

Les *vésicules* naissent sous forme de bourgeonnements sessiles, qui se pédiculisent, se remplissent de liquide, s'accroissent, se détachent et tombent à l'intérieur du kyste (*vésicules filles*). Les vésicules filles contenues dans le kyste primitif sont plus ou moins volumineuses, et certaines contiennent même une troisième et une quatrième génération. Leur structure est identique à celle du kyste générateur. Tant que la membrane germinative du kyste hydatique ne donne naissance qu'à des vésicules sans échinocoques, l'hydatide est dite *acéphalocyste* (ἀ, κεφαλή, sans tête). Mais il arrive un moment où la vésicule germinative produit les échinocoques; on dit alors que le kyste est *fertile*. Cette fertilité peut être mise en évidence par la réaction dite iodophile. Avec la gomme iodée (Loeper), on constate que la membrane germinative, les têtes d'échinocoques et les hydatides sont remplies de glycogène quand elles sont vivantes; elles en sont dépourvues quand elles sont mortes.

L'*échinocoque* (ἐχίνος, hérisson, κόκκος, grain) ressemble d'abord à une granulation blanchâtre qui fait saillie à la face interne du kyste, et qui se pédiculise. Il est formé d'une tête qui possède 4 ventouses et une double couronne de 20 à 30 crochets; la tête est séparée du corps par un col; le corps est arrondi et terminé par un prolongement qui fixe l'animal à la membrane germinative. Quand ce prolongement se rompt, l'animal tombe dans le liquide du kyste.

Le *liquide* du kyste hydatique est transparent comme de l'eau de roche, d'où le nom de ces kystes (ὕδατις, de ὕδωρ, eau). La quantité du liquide varie de quelques grammes à plusieurs litres. On y découvre au microscope des crochets d'échinocoques; il contient du chlorure de sodium, mais pas d'albumine. La présence de l'albumine dans ce liquide indique, d'après Gubler, la mort des hydatides.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique des kystes du foie se confond en partie avec l'évolution du kyste et avec ses divers modes de terminaison, tels que : *perforation, ruptures, fistules, transformations diverses*; l'anatomie pathologique sera donc faite au cours de la description.

Mais une lésion doit nous arrêter plus longuement, c'est l'hypertrophie du foie due à l'*hyperplasie compensatrice* de l'organe. J'ai déjà étudié cette question au sujet des gros foies cirrhotiques des alcooliques, la même question se présente quelque peu modifiée au sujet des kystes hydatiques du foie. Plusieurs auteurs, Ponfick, Hanot, Kahn, ont étudié cette hypertrophie vicariante qui atteint le lobe kystique et surtout le lobe resté sain; je ne connais pas d'exemple plus complet que celui qui a été rapporté par Chauffard¹.

Dans le cas en question, le malade ayant succombé, on trouva que le foie atteint de kyste hydatique pesait 6500 grammes et, vidé de son kyste, il pesait encore 2600 grammes, c'est-à-dire 4000 grammes environ de plus qu'un foie normal; le lobe gauche pesait 1200 grammes. L'hyperplasie compensatrice avait même dépassé le but, et c'était bien du tissu hépatique de bonne qualité qui s'était ainsi régénéré; aussi, malgré la présence d'un énorme kyste hydatique, le fonctionnement normal du foie était plus qu'assuré. En effet, dit Chauffard, dans tout ce tissu hyperplasié, absence de lésions cirrhotiques, les cellules hépatiques sont bien conservées, leur protoplasma, leur noyau présentent l'aspect normal. Mais l'*ordination* trabéculaire est modifiée; le parenchyme hépatique rappelle un foie fœtal au septième mois de la vie intra-utérine; on a « l'image d'un parenchyme cellulaire presque plein »; les cellules hépatiques se groupent en colonnettes radiées insérées sur l'îlot conjonctif, au pourtour de l'espace porto-biliaire, « comme les nervures radiées d'une feuille de palmier autour de leur pédicule ».

Telle est l'hyperplasie compensatrice, qu'on rencontre dans le foie atteint de kyste hydatique, hyperplasie comparable à celle qu'on trouve dans le gros foie alcoolique, dans le foie palustre, dans le foie tuberculeux, où elle forme des foyers d'hyperplasie nodulaire.

Symptômes. — Pendant la première période de son évo-

1. Chauffard. Un cas de mort subite après ponction exploratrice d'un kyste hydatique du foie. *La Semaine médicale*, 1896, p. 255.

lution, quelquefois pendant bien des mois, tant que le kyste hydatique du foie n'a pas atteint un certain développement, il ne révèle sa présence par aucun symptôme bruyant, et même, quand il est devenu volumineux, certains sujets vous disent qu'ils ne s'étaient aperçus de rien, sinon que leur ventre grossissait. Et cependant, avant que le kyste arrive à provoquer des troubles sérieux, il y a parfois des symptômes qui passent souvent inaperçus, et que je regarde comme très importants, parce qu'ils permettent d'arriver au diagnostic à une époque où la tumeur hydatique est encore peu apparente. Ces symptômes sont : la douleur de l'épaule droite, l'apparition d'une urticaire, le dégoût des matières grasses et le développement d'une pleurésie droite.

La douleur de l'épaule droite, et de la région de l'omoplate, si fréquente dans quelques affections du foie, m'a paru presque constante dans le cas de kyste hydatique, surtout quand le kyste se rapproche de la face supérieure du foie.

L'apparition d'une urticaire est un symptôme fort curieux; je ne parle pas de l'urticaire qui survient souvent après la ponction aspiratrice du kyste, et qui m'occupera dans un instant, mais je fais allusion à ces éruptions ortiées qui apparaissent pendant l'évolution du kyste hydatique, et dont j'ai pu recueillir cinq observations¹.

J'ai plusieurs fois constaté un autre symptôme qui paraît accompagner le kyste hydatique à une période encore peu avancée de son évolution, c'est le dégoût des matières grasses. Chez un malade, ce dégoût durait depuis deux ans, et à un tel point, que plusieurs fois il avait ordonné chez lui de surveiller un peu mieux la graisse et le beurre employés dans la cuisine. J'ai cité ailleurs² d'autres observations analogues : ainsi une femme, atteinte de kyste hydatique, éprouvait dès le début de sa maladie le dégoût des aliments gras; après ses repas, elle était prise de régurgi-

1. Dieulafoy. Les kystes hydatiques et leur traitement. *Gaz. hebdom.*, 1877, n° 50.

2. Dieulafoy. *Traité de l'aspiration*, p. 67.

tation, et sans nausées, sans efforts, sa bouche se remplissait des parties grasses de l'alimentation qu'elle rejetait avec sa salive. Chez une autre malade, cette régurgitation des matières grasses était si marquée au début de sa maladie, qu'elle les rendait aussitôt après ses repas; ses crachats prenaient sur le papier l'apparence d'une tache d'huile, et elle comparait sa salive à ce qu'on nomme vulgairement les yeux du bouillon. Ce symptôme exista seul, pendant plusieurs semaines, à l'exclusion de tout autre trouble digestif, puis il disparut avec les progrès de la maladie.

Les pleurésies secondaires, sèches ou avec épanchement, qui accompagnent parfois les tumeurs des organes abdominaux (*rein, rate, foie*), sont également applicables aux kystes hydatiques du foie; elles sont signalées par plusieurs auteurs, et pour ma part j'en ai recueilli six observations. Lorsque le kyste est volumineux, et surtout lorsqu'il occupe la face convexe du foie, on comprend que le travail phlegmasique se propage de proche en proche de la séreuse péritonéale à la plèvre; mais il est des cas où le kyste est profondément situé, encore peu développé, et la pleurésie semble apparaître comme un signe avant-coureur. Je voyais tout récemment avec mon confrère M. Boulay un malade atteint de kyste du foie, chez lequel les autres symptômes avaient été précédés de trois ébauches de pleurésie du côté droit. Il ne serait pas impossible que le travail inflammatoire fût transporté jusqu'à la plèvre par la voie des lymphatiques (Schweiger-Seidel, Recklinghausen), les cavités sereuses de la plèvre et du péritoine communiquant entre elles par les vaisseaux lymphatiques et par des espaces ou puits si bien décrits par M. Ranvier. Du reste, si le travail inflammatoire est susceptible, dans quelques circonstances, de se propager du péritoine à la plèvre, la réciproque est vraie : témoin les observations de pleurésie diaphragmatiques suivies de péritonite¹.

Le développement d'une pleurésie semble quelquefois hâter

1. Caillette. *Propagation des affect. de la plèvre au péritoine*. Thèse de Paris, 1874.

le développement du kyste (Verneuil) : un malade a un kyste hydatique encore peu développé, sur ces entrefaites il prend une pleurésie, et sous l'influence de la pleurésie le kyste (*pars minoris resistentiæ*) subit un accroissement.

Les épistaxis, les sensations de tiraillement, de pesanteur au creux épigastrique et à l'hypochondre, sont des symptômes qui appartiennent également à cette première période de l'évolution du kyste hydatique.

Quand le kyste a pris un grand développement, il suit deux directions principales : tantôt il proémine à la face convexe du foie, il refoule le diaphragme, mais il abaisse peu le foie¹, il fait saillie dans la cavité thoracique et simule un épanchement de la plèvre droite, tantôt il proémine du côté de l'abdomen, et dans ce dernier cas il forme *voussure* ou revêt les caractères d'une tumeur. Ce n'est pas un accroissement uniforme du foie comme dans l'hypertrophie de l'organe, c'est une tumeur plus ou moins bien limitée, qui souvent fait saillie à la région épigastrique, qui dans d'autres cas soulève les fausses côtes, dilate les derniers espaces intercostaux et déforme le thorax du côté droit. Parfois la tumeur hydatique apparaît à l'hypochondre droit, prend une forme allongée ou bilobée, empiète sur la ligne blanche, à la façon d'une tumeur pédiculisée, et arrive jusqu'à l'hypochondre gauche. Toutes ces modalités sont possibles, il suffit de jeter un coup d'œil sur les planches de l'ouvrage de Frerichs pour comprendre, à ne considérer que la situation de la tumeur, que des kystes du foie aient été pris pour des tumeurs du péritoine, de la rate et de l'ovaire. La palpation et la percussion permettent de circonscrire la tumeur, qui est lisse, uniforme, rénitente, et qui donne parfois une sensation de fluctuation. A moins de complication (péribépatite), le kyste hydatique se développe sans douleur.

Le *frémissement hydatique* (Boinet), qui serait dû à l'élas-

1. Cécile Dylion. *Kyste hydat. de la portion antéro-supér. du foie*. Th. de Paris, 1890.

ticité des parois du kyste ou à la collision des hydatides au moment où l'on pratique la percussion, est un signe fort rare. *L'ascite* et *l'ictère* font habituellement défaut, à moins de complications, telles que la compression de la veine porte, la compression des vaisseaux biliaires, le développement d'un ictère catarrhal.

Les veines de l'abdomen sont légèrement dilatées, la circulation collatérale ne s'établit que dans les cas exceptionnels de compression de la veine porte.

Marche. Durée. Terminaison. — Livré à lui-même, le kyste hydatique du foie peut s'accroître pendant une période de deux à six ans, et plus longtemps encore, sans entraîner d'accidents sérieux; mais un moment arrive, et ce moment est plus ou moins éloigné, où l'état général du sujet devient mauvais, l'appétit se perd, les digestions sont pénibles, l'amaigrissement est considérable, il y a des hémorragies, des épistaxis, des métrorrhagies, on dirait une sorte de *cachexie hydatique*. Cette cachexie hydatique peut même être précoce ainsi que je l'ai constaté plusieurs fois; on dirait que les malades s'intoxiquent par leur hydatide.

La dyspnée fait d'incessants progrès, si le kyste refoule le diaphragme et gêne le fonctionnement du poulmon. Certains malades éprouvent des douleurs à l'abdomen, aux lombes, au thorax, ne peuvent trouver de position dans leur lit et ont une insomnie fatigante. Dans bien des cas, arrivé à une certaine période de son évolution, et souvent même *avant* que les symptômes généraux aient acquis une notable intensité, le kyste *suppure* et aboutit à la *perforation*.

Mais quelles sont les causes et le mécanisme de la *suppuration* des kystes hydatiques? Cette question a été élucidée par MM. Chauffard et Vidal¹ dans un fort intéressant travail dont voici les conclusions :

Le liquide de l'hydatide est aseptique, mais il est un

1. Chauffard et Vidal. Recherches expérimentales sur les processus infectieux et dialytiques dans les kystes hydatiques du foie. *Soc. méd. des hôp.*, 17 avril 1891.