictère devint de plus en plus foncé. Depuis cette époque aussi, les douleurs se sont manifestées périodiquement sous forme d'accès tous les deux jours, le soir, et durant chaque fois deux heures environ.

» A dater du début de tous ces accidents, il y eut de l'anorexie et de la dyspepsie, l'ingestion des aliments ou des boissons provoquant bientôt des douleurs à l'épigastre.

» Les vomissements ne se sont montrés que depuis trois jours.

» Indépendamment des douleurs qui se manifestent par accès avec intensité, il en existe de continues, mais qui sont tolérables.

» Enfin, il y a trois ou quatre ans, à la suite d'une violente attaque de douleurs épigastriques semblables à celle qui se manifesta il y a trois semaines et qui dura une douzaine d'heures, cette jeune femme eut un ictère qui persista près de trois semaines.

» Au moment de son admission à l'hôpital, la malade présente une coloration jaune des plus foncées. Elle est maigre; sa figure exprime la souffrance, et sa santé semble fortement compromise. La peau n'est pas chaude, et le pouls a peu de fréquence.

» Diagnostic : *Coliques hépatiques, avec congestion considérable et consécutive du foie.*

» Dans la soirée, la malade éprouve un frisson assez fort et prolongé, en même temps que de l'exaspération de la douleur dans l'hypochondre et à l'épigastre. La fièvre persiste toute la nuit, et le 12 septembre la malade est

(1) Conférence XXXII, t. I, p. 642.

(2) Conférence XXXVI, t. I, p. 743.

en proie à une fièvre ardente; la peau est sèche, les pommettes sont rouges, et le pouls bat 132 fois par minute.

» Il y a une très-vive douleur à la région du foie. A la percussion, on trouve que cet organe a plus que doublé de volume.

» La malade vomit tout ce qu'elle ingère; le soir, elle a une épistaxis peu abondante.

» Diagnostic : *Hépatite.*

» On applique dix sangsues à l'anus qui donnent lieu à un écoulement de sang assez abondant et produisent un soulagement marqué. Ce soulagement persiste pendant trois jours; cependant le foie reste toujours aussi volumineux; il descend jusque près de l'ombilic, et envahit tout l'épigastre. La fièvre persiste avec redoublement tous les soirs.

» Dans la soirée du 14, une douleur des plus violentes survient brusquement à la base droite de la poitrine. Cette douleur, qui gêne la respiration, se propage jusqu'à l'épaule droite. Il survient bientôt du délire qui dure toute la soirée.

» A la visite du lendemain 15, la douleur à l'hypochondre, avec irradiation à l'épaule et dans toute la paroi thoracique correspondante, persiste avec la même intensité; cependant on ne trouve rien à l'auscultation de la poitrine. — On prescrit un bain qui produit du soulagement.

» Le 16, l'ictère est d'un jaune safrané. L'état de la malade est des plus pénibles; elle pousse des gémissements continuels; la douleur est toujours aussi vive, et s'oppose à ce que l'on percute. La respiration est incomplète et anxieuse; il n'y a pas d'égophonie. — On prescrit 5 milligrammes de calomel toutes les heures.

» Diagnostic : *Pleurésie diaphragmatique par propagation de l'inflammation de la face convexe du foie à la plèvre.*

» Le 17, la douleur est beaucoup moins vive. Pour la première fois, on entend du souffle et de l'égophonie au tiers moyen de la région dorsale. Il y a de la matité dans tout le tiers inférieur de la poitrine, et de la résonance skodique dans le tiers supérieur de la poitrine en avant.

» Le 18, le pouls est à 132, petit; l'état général est très-grave.

» La matité a envahi tout le côté droit de la poitrine en arrière, et occupe même la fosse sous-épineuse; en avant, la matité remonte jusqu'à la quatrième côte. La respiration est abolie dans la moitié inférieure de la poitrine; dans la moitié supérieure et au voisinage de la colonne vertébrale, on entend un souffle voilé et de l'égophonie, intenses surtout dans les fosses sus- et sous-épineuses. La matité de la région hépatique reste la même; mais la douleur à la percussion a presque entièrement disparu.

» La respiration est haute sans être cependant trop fréquente. Le nez est pincé, la figure est très-altérée et les joues sont cyanosées.

» Le lendemain 19, il y a une matité absolue du haut en bas de la poitrine en arrière. La région sous-clavière seule résonne assez bien, mais la réson-

nance est skodique. En arrière, il y a du souffle et de l'égophonie dans la fosse sous-épineuse et au niveau de la gouttière vertébrale. M. Trousseau fait constater aux assistants l'existence d'une fluctuation manifeste au niveau des espaces intercostaux. Cette fluctuation est produite par la percussion à l'aide du plessimètre et du marteau.

» L'abondance excessive de l'épanchement, au moins autant que l'état d'oppression de la malade, détermine M. Trousseau à faire pratiquer la paracentèse de la poitrine. Cette opération est aussitôt pratiquée par le chef de clinique, M. le docteur Peter. Elle fut très-émouvante, et, pour cette raison, mérite d'être racontée avec quelques détails.

» Après avoir préalablement incisé la peau à l'aide d'une lancette au niveau du cinquième espace intercostal et sur la ligne axillaire, l'opérateur fait pénétrer le trocart par une impulsion brusque et rapide. Le trocart étant retiré, il ne sort rien par la canule. On introduit alors par cette canule un stylet mousse, et aussitôt s'écoulent quelques gouttes d'un pus excessivement fétide.

» M. Trousseau, voyant la difficulté qu'éprouve le liquide à sortir de la poitrine, remplace la canule ordinaire par une autre très-grosse. Quelques cuillerées de pus s'échappent, puis l'écoulement s'arrête; le stylet mousse introduit de nouveau permet la sortie d'une substance gélatiniforme, qu'on reconnaît être une hydatide flétrie. M. Trousseau diagnostique aussitôt la *perforation du diaphragme par rupture d'un kyste hydatique du foie*, et une pleurésie purulente consécutive. Néanmoins, en vue d'évacuer la poitrine et de soulager la malade, M. Trousseau adapte à la canule une seringue à double courant et fait sortir ainsi un peu plus d'un demi-litre de pus. Les hydatides qui oblitèrent à chaque instant la canule rendent cette manœuvre difficile et assez infructueuse, aussi est-on obligé de renoncer à l'évacuation complète de la poitrine.

» On retire la canule, on applique un morceau de diachylon sur la plaie, et la malade est abandonnée à elle-même. Dans la journée, il survient du délire, l'oppression augmente et la mort a lieu près de vingt-quatre heures après l'opération.

» *Autopsie.* — Le foie est énormément augmenté de volume; le lobe gauche a deux fois au moins le volume du lobe droit.

» Dans le lobe droit, au niveau du bord postéro-supérieur, et faisant saillie du côté de la cavité de la plèvre et non du côté de la paroi abdominale, existe un kyste capable de loger le poing d'un adulte. Il est circonscrit du côté de la face péritonéale du diaphragme par des fausses membranes multiples, épaisses et de date évidemment très-ancienne. Les parois de ce kyste sont tapissées par une fausse membrane fibreuse en certains points, athéromateuse en d'autres, incrustée de substance calcaire dans la plus grande partie de son étendue. Le kyste est rempli de pus au milieu duquel nagent des hydatides flétries. On y distingue trois perforations :

» 1° Une de ces perforations s'ouvre *au-dessous du diaphragme*, et il en résulte l'existence d'une cavité accidentelle située entre la face convexe du foie et la face inférieure du diaphragme, et circonscrite à la périphérie par des adhérences entre le foie et le diaphragme.

» 2° La deuxième perforation, dont l'orifice peut admettre l'index, communique avec le conduit hépatique, et par ce dernier débouche dans le canal cholédoque, lequel est très-dilaté et contient trois petites hydatides ratatinées et exactement moulées sur le conduit qu'elles oblitèrent.

» 3° La troisième perforation s'ouvre dans la cavité de la plèvre, à travers une perforation du diaphragme : elle présente un orifice inférieur capable d'admettre le petit doigt, et un orifice supérieur disposé en forme de fente allongée.

» Dans le lobe gauche se trouvent quatre abcès dont le plus volumineux a la grosseur d'une noix. Ils contiennent une matière d'aspect purulent et demi-concrète qui, examinée au microscope, se trouve être composée de globules purulents et de fibrine granuleuse.

» Les hydatides contenues dans le canal cholédoque étaient placées au point de confluence du conduit hépatique et du conduit cystique ; il en résulte que celui-ci est très-dilaté. Quant à la vésicule de la bile, elle a plus que triplé de volume et contient un liquide biliaire d'un vert très-foncé et de consistance oléagineuse. Cette vésicule ne renferme pas d'hydatides.

» Il y a dans la cavité de la plèvre près de deux litres de liquide purulent contenant des hydatides et en tout semblable à celui qui a été extrait par la paracentèse. Évidemment le trocart a pénétré dans la cavité de la plèvre et non pas dans celle du kyste ; la distance qui existe entre le kyste et la plaie faite à la poitrine par l'instrument démontre qu'il était matériellement impossible d'atteindre le kyste du foie avec la pointe du trocart. D'ailleurs la face diaphragmatique de la plèvre, ainsi que la base du poumon, sont tapissées par des fausses membranes tomenteuses, épaisses, formées de couches superposées, mais qui se laissent facilement déchirer et sont de date évidemment assez récente. Elles tapissent le poumon dans presque toute son étendue jusqu'au niveau de la fosse sous-épineuse en diminuant graduellement d'épaisseur.

» La rate est très-volumineuse et ne contient pas d'hydatides.

» Il n'y a rien à noter dans les autres organes. »

M. Peter fait suivre cette observation de réflexions que je veux aussi vous lire, et auxquelles je donne toute mon approbation.

« Il est évident, dit-il, que cette malade a éprouvé, il y a trois ans, une première attaque de *colique hépatique* ; qu'au début des accidents, qui devaient se terminer par la mort, elle a encore souffert de véritables attaques de colique hépatique ; il n'est pas moins évident que c'est au *passage successif des hydatides par les voies biliaires* que ces attaques de colique se sont produites. Ainsi la communication du kyste avec les voies biliaires eut pour première conséquence de produire des attaques de colique hépatique, ce qui, sans

être absolument rare, est loin d'être fréquent (1) ; mais ces conséquences ne furent pas les seules. En effet :

» 1° De ce que le kyste communiquait avec le conduit hépatique et par celui-ci avec le canal cholédoque, il s'ensuivait que le kyste avait avec l'intestin grêle une communication indirecte ; en conséquence, les hydatides pouvaient se frayer une issue à travers l'intestin, et ce pouvait être un mode d'évacuation et, par suite, de guérison du kyste (2).

» 2° De ce que les voies biliaires étaient en communication permanente avec le kyste, il pouvait en résulter et il en était résulté une double conséquence, par rapport aux hydatides et par rapport au kyste qui les contenait :

» Par rapport aux hydatides, car celles-ci furent tuées, ainsi qu'il arrive habituellement (3).

» Par rapport au kyste, la conséquence fut l'inflammation de ses parois (4), inflammation qui devint suppurative et transforma le kyste en un vaste foyer purulent. C'est par suite de cette inflammation lente, sourde, mais continue néanmoins, et dont le début remontait vraisemblablement à l'époque des premiers accidents, que des adhérences s'établirent entre la face convexe du foie et le diaphragme par péritonite partielle ; c'est par suite de cette même inflammation que le kyste se rompit successivement :

» 1° Au-dessous du diaphragme, sans que le liquide purulent se répandît dans la cavité du péritoine, puisque des adhérences rattachaient le diaphragme à la face convexe du foie ;

» 2° A travers le diaphragme dans la plèvre, par perforation successive des parois du kyste, du péritoine diaphragmatique, du diaphragme lui-même, et enfin de la plèvre diaphragmatique.

» Ainsi, le kyste s'était ouvert primitivement dans les voies biliaires, pendant la vie des hydatides, par le fait de l'accroissement de volume de celles-ci et pour le besoin de leur habitation ; et il s'était ouvert consécutivement au-dessous du diaphragme et plus tard dans la plèvre par suite d'un travail de phlegmasie ulcéreuse, dont l'introduction de la bile dans son intérieur avait été la cause première.

» Ce n'est pas tout. Par suite de la communication du kyste hydatique avec l'intestin, les gaz intestinaux pouvaient pénétrer dans l'intérieur de ce kyste, et ainsi se trouve expliquée la fétidité presque stercorale du liquide qui s'écoula par la ponction de la poitrine. Cette fétidité fit immédiatement dire à

(1) Frerichs mentionne le fait en ces termes : « On observe alors des symptômes analogues à ceux qui accompagnent le passage des calculs biliaires à travers le canal cholédoque. » (Voy. *Traité pratique des maladies du foie*. Deuxième édition, Paris, 1866, p. 593.)

(2) Frerichs admet ce mode de guérison, *op. cit.*, p. 581.

(3) Voy. Davaine, *Traité des entozoaires*, p. 478, et Frerichs, *op. cit.*, p. 581.

(4) M. Cruveilhier, G. Budd, sont d'avis que l'introduction de la bile dans le kyste est pour celui-ci une cause d'inflammation. M. Davaine ne se prononce pas.