

sur un enfant de treize ans. Dans ce cas, on n'observa pas la production de gaz. Un urticaire survint le deuxième jour après l'opération. Il y avait deux tumeurs qui diminuèrent graduellement.

Il est souvent difficile de décider si l'on doit opérer les kystes et quand il convient de le faire. Est-il permis d'exposer un malade au danger d'une opération assez fréquemment mortelle pour une tumeur, qu'il porterait peut-être vingt ans sans troubles notables, et qu'on a vue guérir sans l'intervention de l'art? Assurément non, s'il était possible de prévoir avec quelque certitude une marche aussi lente, ou si la guérison spontanée des kystes, qui ont atteint un volume assez grand pour être diagnostiqués, était un fait commun. Il n'en est malheureusement pas ainsi. La plupart des hydatides du foie, arrivées au point de devenir l'objet du diagnostic et d'un traitement médical, progressent fatalement et amènent la mort dans l'espace d'un à quatre ans, souvent même plus tôt, si l'opération n'intervient pas. L'inaction ne laisse donc en perspective qu'une fin prochaine et sûre.

Une seconde question est de savoir si l'on doit attendre, pour opérer, qu'on y soit contraint par la gravité des accidents, ou s'il vaut mieux le faire, lorsque l'état du malade est encore satisfaisant.

On prend difficilement ce dernier parti, et pourtant il ne faut pas trop attendre, car le danger augmente à mesure que les parois du kyste deviennent plus épaisses et moins élastiques, qu'elles perdent leur flexibilité et leur pouvoir de rétraction, que le foie s'atrophie et que les organes voisins sont refoulés par la pression du produit morbide; ajoutons encore la menace d'une mort rapide, qui peut se réaliser à chaque instant par la rupture ou l'inflammation du kyste sous l'influence d'une violence extérieure. On doit opérer dès que le kyste soulève la paroi abdominale ou thoracique, et quand on peut l'atteindre sans crainte de produire des lésions importantes. Lorsqu'on a affaire à des échinocoques relativement petits et jeunes, il n'est pas rare que la simple ponction avec le trocart explorateur provoque la mort des parasites et la rétraction du kyste. J'ai fait cette observation il y a plusieurs années, à la suite d'une ponction pratiquée pour éclairer le diagnostic, et depuis j'ai eu recours au même moyen trois fois avec succès. Je ne retire que deux onces de liquide à la fois, et je répète l'opération à plusieurs reprises; j'ai soin de promener la canule à travers la poche dans toutes les directions et jusqu'à la rencontre des parois pour y déterminer de l'irritation, déchirer les vésicules et arriver par là à faire périr la colonie. Je n'ai observé d'accidents sérieux dans aucun de ces cas;

deux fois j'ai pu suivre longtemps la diminution de la tumeur; j'ai perdu de vue le troisième malade, chez lequel la rétraction avait déjà commencé. L'opération n'eut aucun succès dans deux cas de kystes volumineux, qui continuèrent à s'accroître. Budd (1), pour évacuer plus facilement le liquide du kyste et empêcher l'entrée de l'air, a muni le trocart explorateur d'une pompe aspirante et en a obtenu de bons résultats.

Dans les kystes volumineux et anciens le trocart explorateur ne suffit plus; il faut alors employer une canule d'un plus fort calibre, afin de pouvoir évacuer plus ou moins complètement le contenu du kyste, si l'on veut en obtenir la rétraction.

Quand il y a une grande quantité de vésicules de seconde génération, ce qu'on reconnaît bientôt aux signes que nous avons indiqués, la ponction simple est le plus souvent suivie de suppuration; alors il faut laver le kyste avec des injections aqueuses, évacuer les vésicules par les moyens favorables, par l'aspiration, par la dilatation de l'ouverture au moyen de l'éponge préparée, par l'incision, etc. Plus tard on injectera de la teinture d'iode ou de la bile, pour empêcher la décomposition putride et provoquer dans les parois du kyste un travail de transformation propre à favoriser la cicatrisation. Ce résultat ne s'obtiendra évidemment qu'avec difficulté dans les kystes anciens, dont les parois sont rigides, cartilagineuses, ou présentent une transformation calcaire (2); la guérison sera d'autant plus prompte que le kyste plus mou et plus élastique se prêtera davantage à la rétraction.

Il importe par-dessus tout, avant de se décider à opérer, de s'assurer s'il existe des adhérences solides entre le kyste et la paroi abdominale ou thoracique. Si l'on n'a pas la certitude que cette condition existe, il faut d'abord se borner à une ponction capillaire, ou, lorsque les accidents exigent qu'on agisse promptement, laisser la canule en place, ou enfin employer le procédé de Récamier. On pourra aussi, dans certains cas, avoir recours à l'incision en deux temps.

Pour se convaincre de l'existence ou de l'absence des adhérences, on devra, suivant le conseil de Budd, tracer à l'encre les limites de la tumeur ou du bord inférieur du foie, et examiner si elles se déplacent dans les changements de position ou dans une inspiration forcée; en même temps, comme le veut Boinet, on observe si la

(1) Budd, *Medical Times and Gaz.*, May 1860.

(2) Quand la palpation ou le trocart explorateur feront reconnaître à temps ces états du kyste, on devra s'abstenir de toute opération.

partie la plus proéminente de la tumeur reste fixée au même point dans toutes les situations.

Quand la rupture des kystes hydatiques s'est effectuée dans les poumons, l'estomac ou l'intestin, dans la cavité abdominale ou la plèvre, on doit suivre l'indication des symptômes, conformément aux principes que nous avons émis plus haut, à propos de l'ouverture des abcès dans les mêmes parties.

XIII. — Observations.

J'appuierai de quelques observations intéressantes, empruntées à ma pratique, les opinions que je viens d'émettre.

OBSERVATION LXXIX. — *Échinocoque du poumon droit et du foie; rupture de ce dernier kyste et déchirure du parenchyme hépatique par une chute, épanchement sanguin dans le kyste hydatique, mort rapide.* — Ernestine Kliensporn, âgée de 26 ans, domestique, fut apportée morte à l'hôpital le 7 avril 1834. Elle était tombée du haut d'un escalier sur son ventre, qui était tuméfié depuis longtemps déjà. Elle mourut un quart d'heure après l'accident.

Autopsie le 8 avril. — Volume notable du corps, nutrition parfaite, face colorée, cicatrices de grossesse antérieure sur les parois abdominales.

Voûte du crâne épaisse, cavité petite, sang fluide dans les sinus, cerveau et membranes un peu anémiés.

L'orifice supérieur du larynx est rétréci par une infiltration œdémateuse des ligaments arythéno-épiglottiques et des cordes vocales. Une grande quantité de liquide spumeux remplit les ventricules de Morgagni et tapisse la trachée; muqueuse injectée; glande thyroïde volumineuse et congestionnée.

Poumons libres d'adhérences, congestionnés en arrière et en bas, très-œdématisés à la partie supérieure. On trouve dans le lobe inférieur du poumon droit, et circonscrit de toutes parts, un kyste non affaissé de 3 pouces de diamètre, ayant des parois fibreuses solides, adhérant au diaphragme par un faisceau de tissu conjonctif, mais libre dans tous les autres points. La poche est tapissée par la membrane gélatineuse épaisse d'un échinocoque, sur la face interne duquel on trouve de nombreux points blanchâtres; le liquide est incolore et limpide; on ne trouve pas de vésicules de seconde génération. Les bronches sont remplies d'écume rougeâtre; elles ne communiquent pas avec le sac. Péricarde lisse, cœur mou et affaissé, valvules normales.

Pas de liquide dans la cavité abdominale. Le ligament suspenseur du foie est tendu sur une tumeur ovale, grosse comme une tête d'enfant, fixée au bord du lobe gauche du foie. Cette tumeur, recouverte par l'épiploon et le ligament hépato-duodénal, est unie par des adhérences ligamenteuses aux parties voisines. Ses parois sont fibreuses et tapissées, à leur face interne, par une vésicule mère épaisse, gélatineuse, d'un blanc verdâtre, remplie d'un liquide limpide et incolore.

Sur le bord antérieur et inférieur du lobe droit, on trouve un second

sac affaissé, intimement uni au foie, de telle sorte que le parenchyme de la glande le recouvre dans une grande étendue. Il a 4 pouces en longueur et en largeur; il est rempli par du sang et des lambeaux détachés de la membrane gélatineuse, qui s'échappe dès qu'on ouvre le kyste (fig. 117).

La paroi supérieure du sac présente, au point où elle s'enfonçait dans le lobe droit du foie, une fente irrégulière d'un pouce d'étendue, qui conduit dans le parenchyme glandulaire. Par cette déchirure on pénètre dans un canal long de 3 pouces, qui se rétrécit à sa partie supérieure; les parois de ce canal sont formées par le parenchyme hépatique lacéré, et en quelque sorte isolé des rameaux d'une branche de la veine porte, qui est comme disséquée au fond de l'excavation. Les parties voisines sont très-molles et imbibées de sang. Le foie ne présente du reste rien d'anormal à sa surface ni dans son épaisseur.

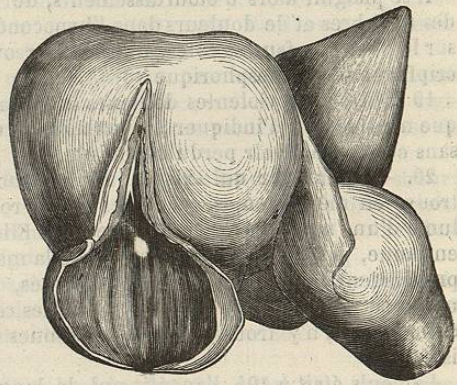


Fig. 117. — Kyste hydatique rompu à la suite d'une chute.

La vésicule biliaire, qui n'est nullement intéressée par la tumeur, contient de la bile claire et jaune.

Rate volumineuse et molle.

Reins à l'état normal.

Glandes solitaires de l'iléum saillantes; rien d'anormal d'ailleurs dans l'estomac et la muqueuse intestinale.

L'utérus volumineux est fermé par un bouchon de mucus; il contient vers son fond un œuf d'un pouce de diamètre.

L'ovaire droit présente un corps jaune du volume d'une noisette.

OBSERVATION LXXX. — *Contusion de la région hépatique; douleurs violentes, tumeur ovoïde vers le rebord des fausses côtes; subite exaspération de la douleur, absence du pouls, évacuation par les selles de vésicules d'échinocoques, diminution de la tumeur. Diarrhée, frissons répétés, ictère, anémie, épuisement menaçant; guérison lente.* — Carl Berger, apprenti boulanger, âgé de 16 ans, fut admis à l'hôpital le 14 juin 1838, et renvoyé le 2 août. Ce garçon raconte que pendant son enfance il a subi diverses sortes de maladies, qu'il ne peut décrire avec précision.

Depuis sa onzième année il avait cependant toujours été bien portant et robuste, et pendant deux ans il fut occupé à des travaux pénibles comme apprenti boulanger. Le 4 juin, pendant qu'il était à son travail, un de ses compagnons le frappa avec une bûche dans le côté droit et sur le dos; il éprouva aussitôt des douleurs violentes et tomba sérieusement malade.

Il perdit l'appétit, éprouva des nausées, de la céphalalgie et fut forcé

de garder le lit : on l'apporta à l'hôpital, le 14 juin, après qu'il fut resté couché cinq jours chez lui, sans avoir vu de médecin.

Il se plaignit alors d'étourdissements, de maux de tête, de brisement des membres et de douleurs dans l'hypocondre droit. On sentait à droite, sur le bord des fausses côtes, une tumeur ovale très-douloureuse. Prescription : acide phosphorique.

19 juin. — De violentes douleurs se déclarent rapidement, à l'endroit que nous venons d'indiquer ; le malade est sans pouls, froid et affaissé, sans cependant avoir perdu connaissance.

20. — La tumeur qui existait sur le rebord costal a disparu, et on trouve en même temps, dans les garde-robes, quatre vésicules du volume d'une noisette et même d'une noix. Elles étaient déchirées, colorées en jaune, présentaient les réactions de la matière colorante de la bile et provenaient bien d'un sac d'échinocoques, comme le prouva l'examen microscopique, en montrant leurs couches concentriques et leur nature amorphe. On n'y trouva pas de couronnes de crochets, ni de crochets isolés.

Le pouls était à 104, l'appétit nul, la langue médiocrement chargée. Garde-robes peu abondantes, contenant peu de bile, rendues spontanément ; pas d'ictère. Le foie mesurait à l'épigastre 8 centim., et sur la ligne du mamelon 13 centim., la région où la tumeur s'était développée était sensible à la pression. Pas de tuméfaction de la rate. Bruits du cœur purs ; peau sèche, avec une desquamation très-prononcée ; urine d'un jaune sale, sans matière biliaire.

24. — Trois garde-robes par jour de la même apparence que les précédentes, mais sans mélange d'échinocoques.

Sommeil calme ; le foie peu douloureux, son lobe gauche s'étend encore loin dans l'hypocondre gauche ; appétit bon ; 84 pulsations.

Urine sans pigment biliaire et sans albumine.

25. — Garde-robes entièrement décolorées, très-peu abondantes ; 86 pulsations.

26. — Ce matin, léger saignement de nez et vomissement sans motifs appréciables. Trois garde-robes pâles, peu abondantes ; urine d'un jaune brun ; appétit bon ; 96 pulsations, température un peu élevée.

27. — Foie sensible, appétit moindre, 120 pulsations. Dans l'après-midi, frisson suivi de sueurs, garde-robes sans changement.

29. — 96 pulsations. Le malade se trouve mieux ; urine d'un brun foncé, sans matière biliaire, deux garde-robes comme les précédentes. Appétit très-peu développé ; un peu de transpiration pendant la nuit. Température dépassant à peine l'état normal ; région hépatique peu sensible ; prescript. : Infus. de racine de quinquina avec gomme arabique.

2 juillet. — Pouls calme ; pas de frisson, appétit meilleur, peau sèche.

6. — Le malade se trouve bien. Appétit bon, langue nette, garde-robes fermes, sommeil calme ; pas de douleurs dans la région du foie ; pas de distension dans l'estomac ; pas de sensibilité à l'épigastre.

11. — Encore un vomissement ce matin, suivi d'augmentation de fréquence du pouls, qui s'élève à 120 dans l'après-midi ; la peau prend une teinte ictérique ainsi que l'urine, les garde-robes sont très-ténues et de couleur cendrée ; la région du foie est très-tendue et douloureuse.

Prescript. : Cataplasmes chauds ; décoct. de rac. d'althéa avec eau de laurier-cerise.

12, vers 10 heures. — Frisson suivi de chaleur et de sueur ; urine brune, avec un reflet verdâtre ; pouls à 120, petit. Douleur peu intense dans l'hypocondre droit, tension prononcée à l'épigastre.

13. — L'ictère augmente ; urine d'un brun tirant sur le noir ; douleurs depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic ; selles décolorées, argileuses. Pouls à 112, élévation de la température modérée ; sécheresse de la peau ; sommeil bon.

14. — Ce matin nouveau frisson d'un quart d'heure, suivi de sueur ; ictère un peu moins intense ; garde-robes sans matière biliaire, persistance de la tension épigastrique. Densité de l'urine 1009 ; celle-ci ne donne pas les réactions du pigment biliaire. 108 pulsations.

15. — 100 pulsations ; transpiration continuelle, garde-robes comme la veille, urine claire, ictère moindre. Léger souffle systolique au cœur, dû à l'anémie ; absence complète d'appétit, langue humide et nette. Densité de l'urine, 1009.

16. — 96 pulsations ; garde-robes plus foncées, ictère bien moins prononcé, urines encore foncées, mais plus claires que précédemment ; appétit un peu meilleur ; pas de douleurs dans la région du foie, pas de frisson.

18. — 96 pulsations ; peau fraîche et sèche, pas de frisson depuis trois jours ; sommeil bon ; appétit plus prononcé ; garde-robes plus colorées ; urines sans matière colorante biliaire. Décoct. d'écorc. de quinquina.

20. — 84 pulsations ; les inspirations profondes n'occasionnent pas de douleurs ; pas de tension à l'épigastre, pas de douleurs dans la région du foie. Anémie et amaigrissement très-prononcés.

21. — 72 pulsations ; le malade se trouve bien ; sommeil bon. Deux selles ténues ; appétit bon.

23. — La veille, dans l'après-midi, élévation du pouls très-prononcée, sans frisson ; selles d'un blanc jaunâtre, pas de douleurs à l'épigastre.

26. — L'urine présente des sédiments d'urates ; elle ne contient pas de matière colorante biliaire. L'appétit augmente ; selles encore ténues, en bouillie, pâles. Pouls très-petit, s'accélérait facilement. Le malade peut se lever.

2 août. — Il sort sur la demande de son père. L'anémie et l'amaigrissement sont encore très-prononcés ; la fièvre, l'ictère et les autres symptômes de maladie du foie ont complètement disparu.

Il est à remarquer qu'ici la perforation eut lieu quinze jours après la contusion du foie. Selon toute apparence, il y eut d'abord inflammation du kyste, consécutivement des adhérences et une communication avec l'intestin.

Le passage du contenu de la poche dans le tube digestif occasionna une diarrhée profuse.

On peut attribuer les frissons qui se répétèrent dans la suite, à l'accroissement de l'inflammation du kyste, à sa suppuration et peut-être au passage des matières intestinales dans sa cavité. Nous ne saurions dire si l'ictère a été occasionné par la compression que le kyste pouvait exercer sur le canal cholédoque, ou par la coexistence d'un catarrhe des voies biliaires. On examina à plusieurs reprises et avec soin les matières fécales

pour y rechercher les ténias, qui auraient pu se former du développement des vésicules d'échinocoques, mais ce fut toujours sans résultat; jamais on n'en découvrit les moindres traces.

OBSERVATION LXXXI. — *Contusion de l'hypocondre droit, hémoptysie, douleurs persistantes dans la partie inférieure du côté droit du thorax, tumeur hémisphérique s'élevant du foie dans la cavité thoracique; expectoration purulente; fièvre hectique; mort par épuisement.* — Autopsie. *Echinocoque du foie communiquant avec un abcès du poumon.* — Adolphe Schramm, ouvrier, âgé de 39 ans, fut admis le 12 décembre 1837 et mourut le 8 février 1838. Le malade attribue sa maladie actuelle à une chute sur le côté droit, qui eut lieu en 1830, occasionna un crachement de sang, et le contraignit à garder le lit huit jours. Depuis lors il ressent fréquemment des douleurs dans la partie inférieure droite du thorax et dans la région du foie. Il y a un an et demi, il éprouva ces douleurs pendant trois semaines, et plus tard elles se répétèrent encore à plusieurs reprises.

Depuis sept semaines elles sont revenues plus violentes, l'appétit s'est perdu, il y a des vomissements répétés, et il s'est développé un léger ictère.

L'épigastre et l'hypocondre droit sont douloureux et tuméfiés, les espaces intercostaux du côté droit sont élargis et présentent une tension élastique; la partie supérieure droite du thorax est à l'état normal, la partie inférieure offre une diminution de sonorité, qui commence au voisinage du mamelon sur la cinquième côte et s'étend jusqu'au niveau de l'ombilic, mesurant ainsi 18 cent. de hauteur; dans le creux axillaire, elle s'élève de 3 centim. plus haut et atteint 21 centim.; sur la ligne médiane elle commence sous la base de l'appendice xiphoïde et descend à quelques centimètres au-dessous; en dehors de la colonne vertébrale la sonorité pulmonaire s'étend 5 centim. plus bas que dans l'aisselle. On sent manifestement le bord tranchant du foie sur la limite inférieure de la matité. D'après cela il semble exister, au bord supérieur du foie, une tumeur globuleuse faisant saillie dans la cavité thoracique. Le cœur a sa position normale, ses bruits sont nets. Prescript. : Extrait aqueux de rhubarbe, avec eau de laurier-cerise.

14 décembre. — Diminution de la douleur, l'urine contient un peu de pigment biliaire.

22. — La douleur s'est accrue de nouveau de manière à rendre les mouvements du malade impossibles; celui-ci se trouve bien du reste; poul à 76, température normale. Prescript. : Sangsues, cataplasmes chauds.

27. — 60 pulsations irrégulières, température peu élevée, toux accompagnée de crachats purulents. La matité s'est étendue davantage vers la colonne vertébrale. Les douleurs ont légèrement diminué. Prescript. : Infus. de polygala.

6 janvier 1838. — Le thorax présente les mêmes modifications que précédemment, l'état général est moins bon. Le malade est affaibli, il éprouve de temps en temps des frissons suivis de chaleur et de sueurs.

Pouls à 90; perte absolue de l'appétit; garde-robes et urines normales. Prescript. : Infus. de quinquina avec liqueur ammoniacale anisée.

10. — Pouls à 80, petit; le malade délire et sort de son lit sans motif; retard dans les évacuations alvines, diminution de la toux. La matité est

un peu plus étendue; absence complète de vibrations thoraciques; on n'observe pas de contraction dans la moitié droite du diaphragme. Le choc du cœur se sent immédiatement sous le mamelon gauche; prescript. : Rhubarbe pour combattre la constipation, continuation de l'infusion de quinquina.

17. — Selles fréquentes, peu abondantes, sueurs nocturnes, insomnie. Prescript. : Quinquina, un grain d'opium le soir.

19. — La diarrhée a cessé, appétit modéré, œdème des pieds.

25. — Faiblesse musculaire extrême, garde-robes fermes. La tumeur est la même.

2 février. — Les selles redeviennent liquides, la toux augmente un peu, l'appétit est très-prononcé.

70 pulsations.

6. — Pouls à 76, très-petit, à peine sensible, faiblesse excessive, intelligence intacte. Prescript. : Infus. de quinquina avec éther sulfurique.

8. — Mort par épuisement.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Rien d'anormal dans la cavité crânienne. Dans la cavité thoracique on voyait à droite le diaphragme refoulé par le foie jusqu'à la troisième côte; une lame de poumon d'environ 2 pouces de hauteur descendait en avant du foie et recouvrait, à la partie supérieure de cet organe, une tumeur molle et élastique.

Le foie avait une direction oblique, le ligament suspenseur était à gauche de la ligne blanche. Dans la partie supérieure du lobe droit de la glande se trouvait une poche, dont le volume égalait presque celui d'une tête d'enfant; dans les efforts pour extraire l'organe, cette poche se déchira et laissa écouler un liquide d'un jaune verdâtre, purulent, mélangé de débris d'échinocoques morts (fig. 118).

La poche était intimement unie au diaphragme, et présentait, à sa partie supérieure, une ouverture où l'on pouvait introduire le doigt; par là, on pénétrait

dans une cavité cloisonnée par de nombreuses trabécules, remplie d'un liquide d'odeur infecte, et occupant le lobe inférieur du poumon. Le lobe supérieur était œdématisé, mais à l'état normal d'ailleurs.

Cœur petit, valvules normales. Muqueuse du pharynx, de l'œsophage, du larynx et de l'estomac, pâle.

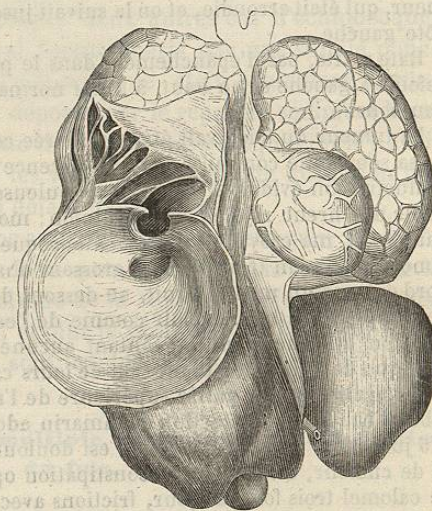


Fig. 118. — Kyste hydatique suppuré et communiquant, à travers le diaphragme, avec la plèvre et le poumon.

Rate petite, contenant peu de sang.

Le pancréas est situé verticalement, et refoulé à gauche de la colonne vertébrale.

État anémique des intestins.

Reins à l'état normal. Vessie remplie d'urine pâle.

OBSERVATION LXXXII. — *Tumeur fluctuante volumineuse et douloureuse du foie, datant de plusieurs années; dyspnée, troubles digestifs, aspect cachectique. Ponction, frissons répétés, convalescence longue; guérison.* — M. V.-N., âgé de 46 ans, avait été à Carlsbad pendant cinq années pour un gonflement du foie; il en revint, l'été de 1860, dans un état d'épuisement très-prononcé. Il était amaigri, pâle et très-irritable; chaque mouvement provoquait de violentes douleurs dans l'hypochondre droit et la région lombaire, de sorte qu'il ne pouvait se lever ou se coucher qu'avec peine. L'appétit était nul, les selles rares, il y avait une dyspnée accompagnée d'une toux courte et sèche, le pouls était à 70, petit.

L'hypochondre droit tendu et soulevé était sensible à la pression; la percussion révélait, sur la verticale du mamelon, une matité qui partait de la cinquième côte, descendait au-dessous de l'ombilic et avait 11 pouces $\frac{3}{4}$ de longueur; la fluctuation était évidente à l'épigastre et, à droite, sur le bord externe du muscle droit, 3 pouces au-dessous du rebord costal; on limitait parfaitement le contour inférieur de cette tumeur, qui était arrondie, et on la suivait jusqu'au cartilage de la huitième côte gauche.

Rate petite, pas d'épanchement dans le péritoine. Le cœur est un peu refoulé à gauche et en haut, à l'état normal du reste, ainsi que les deux poumons.

La tumeur du foie avait été considérée comme un carcinome, à cause de sa sensibilité constante et de l'apparence cachectique du malade; mais la fluctuation évidente, la forme globuleuse et la longue durée de la tumeur me firent rejeter cette opinion; mon collègue Langenbeck, qui partageait ma croyance à un échinocoque du foie, fit, le 2 juillet, une ponction avec un trocart de la grosseur d'une plume de corbeau, sur le bord externe du muscle droit, au-dessous du rebord costal. Il sortit plus de 3 litres d'un liquide clair comme de l'eau, nullement albumineux, à réaction alcaline et ne présentant aucune trace d'échinocoques, non plus que de leurs membranes ou de leurs crochets.

Application sur la partie supérieure de l'abdomen d'une serviette imbibée d'eau froide; décoction de tamarin additionnée de sulfate de soude.

5 juillet. — La région du foie est douloureuse, alternatives de frisson et de chaleur, 96 pulsations, constipation opiniâtre. Prescript. : 2 grains de calomel trois fois par jour, frictions avec l'onguent napolitain.

7, 8 et 10. — Les frissons se renouvellent; la fréquence du pouls oscille entre 90 et 110, jusqu'au 12, où il tombe à 60; la sensibilité du côté droit disparaît alors complètement, l'hypochondre et l'épigastre sont souples, la matité est réduite de 11 pouces $\frac{3}{4}$ à 4 pouces, on ne peut plus atteindre le bord inférieur du foie avec les doigts. Les fonctions digestives étaient cependant encore complètement anéanties. Elles ne se rétablirent que lentement par l'emploi d'une infusion de rhubarbe et de substances analogues. Le 29 juillet, le malade se trouvait assez bien pour retourner dans son pays.

Environ un mois plus tard, des frissons se reproduisirent sous forme d'accès irréguliers, selon toute apparence sous l'influence du froid et d'erreurs de régime; le foie redevint sensible, l'appétit disparut et la nutrition s'altéra. Un régime sage, le repos, de petites doses de quinine, des vésicatoires dans la région du foie, triomphèrent peu à peu de ces troubles, qui faisaient craindre une suppuration des parois du kyste, et amenèrent la guérison définitive.

Il s'agissait évidemment ici d'un échinocoque stérile d'un volume considérable. Une simple ponction de la poche et l'évacuation aussi complète que possible de son contenu par la pression suffit pour amener l'inflammation de ses parois et consécutivement sa disparition. Les frissons répétés, qui survinrent après l'opération, à deux reprises séparées par plusieurs semaines, font croire qu'il se forma dans la poche des exsudats purulents, qui se condensèrent plus tard par la résorption, avant que le kyste disparût. S'il y eût eu un grand nombre de vésicules de seconde génération, on aurait probablement été contraint, par le volume du kyste, d'évacuer à plusieurs reprises son contenu et d'y faire des injections de bile ou d'iode.

En 1864, j'ai guéri dans ma clinique un kyste hydatique du foie par une seule ponction. La guérison était complète après 4 jours.

Langenbeck m'a communiqué deux autres cas d'échinocoques empruntés à sa pratique, qui furent guéris par une simple ponction. Dans l'un des deux, l'échinocoque était également stérile; dans l'autre le liquide laissa déposer par le repos un sédiment blanchâtre formé en grande partie de jeunes échinocoques; il n'y avait ni vésicules ni membranes; les vésicules de seconde formation paraissaient donc encore faire défaut dans ce cas.

Cette dernière circonstance est d'une grande valeur pour le succès de l'opération. Plus est grande la quantité de liquide fournie par la ponction, relativement au volume de la tumeur, moins il doit exister de vésicules secondaires, et plus le pronostic est favorable.

Les kystes simples stériles sont les plus faciles à guérir.

Art. VII. — Échinocoque multiple, échinocoque multiloculaire du foie.

I. — Historique.

Les deux premières observations de cette forme particulière d'échinocoque du foie furent publiées par Buhl (1); mais il n'en reconnut pas la nature, et il confondit ces tumeurs avec le colloïde

(1) Buhl, *Illustrirte Münchener Zeitung*, 1852, t. I, p. 102, et *Zeitschrift für rationnelle Medicin*, 1854, t. IV, p. 356.