

SEIZIÈME LEÇON

LES HÉMOPTYSIES DES KYSTES HYDATIQUES
DU POU MON

MESSIEURS,

Il fut un temps où l'hémoptysie était presque toujours interprétée comme un symptôme de tuberculose pulmonaire. Un homme crachait-il du sang, on le considérait comme voué à la tuberculose; on croyait qu'il devait finir « poitrinaire ». On savait fort bien que l'hémoptysie peut précéder d'un temps plus ou moins long les autres signes de la tuberculose du poumon et l'idée dominante c'est que tout individu atteint d'hémoptysie est en réalité un tuberculeux.

Peu à peu, ces idées se sont modifiées et la valeur sémiologique de l'hémoptysie a été autrement interprétée. On a vu d'abord que certaines personnes, les femmes surtout, les femmes non réglées, les femmes hystériques, peuvent avoir des hémoptysies dites supplémentaires, nerveuses, qui n'ont rien à voir avec la tuberculose.

Puis on a décrit des hémoptysies parfois abondantes, répétées, et même mortelles qui n'ont aucun rapport avec la tuberculose et qui sont associées aux lésions de la dilatation des bronches. On a reconnu que des gens atteints de dilatation des bronches avec hémoptysies et chez lesquels on

eût soupçonné l'association de la tuberculose et de la bronchectasie sont souvent exempts de tuberculose, la bronchectasie étant chez eux la cause unique des crachements de sang. Les travaux de Hanot et Gilbert¹, et de Cornil² ont contribué à nous faire connaître ces hémoptysies bronchectasiques. Ce fait n'avait du reste pas échappé à Laënnec qui, dans son admirable chapitre sur la dilatation des bronches, relate l'histoire d'un malade atteint de bronchectasie et d'hémoptysie, et à l'autopsie duquel « on n'aperçut aucun tubercule dans toute l'étendue du poumon ».

On vit également que certaines hémoptysies qu'on eût mises volontiers sur le compte de la tuberculose pulmonaire devaient être rapportées à la formation et à l'expulsion de petits calculs broncho-pulmonaires. Il existe en effet une lithiase broncho-pulmonaire qui peut être une source d'hémoptysies; j'ai eu l'occasion d'observer des cas de ce genre et un de mes anciens internes, le D^r Paulalion³ a consacré à ce sujet un très remarquable travail. L'expectoration des calculs broncho-pulmonaires s'accompagne parfois d'hémoptysies abondantes et même foudroyantes; l'hémoptysie peut précéder le rejet du calcul ou survenir pendant la crise qui caractérise l'expulsion.

D'autres lésions peuvent également susciter des hémoptysies abondantes et répétées sans que la tuberculose puisse être incriminée. Je veux parler de la pseudo-tuberculose aspergillaire. Le premier malade de ce genre que j'ai eu dans mon service nous arriva à la consultation de l'hôpital en pleine hémoptysie et les hémoptysies se succédèrent; c'était un gaveur de pigeons, atteint d'aspergillose pulmonaire. Un de mes élèves, aujourd'hui mon collègue, le D^r Rénon⁴, a

1. Hanot et Gilbert. État des vaisseaux dans les parois des bronches dilatées. *Archives de physiologie*, 1884, p. 452. — Dejean. Hémoptysies non tuberculeuses de la dilatation des bronches. *Thèse de Paris*, 1886. — Houdinet. Hémoptysies et dilatations bronchiques. *Thèse de Paris*, 1896.

2. Cornil. Dilatation des bronches, mort par hémoptysie. *France médicale*, 25 avril 1887.

3. Paulalion. Les pierres du poumon, de la plèvre et des bronches. *Thèse de Paris*, 1891.

4. Rénon. Recherches cliniques et expérimentales sur la pseudo-tuber-

fait sur cette pseudo-tuberculose aspergillaire sa thèse inaugurale et une série de très importants travaux.

Contrairement à l'aspergillose pulmonaire qui est habituellement suivie d'hémoptysies, l'actinomycose du poumon ne produit presque jamais l'hémoptysie. « Quoique l'envahissement du poumon dans l'actinomycose soit le même que dans la tuberculose, il est exceptionnel d'observer le début dramatique avec hémoptysies. L'observation de Sommer est une des seules où l'on signale des crachements de sang abondants¹. »

Aux causes nombreuses d'hémoptysies non tuberculeuses que je viens de vous signaler, je pourrais joindre la syphilis pulmonaire et les infarctus pulmonaires, y compris les hémoptysies d'origine cardiaque, mais pour le moment je laisse de côté toutes ces variétés d'hémoptysie, et en fait d'hémoptysies non tuberculeuses simulant à s'y méprendre l'hémoptysie tuberculeuse, je vais vous parler des hémoptysies consécutives aux kystes hydatiques pulmonaires. Ce sera l'objet de cette leçon. Vous allez voir la place importante, je dirais presque la place prépondérante que prend l'hémoptysie dans l'histoire du kyste hydatique du poumon. En voici des exemples :

Le malade que je vous présente m'a été adressé il y a six semaines, à l'Hôtel-Dieu, par le D^r Leroy. Depuis quatre ans, cet homme a inscrit avec soin les différents épisodes de sa maladie, aussi nous est-il facile d'en reconstituer fidèlement l'évolution.

Le 22 mai 1898, sans cause appréciable, survient une première hémoptysie. En même temps apparaît, au côté droit de la poitrine, un point douloureux dit pleurétique. Pendant trois semaines, le patient garde le lit sans autres symptômes que la douleur thoracique et plusieurs hémoptysies peu abondantes. Il sort de là assez affaibli, sans pou-

culose aspergillaire. *Thèse de Paris, 1893. Étude sur l'aspergillose chez les animaux et chez l'homme. Paris 1897.*

1. Poncet et Bérard. *Traité clinique de l'actinomycose humaine. Paris, 1898.*

voir regagner son état de santé antérieur. Quatre mois plus tard, le 18 septembre, éclate une nouvelle et forte hémoptysie évaluée à un demi-litre environ de sang spumeux et rutilant. Cette fois l'émotion est vive chez le malade et dans la famille. A dater de ce moment, la toux s'installe avec ténacité; le malade se croit atteint de bronchite, mais dans son entourage on est convaincu qu'il est tuberculeux. On le soigne en conséquence, mais sans succès, car les forces décroissent graduellement. Par intervalles, des douleurs reparassent au côté droit de la poitrine, l'appétit diminue et l'amaigrissement aboutit, en six mois, à une perte de poids de 15 kilogrammes.

L'année suivante, en 1899, mêmes symptômes; la toux est fréquente, quinteuse, et les crachements de sang reparassent avec une nouvelle intensité. On note quatre grandes hémoptysies : le 3 mai, le 8 juillet, le 4 août et le 9 novembre. Chaque fois, l'hémoptysie est traitée par l'ergotine, par des potions à l'eau de Rabel et par des applications de glace, avec repos absolu au lit. Chacune de ces fortes hémoptysies laisse le malade encore plus affaibli; toutefois il n'a pas de fièvre; il tousse continuellement; la situation s'aggrave, et le diagnostic de tuberculose pulmonaire à forme hémoptoïque ne paraît plus douteux.

Sur ces entrefaites survient un incident décisif, qui, du même coup, renverse le diagnostic de tuberculose pulmonaire et révèle la vraie nature de l'affection. Le 12 novembre, c'est-à-dire dix-sept mois après la première hémoptysie, le malade est pris de quintes de toux plus violentes que jamais, et, au milieu de crachats sanguinolents et abondants, il rejette une large membrane si caractéristique, que le D^r Leroy n'hésite pas un instant à reconnaître une membrane de kyste hydatique. Dès lors, tout s'explique. La douleur thoracique, la toux, la soi-disant bronchite et les nombreuses et abondantes hémoptysies que le malade avait eues pendant dix-sept mois, tout cela devait être mis sur le compte, non pas d'une tuberculose pulmonaire, mais sur le compte d'un kyste hydatique du poumon que rien n'avait permis de reconnaître jusque-là.

A dater de ce moment, l'expulsion des membranes hydatiques et les hémoptysies se sont renouvelées un grand nombre de fois, et, souvent, le rejet de membranes kystiques, que j'appellerai par abréviation vomique hydatique, a été accompagné de crachats purulents non fétides. On n'a jamais constaté ni la fétidité de l'haleine, ni cette odeur d'hydrogène sulfuré que j'ai signalée depuis longtemps dans certains kystes hydatiques infectés.

Chez cet homme, l'expulsion des membranes hydatiques est presque toujours annoncée vingt-quatre ou trente-six heures avant, par une recrudescence des quintes de toux et par des hémoptysies plus ou moins abondantes; par contre, il lui arrive d'avoir des hémoptysies qui ne sont suivies d'aucune vomique hydatique. Ainsi, du 24 mars aux premiers jours d'avril 1901, on a compté treize grandes hémoptysies sans aucune expulsion de pus ou de membranes. Les hémoptysies ont continué pendant le mois de mai, et ce n'est que le 25 août qu'un nouveau crachement de sang a été suivi du rejet de pus et de larges membranes. Pendant les quatre derniers mois de l'année 1901, les hémoptysies ont reparu, et elles ont presque toujours été suivies de vomique hydatique avec ou sans crachats purulents.

D'après ce que nous a raconté le malade, la vomique hydatique se fait tantôt sans trop de difficultés, surtout quand la membrane à expulser est de petite dimension, tantôt c'est au prix d'efforts les plus pénibles, avec angoisse et sensation d'étouffement, que les grandes membranes sont rejetées. Deux fois même, les quintes de toux qui favorisaient l'expulsion des membranes ont été si violentes, que de longues membranes ont été projetées dans les fosses nasales et ont dû être extraites par le nez. En 1902, les hémoptysies et les vomiques hydatiques ont continué, et, jusqu'à ce jour, du 22 mai 1898 au 12 avril 1902, cet homme a eu une soixantaine d'hémoptysies et quarante-trois vomiques hydatiques. Voici plusieurs flacons qui contiennent des membranes hydatiques récemment rejetées; quand on les étale, certaines ont la dimension du creux de la main; l'examen histologique en a démontré la nature, le malade n'est pas tuberculeux.

Quelques mots maintenant sur le diagnostic topographique et sur le pronostic du kyste hydatique pulmonaire de notre homme. Ce kyste occupe la base du poumon droit. Nous constatons, en effet, dans le tiers inférieur de la poitrine, du côté droit, une matité bien nette, et à ce niveau le murmure vésiculaire normal est remplacé par l'absence de bruits normaux et anormaux; à peine trouve-t-on quelques frottements-râles. La base du thorax n'est ni amplifiée, ni déformée. La radiographie pratiquée par M. Lacaille prouve que c'est bien là le siège de la lésion.

Mais comme cette lésion de la base du poumon droit confine à la face supérieure du foie, on pourrait se demander, à la rigueur, s'il ne s'agit pas ici d'un kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches. Je rejette ce diagnostic pour plusieurs raisons que voici :

Au cas d'hydatide hépatique, le foie est très volumineux, d'abord à cause du kyste et ensuite à cause de l'hypertrophie compensatrice qui l'accompagne si souvent; or chez notre homme le volume du foie est normal. De plus les vomiques d'origine hépatique contiennent souvent des éléments de la bile; on n'en a jamais constaté chez ce malade. Enfin, chose essentielle, qui sert à différencier les kystes hydatiques de la base du poumon droit, des kystes de la face convexe du foie ouvert dans les bronches, c'est que notre malade a eu des hémoptysies *précoces*, hémoptysies qui peuvent survenir, dès la formation du kyste pulmonaire et longtemps avant sa rupture.

Un kyste de la face convexe du foie peut, comme le kyste du poumon, provoquer des douleurs thoraciques, des frottements pleuraux et une matité à la base du thorax, mais les hémoptysies précoces, celles qui surviennent des semaines et des mois avant la rupture du kyste, sont l'apanage du kyste pulmonaire. Certes des hémoptysies peuvent survenir quand le kyste hépatique se rompt dans le poumon, mais ces hémoptysies-là sont contemporaines de la rupture et de la vomique hydatique; tandis que chez notre malade, les hémoptysies ont été tellement précoces qu'elles ont précédé de dix-sept mois la première vomique. Il s'agit donc bien

chez lui de kyste hydatique du poumon et non pas de kyste du foie ouvert dans les bronches.

Restait à discuter le pronostic et le traitement. D'une façon générale, le kyste hydatique du poumon est souvent une affection grave qui peut nécessiter l'intervention chirurgicale, mais chez notre homme, nous n'avons à noter ni fièvre, ni accidents infectieux; l'élimination du kyste se fait sans complication. Depuis quelques semaines l'appétit est meilleur, le malade a déjà repris plusieurs kilos et son état général est plus satisfaisant. Tout fait donc supposer qu'il se débarrassera complètement de son kyste sans autres accidents; c'est la guérison en perspective. En pareille circonstance, la chirurgie n'a pas à intervenir¹.

Le cas que je viens de vous rapporter est bien fait pour mettre en relief la valeur des hémoptysies dans l'évolution du kyste hydatique du poumon, hémoptysies qui ont précédé de 17 mois la rupture du kyste et qui ont persisté jusqu'à son élimination complète. Je vais vous signaler d'autres exemples analogues, et vous présenter la question avec ses différentes modalités.

Il y a trois mois, je vous ai porté un flacon contenant de larges lambeaux de membranes d'hydatide, voici à quelle occasion. Un habitant de la République Argentine se croyant atteint de tuberculose pulmonaire était venu me consulter au commencement de cette année. Il se plaignait depuis deux mois de toux opiniâtre et d'hémoptysies fréquemment répétées. Il n'expectorait pas. A l'auscultation je ne découvris nulle part trace de tuberculose, ni râles, ni matité. L'examen des crachats nous manquait, puisque le malade ne crachait pas. L'appétit était mauvais et cet homme maigrissait. Je laissai le diagnostic en suspens. A quelques semaines d'intervalle, je revis le patient une deuxième et une troisième fois et l'investigation la plus minutieuse ne me permit de rien découvrir. Les hémoptysies continuaient.

1. Ce pronostic s'est réalisé; pendant plusieurs mois, notre homme a eu encore quelques hémoptysies et quelques vomiques qui ont été de plus

Un jour le malade vint me voir et me porta un flacon contenant un liquide trouble, avec une quantité de lambeaux membraneux qu'il avait rendus pendant la nuit au prix de terribles quintes de toux et d'étouffement allant jusqu'à la suffocation. Le diagnostic était fait, je vous ai montré le corps du délit, cet homme était atteint de kyste hydatique du poumon assez profondément caché pour échapper jusque là à notre examen.

En juin 1892, un de mes élèves est pris d'hémoptysie, il tousse, il se croit tuberculeux, mais il n'expectore pas. C'est dix mois plus tard, en avril 1893, qu'au milieu d'accès de suffocation il fait une petite vomique hydatique avec membranes et expectorations fétides. Il n'était nullement tuberculeux, il s'agissait d'un kyste hydatique du poumon dont il a guéri.

Au nombre des kystes hydatiques du poumon où les hémoptysies ont joué un rôle prépondérant, il est deux observations qui sont d'autant plus intéressantes qu'elles concernent deux étudiants en médecine qui ont recueilli et publié leur propre cas avec un soin tout particulier.

La première de ces observations est celle de M. Chachereau¹, en voici le résumé : Des douleurs thoraciques (peut-être de la pleurésie) ouvrent la scène, la toux est fréquente; au printemps de 1879 le malade expectore des crachats noirâtres. Après une accalmie relative de longue durée, la toux et des crachats franchement sanguinolents apparaissent en mai et juin 1882. Les signes stéthoscopiques sont à peu près nuls. Les crachats sanglants ressemblent à du mucus mêlé de sang; « ils ont l'apparence de cassis et de groseille ». Jusque-là les petites hémoptysies ne sont qu'à l'état d'ébauche et laissent soupçonner la tuberculose. Tout à coup le diagnostic jusque-là fort douteux se précise. Un terrible accès de suffocation est suivi d'une hémoptysie abondante et de l'expulsion de petites hydatides de la dimension

en plus légères, l'amélioration c'est fortement accentuée, et aujourd'hui, huit mois après cette leçon, il est complètement guéri.

1. Chachereau. Kyste hydatique du poumon, urticaire hydatique. *Thèse de Paris*, 1884.

de grains de raisin. Les semaines suivantes, les petites hémoptysies se répètent avec expulsion d'hydatides.

A dater de juillet les hémoptysies deviennent plus intenses et plus répétées, « elles rappellent tout à fait par leur couleur rutilante et leur aspect spumeux les hémoptysies ordinaires de la phtisie ». Les crachements de sang sont accompagnés ou suivis de rejet d'hydatides. En août survient une vomique de pus verdâtre sans odeur marquée. Vers la fin du même mois, nouvelles hémoptysies. Pendant les mois de septembre et octobre, les hémoptysies se répètent, toujours accompagnées d'expectoration purulente et du rejet d'hydatides. Enfin, en novembre, dernière hémoptysie, amélioration et guérison définitive. En résumé, dit M. Chachereau, les hémoptysies ont duré depuis le 22 mai 1882 jusqu'au 11 novembre 1883, c'est-à-dire dix-huit mois, et l'expectoration hydatique avec ou sans crachats purulents s'est renouvelée quinze fois. Remarquons en outre que des plaques d'urticaire ont souvent accompagné les hémoptysies et les expectorations hydatiques.

L'observation de l'autre étudiant en médecine est celle de M. Marconnet¹. En voici le résumé : La maladie semble avoir débuté par des pleurésies droites. La toux était suivie d'expectoration de mucus teinté de sang. Après différentes péripéties, apparition pendant deux mois de crachats hémoptoïques suivis en avril 1889 d'une véritable hémoptysie. Le malade se rend à La Bourboule, convaincu qu'il est atteint de tuberculose pulmonaire. A la fin d'avril nouvelle hémoptysie et expectoration purulente. En octobre départ pour Alger. Amaigrissement considérable, toux fréquente, affaiblissement progressif, sueurs nocturnes, fièvre hectique, crachats purulents et sanguinolents. On pensait alors à une phtisie avancée.

Ce diagnostic devait recevoir bientôt un démenti formel. Le 31 décembre, survient tout à coup une vomique d'un demi-litre de liquide clair comme de l'eau, et aussitôt après éclate une épouvantable hémoptysie. « Je me sens mourir,

1. Marconnet. Kyste hydatique du poumon. *Le progrès médical*, 1891, p. 518.

dit M. Marconnet, et je ne vois aucune chance de salut, le sang coule toujours de ma bouche, je suis presque exsangue je perds connaissance. A ce moment mon vase de nuit est plein de sang; après l'avoir rempli, j'en ai encore craché dans une cuvette une notable quantité. En tout j'ai rendu au moins deux litres de sang. » Deux jours après cette hémorragie presque foudroyante qui avait coïncidé avec la rupture d'un kyste hydatique du poumon, « l'hémoptysie continue avec une abondance inquiétante ».

A dater de ce moment l'haleine et les crachats purulents prennent une horrible fétidité et, dans la nuit du 13 au 14 janvier, au milieu de quintes de toux, notre jeune étudiant rejette plusieurs membranes hydatiques de 4 à 5 centimètres carrés. Dès lors, l'amélioration se fait progressivement, et en mai 1890 on pouvait considérer la guérison comme définitive.

Voici une autre observation¹ qui prouve elle aussi, que les hémoptysies peuvent précéder d'un temps fort long les autres signes de l'hydatide du poumon. Un homme âgé de cinquante-deux ans se croyant atteint d'un rhume vulgaire se met à cracher le sang. Les jours suivants surviennent de véritables hémoptysies. Le malade entre alors à l'Hôtel-Dieu dans le service de Sée. Là, ses hémoptysies continuent pendant cinq mois. Il quitte l'Hôtel-Dieu, mais à peine rentré chez lui les crachements de sang se multiplient. Il entre dans le service de Moutard-Martin. La toux est opiniâtre, on constate une voussure à la base de la poitrine et on diagnostique une pleurésie enkystée. On pratique une ponction qui rectifie le diagnostic et qui démontre l'existence d'un kyste hydatique du poumon. Au moment de la ponction « le malade est pris soudain d'un formidable accès de toux, il suffoque et aussitôt éclate une hémoptysie extrêmement abondante. Le malade rend le sang à pleine gorge et remplit deux cuvettes. L'hémorragie, qui a commencé à dix heures du matin, ne cesse complètement que vers deux heures du soir ».

1. Delgrange. *Thèse de Paris*, 1879, p. 39.

Une malade du service de M. Landouzy¹ a depuis trois mois des hémoptysies fréquentes qui font croire à l'existence d'une tuberculose pulmonaire. Ces hémoptysies constituées par du sang spumeux et rutilant sont évaluées chaque fois à un demi-verre. Alors apparaissent la dyspnée, l'anorexie, l'amaigrissement. Le thorax est fortement voussuré du côté gauche et le cœur est très dévié à droite. On fait le diagnostic de kyste hydatique du poumon, diagnostic vérifié par la ponction.

Une observation de M. Laveran² concerne un soldat, s'adonnant beaucoup à l'escrime, qui pendant un assaut fut pris d'une hémoptysie évaluée à un verre de sang. Quelques jours plus tard il éprouva des douleurs des deux côtés de la poitrine, et il eut plusieurs hémoptysies moins abondantes que la première. Ce n'est que six mois après sa première hémoptysie qu'on eut la raison de ses crachements de sang, il fut pris de vomique et rendit du pus avec des membranes hydatiques.

Un malade du D^r Watelet est pris d'hémoptysie et se met à maigrir. On le croit tuberculeux. Quatre mois plus tard les crachements de sang reparaisent, la toux devient incessante, la dyspnée arrive jusqu'à la suffocation et le patient est pris d'une vomique hydatique avec larges membranes et crachats purulents d'odeur fétide. On vit alors que les hémoptysies de cet homme étaient l'indice, non pas d'une tuberculose, mais d'un kyste hydatique du poumon.

M. Millard m'a fait part du cas suivant. Il est consulté autrefois par un homme d'une trentaine d'années, affligé depuis assez longtemps d'une toux rebelle, considérée comme d'origine tuberculeuse et pour laquelle on avait conseillé la cure des Eaux-Bonnes. Mais dans la nuit même qui suivit son arrivée dans cette station, il fut pris d'une hémoptysie abondante qui sembla confirmer le diagnostic de tuberculose. La cure des Eaux-Bonnes fut ajournée, et dès que le voyage fut possible le malade revint à Paris.

1. *Le progrès médical*, 30 juin 1883.

2. *La médecine moderne*, 4 février 1892.

C'est alors que le vrai diagnostic se révéla, car ce jeune homme fut pris de vomique hydatique constatée par M. Millard. Il n'était pas tuberculeux, il avait un kyste hydatique du poumon.

Dans une observation de Mercier citée par Trousseau, il est dit qu'un homme de trente-huit ans était sujet depuis plusieurs années à de fréquentes hémoptysies, bien qu'il ne présentât d'ailleurs aucun signe de tuberculose pulmonaire. Il fut pris subitement d'une douleur violente 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 siégeant 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.

Dans les cas nombreux que je viens de vous citer, les malades n'ont pas succombé à l'hémoptysie, même quand ces hémoptysies ont été abondantes et répétées. Mais il se peut que l'hémoptysie hydatique prenne de telles proportions que la mort en puisse être la conséquence. En voici un cas¹: Un jeune garçon de dix-sept ans avait depuis deux ans et demi de petites hémoptysies; une fois même il rendit une demi-pinte de sang. Ayant beaucoup maigri et sa santé s'étant altérée, il entra à l'hôpital. Il y fut pris d'expectoration abondante et on constata le rejet d'une membrane hydatique. Sa santé s'étant améliorée il quitta l'hôpital, mais il y revint six mois plus tard ayant encore eu une hémoptysie d'une demi-pinte de sang. On avait fait le diagnostic du kyste hydatique et ce kyste siégeait à la base du poumon gauche. Les jours suivants les événements se précipitent, les hémoptysies se succèdent coup sur coup, en telle abondance que le malade succombe. A l'autopsie on trouve un kyste hydatique occupant le lobe inférieur du poumon gauche. L'hémorragie venait d'une veine pulmonaire dilatée et perforée.

1. Behr. Des hydatides du poumon. *Thèse de Paris*, 1895, p. 107.