

# **Étude clinique sur la tumeur à échinocoques multiloculaire du foie et des poumons / par le docteur Ducellier.**

## **Contributors**

Ducellier, Dr.  
Royal College of Surgeons of England

## **Publication/Creation**

Paris : Adrien Delahaye, 1868.

## **Persistent URL**

<https://wellcomecollection.org/works/bneb2r9h>

## **Provider**

Royal College of Surgeons

## **License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection  
183 Euston Road  
London NW1 2BE UK  
T +44 (0)20 7611 8722  
E [library@wellcomecollection.org](mailto:library@wellcomecollection.org)  
<https://wellcomecollection.org>

3

# ÉTUDE CLINIQUE

SUR LA

## TUMEUR A ÉCHINOCOQUES MULTILOCULAIRE

DU

### FOIE ET DES POUMONS

PAR LE

DOCTEUR DUCELLIER

MÉDECIN EN CHEF DE L'HOPITAL CANTONAL DE GENÈVE

---

AVEC DEUX PLANCHES CHROMOLITHOGRAPHIÉES

---

PARIS

LIBRAIRIE ADRIEN DELAHAYE

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23

1868

LAUSANNE. — IMPRIMERIE J.-L. BORGEAUD



# ÉTUDE CLINIQUE

SUR LA

## TUMEUR A ÉCHINOCOQUES MULTILOCULAIRE

DU

FOIE ET DES POUMONS (1)



Dans une des dernières séances de l'année passée, M. le professeur Claparède a fait à la Société médicale une communication intéressante au sujet d'une lésion rare du foie et du poumon, que nous avons observée à l'hôpital cantonal. Nous venons aujourd'hui la compléter, un peu tardivement, en donnant l'histoire clinique du malade qui a présenté cette lésion, et résumer de nouveau les observations connues jusqu'à ce jour.

(2) Auguste P....., de Chancy (Genève) âgé de 30 ans, d'abord horloger, puis terrassier, entré à l'hôpital cantonal le 4 décembre 1866.

Cet homme, doué d'une forte constitution et n'ayant jamais été malade, contracta une blennorrhagie en 1862, et fut atteint d'un chancre en 1863.

A la fin d'octobre 1866, il eut des maux de ventre et plusieurs selles blanchâtres qui durèrent plusieurs jours.

Il éprouva une faiblesse générale, de la céphalalgie; l'appétit cependant fut conservé.

Il continua à travailler malgré son ictère et dit avoir souvent abusé des liqueurs alcooliques.

(1) Mémoire lu à la Société médicale de Genève le 3 juin 1868.

(2) Observation recueillie par M. le D<sup>r</sup> J. Pétavel, interne du service.



Le 4 décembre, voyant la teinte ictérique persister, il se décide à entrer à l'hôpital.

Le malade ne présente ni engorgement ganglionnaire, ni éruption, ni ulcération à la gorge, aucune manifestation syphilitique; l'ictère est intense, les selles grisâtres, fétides, régulières. Les urines sont d'une teinte brune foncée, mousseuses et ne contiennent point d'albumine.

Rien à noter du côté du cœur et des poumons. Les régions des hypochondres et de l'épigastre sont fortement tendues et présentent une voussure très-sensible. Le foie est très-saillant; à la palpation on en sent facilement le bord qui est irrégulier.

Tout le lobe droit et la partie médiane du foie sont plus fortement développés que le lobe gauche, de manière à faire une pointe saillante dont la position exacte se trouve à 0,05 centimètre à gauche et en haut de l'ombilic. Le bord inférieur se trouve à 0,03 centimètre au-dessus de l'ombilic.

En haut, la matité commence immédiatement au-dessus du mamelon; à droite le foie est limité à la ligne mammaire. La rate est augmentée de volume.

13 février. Au niveau de la région épigastrique, à partir de la ligne médiane jusqu'au niveau des côtes du côté droit, existe une bosselure uniforme présentant 0,06 centimètre dans le sens vertical, et 0,04 centimètre dans son diamètre transversal. Cette bosselure paraît être d'une consistance moins grande que celle des autres parties du foie dont la résistance peut se comparer à celle du bois.

En pressant fortement et rapidement sur la région épigastrique, sur le bord gauche de cette bosselure, on éprouve une sensation de crépitation.

28 février. Le malade se plaint d'une douleur située en arrière et à droite au niveau de la neuvième côte. A 4 heures



du soir il a des frissons qui se répètent, mais plus faiblement, les jours suivants.

4<sup>er</sup> mars. Epistaxis. Les frissons ont disparu.

3 mars. Nouvel épistaxis, démangeaisons.

7 mars. Le malade a craché du sang.

Pendant le mois d'avril, l'ictère est devenu plus intense, la coloration jaune est remplacée par une teinte verdâtre, les extrémités inférieures sont œdématiées, la faiblesse augmente, le foie augmente de volume, enfin survient de l'ascite qui ne permet plus de sentir distinctement le bord inférieur du foie.

En mai, même état; l'œdème des extrémités augmente; constipation opiniâtre.

En juillet, rien de particulier à noter, si ce n'est que les gencives deviennent le siège d'une hémorrhagie; dilatation des veines sous-cutanées de l'abdomen.

En août, l'œdème se généralise, la faiblesse augmente; le 15 août, sur la demande du malade, l'on fait une paracentèse qui donne 7130 grammes d'un liquide jaunâtre tachant le linge.

La pression de la main immédiatement au-dessous de l'appendice xyphoïde détermine une forte douleur. Le pouls est toujours le même, c'est-à-dire qu'il donne 60 pulsations. L'angle saillant formé par le foie au niveau de l'ombilic est plus apparent et devient le siège de douleurs par la pression. Le malade accuse en cet endroit une sensation de chaleur.

A gauche le foie remonte jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du mamelon. Rien de particulier du côté des organes respiratoires. La rate est augmentée de volume. Le facies est très-amaigri. Le malade présente de la difficulté à uriner. Le ventre est très-ballonné. Le malade meurt le 28 août, à 4 heures du matin, après avoir conservé sa connaissance jusqu'au dernier moment.



Le traitement a été nécessairement très varié dans cette maladie qui a duré neuf mois.

Nous avons successivement employé l'iodure de potassium, les purgatifs, les préparations mercurielles, les eaux de Vichy, de Vals, de Saint-Moritz, les ferrugineux, le sulfate de quinine et l'ergotine suivant les indications.

*Autopsie le 30 août.* — On enlève le foie qui est considérablement augmenté de volume. Il pèse 3670 grammes. Il offre deux couleurs très-tranchées. La plus grande partie du lobe droit offre une teinte verdâtre et le gauche une coloration jaune uniforme. Le lobe gauche présente à sa partie supérieure une éminence arrondie sur laquelle existe une solution de continuité circulaire comme coupée à pic, de la largeur d'une pièce de deux francs, recouverte par une membrane mince, à demi transparente et au travers de laquelle on sent une cavité profonde remplie de liquide. Tout le bord de cette ouverture est dur; le reste du lobe gauche est mou et laisse très-distinctement percevoir de la fluctuation.

En ouvrant le lobe gauche (transversalement) il s'échappe une grande quantité d'un liquide jaunâtre d'apparence purulente. Les parois de cette cavité n'offrent pas plus de 0,01 centimètre et en quelques endroits 0,02 centimètres d'épaisseur et sont creusées en tous sens de petites cavités à bords saillants, irréguliers, dont le diamètre varie depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'une noix.

Le tissu du foie qui forme la paroi de cette cavité est très-dur, mais en plusieurs endroits cette paroi est réduite à l'épaisseur de 2 ou 3 millimètres. La surface interne de cette excavation est recouverte d'un grand nombre de filaments d'un rouge de cinabre, arborisés, flottants sous l'eau.

La partie antérieure et médiane du foie offre cinq petits tuber-



cules jaunâtres, un de ces tubercules présente la forme et le volume d'une framboise.

La portion interne du bord inférieur du lobe droit qui fait saillie est jaune et très-dure; plusieurs grains jaunes gros comme des pois, font un peu saillie au-dessous de la surface du foie.

La vésicule est vide, ratatinée; les conduits cystique et hépatique sont atrophiés et ne laissent pas passer le plus petit stylet.

Les branches de la veine porte sont également atrophées. Le diamètre transversal du foie est de 0,24 centimètres; le diamètre vertical, même dans sa plus grande hauteur, à la partie moyenne du lobe gauche et au niveau de l'ouverture du kyste est de 0,11 centimètres. Le diamètre antéro-postérieur du lobe droit est de 0,23 centimètres, celui du lobe gauche de 0,26 centimètres.

Des tranches du foie soumises à l'action de la teinture d'iode et de l'acide sulfurique ne donnent lieu à aucune réaction.

Le poumon droit paraît sain, il est adhérent en arrière et en haut. Le poumon gauche est adhérent sur les faces costale et diaphragmatique. Sa base est le siège d'une hypostase.

En bas et en arrière du lobe inférieur du poumon gauche, on voit à sa surface un noyau jaunâtre, dur, gros comme une noix, fortement adhérent.

Le cœur est atrophié et ne pèse que 240 grammes.

La rate est d'une couleur lie de vin, très consistante; elle offre 0,18 centimètre dans son diamètre longitudinal et 0,12 centimètre dans son diamètre vertical.

Les reins sont fortement congestionnés, volumineux.

L'estomac est rempli de mucosités jaunâtres, la surface de la muqueuse est jaune tachetée de points rouges; le bas fond de la vessie est ecchymosé. L'abdomen contient une grande quantité de liquide jaunâtre.



Ces lésions nous parurent insolites et nous firent supposer, ainsi qu'à M. Pétavel, l'existence d'échinocoques.

M. Pétavel eut grand soin des pièces et nous priâmes M. le professeur Claparède de vouloir bien les examiner ? Nous tenons à lui témoigner ici toute notre vive reconnaissance.

Voici la note qu'il a eu la bonté de nous remettre relativement à l'examen microscopique.

« Le contenu du kyste, liquide d'apparence purulente, ne renfermait aucune trace d'éléments normaux du pus. C'était une bouillie formée par des détritux sans organisation appréciable, au milieu de laquelle flottaient des cristaux divers : en particulier des cristaux d'hématine et des nodules irréguliers incrustés de carbonate de chaux et enfin de petites plaques homogènes hyalines rappelant les cellules superficielles de l'épiderme. Ces dernières se sont trouvées être des fragments de la cuticule d'échinocoques détruits. La couche d'un rouge cinabre qui tapissait toute la surface interne de la cavité était formée par des agglomérations de cristaux d'hématine.

» Une coupe mince de la paroi du kyste, placée sous le microscope, montrait avec évidence que la tumeur avait été primitivement un échinocoque multiloculaire dont le centre s'était nécrosé, ramolli et converti en bouillie.

» La paroi du kyste était formée par la partie périphérique de l'échinocoque non encore détruite, car il faut admettre que le ramollissement et la destruction de la tumeur cheminaient graduellement du centre à la périphérie.

» Une coupe perpendiculaire à la surface du kyste montrait le tissu de cette épaisse enveloppe, formé par une masse creusée d'une multitude de loges, plus grandes dans la direction du centre, plus petites à mesure que l'on cheminait vers l'extérieur.

» La couche externe était formée par du tissu connectif aréo-



laire passant graduellement vers l'intérieur au tissu interloculaire. Ce dernier pouvait être considéré comme formé par le tissu proprement dit du foie dont il avait conservé la coloration brunâtre, mais les éléments connectifs en étaient fortement hypertrophiés.

» Des cristaux d'hématine étaient semés irrégulièrement en tous sens. La grandeur des loges était extrêmement variable ; les plus grandes ne dépassaient guère  $\frac{2}{3}$  de millimètre en diamètre, Elles renfermaient des vésicules d'échinocoques immédiatement reconnaissables à leur épaisse cuticule, incolore, transparente, formée de lamelles régulièrement stratifiées. Les plus petites vésicules méritaient bien leur nom, par leur forme globuleuse, ovoïde, mais la plupart étaient comprimées, bizarrement contournées, de telle sorte que leur cavité se trouvait réduite presque à rien. Un grand nombre d'entr'elles étaient étranglées et en voie de multiplication par bourgeonnement externe. Aucune vésicule ne renfermait de crochets.

» La petite tumeur pulmonaire ressemblait beaucoup à celle du foie ; c'était une masse multiloculaire, mais cette fois dans son intégrité, sans ramollissement central.

» Les loges et les échinocoques contenus dans leur intérieur surpassaient en taille les loges de la tumeur hépatique.

» Les vésicules d'échinocoques, beaucoup plus grandes, tout à fait aplaties et bizarrement contournées, communiquaient en grand nombre les unes avec les autres ; les loges s'ouvrant souvent l'une dans l'autre. Il me semble probable que dans ce cas, les loges étaient formées par les alvéoles pulmonaires distendus.

» Les cristaux d'hématine étaient encore disséminés en grand nombre dans le tissu interloculaire. »

Le premier cas de cette singulière affection fut observé en 1852



par Bühl, qui lui donna, ainsi que Zeller, en 1854, le nom de *colloïde alvéolaire*, mais la véritable nature de cette maladie fut reconnue, en 1855, par Virchow, qui lui donna le nom de *tumeur à échinocoques multiloculaire*.

Plus tard Friedreich fit un mémoire sur ce sujet, mais il tira, des observations connues jusqu'alors, des conclusions que le D<sup>r</sup> Ott vint modifier par la publication de deux nouvelles observations. Nous n'avions connaissance que des cas mentionnés par Friedreich dans son mémoire et des observations du D<sup>r</sup> Ott, qui nous avaient été indiquées par M. le professeur Lebert et communiquées par M. le professeur Biermer, lorsque parut tout récemment une thèse très complète de M. Carrière, où se trouve la première observation recueillie en France et quelques nouveaux cas observés en Allemagne.

Sur les 19 cas de tumeurs à échinocoques multiloculaires connus jusqu'à ce jour, 12 seulement, y compris le nôtre, ont été observés au lit du malade. Nous devons en distraire l'observation de Schrötter, qui ne se rapporte pas exactement aux échinocoques multiloculaires du foie.

Les observations de cette maladie sont encore trop peu nombreuses pour que nous puissions nous dispenser d'en résumer les caractères cliniques principaux.

L'ictère est un des symptômes les plus constants de cette maladie, car nous le retrouvons mentionné 9 fois dans les 12 observations; de plus, dans la deuxième observation d'Ott, l'ictère s'est montré au début de la maladie, mais il a promptement cessé pour faire place à une teinte cachectique terreuse.

Bühl, dans sa description nécroscopique du premier cas d'échinocoque multiloculaire, constate l'existence d'un ictère de longue durée.

Le premier malade du D<sup>r</sup> Ott offrait de la pâleur de la peau et



celui de M. Carrière une teinte cachectique grise. Nous ferons remarquer, sans rien en conclure, que dans les cas où l'ictère ne s'est jamais montré (le premier cas d'Ott et celui de M. Carrière) et dans ceux où il n'a eu qu'une durée passagère (le second cas d'Ott et celui de Griesinger) la maladie a offert une durée beaucoup plus considérable que dans les autres cas.

Le malade de M. Carrière ne nous paraît pas devoir être exclu de cette catégorie, car, avant son entrée à l'hôpital, il ne jouissait depuis longtemps pas d'une bonne santé. En général cet ictère se fait remarquer par une coloration très-foncée et s'accompagne d'une coloration proportionnelle de l'urine, d'une décoloration des selles, rarement de démangeaisons.

L'état des fonctions gastriques et intestinales a presque toujours fait un contraste remarquable avec les autres symptômes de la maladie. A part les malades de Zeller et de Griesinger qui eurent, le premier quelques vomissements et le deuxième des nausées vers la fin de la maladie; celui d'Ott, qui eut des vomissements à la suite d'une chute sur l'épigastre, les malades n'ont jamais éprouvé de vomissements. (L'hématémèse observée chez le malade de Virchow et le nôtre doit être rattachée à un autre ordre de symptômes). De l'inappétence, du pyrosis, du dégoût pour certains aliments, furent les seuls troubles gastriques importants. Les selles sont généralement régulières ou rares, la diarrhée survient ordinairement à la fin de la maladie. Dans un cas la diarrhée a duré autant que la maladie et dans un autre elle a été quelque temps interrompue par de la constipation.

La conformation extérieure de la région hépatique est notablement altérée. Les hypochondres sont plus ou moins distendus en tous sens, la voussure affecte quelquefois particulièrement un des côtés de la base du thorax. La région épigastrique



présente une voussure plus ou moins grande. L'abdomen, même en l'absence d'ascite (observations 5, 10, 12), offre également une distension très-notable; quelquefois sa surface est sillonnée de veines dilatées.

Par la percussion, on peut facilement préciser la matité du foie. La limite supérieure se trouve tantôt à la quatrième, tantôt à la cinquième ou à la sixième côte. La limite inférieure est plus variable, mais toujours elle dépasse le rebord des côtes et s'approche de l'ombilic. Le foie ne dépasse quelquefois que de deux travers de doigt les fausses côtes : dans l'observation de Huber, le foie n'est éloigné que de deux travers de doigt de la crête iliaque : dans celle de Griesinger, elle atteint presque la symphyse du pubis.

Le foie est presque toujours d'une consistance très-dure, comme cartilagineux, rappelant même la dureté du bois et de la pierre, excepté dans les cas rares où la fluctuation a pu être perçue (Griesinger); même dans ce dernier cas, quelques portions du foie ont une consistance cartilagineuse. La surface est tantôt lisse, tantôt bosselée ou inégale; le bord peut être mou, tranchant, irrégulier ou échancré. Deux fois l'on a constaté (observations 5 et 12) un frottement ou de la crépitation au niveau des parties du foie les plus dures. Friedreich signale dans son observation un frottement péritonéal au niveau de la rate. Sur les 12 cas dans lesquels l'état de la rate a été noté pendant la vie du malade ou à l'autopsie, on a trouvé dix fois une augmentation du volume de cet organe.

Dans l'un des cas où l'hypertrophie a fait défaut, la rate était le siège d'une dégénérescence amyloïde.

Les phénomènes d'hydropisie se sont manifestés sept fois sur douze par de l'ascite avec ou sans œdème des extrémités. Trois



fois seulement il y eut de l'œdème des membres inférieurs, dans deux cas on ne trouva ni ascite ni œdème.

Les douleurs éprouvées par les malades ne sont pas constantes ; lorsqu'elles existent, elles surviennent tantôt au début et disparaissent, ou bien, au contraire, augmentent d'intensité ; tantôt elles surviennent dans le cours ou à la fin de la maladie.

Ces douleurs se présentent ordinairement sous la forme de tension, de plénitude, d'oppression localisée dans les hypochondres, l'épigastre ou l'abdomen ; rarement elles sont violentes et paroxystiques. A la pression, la région du foie est quelquefois douloureuse.

La fièvre n'existe presque jamais et sa présence coïncide ordinairement avec des complications telles que la pneumonie, ou la terminaison de la maladie. La respiration est à peu près normale, excepté dans les cas où survient une pneumonie terminale, ou dans ceux qui sont accompagnés d'un développement considérable de la base du thorax et de l'abdomen.

Les troubles nerveux spéciaux sont rares ; on a observé dans 4 cas, soit du délire, soit des vertiges avec bourdonnement d'oreilles et céphalalgie, soit de l'héméralopie. Un seul malade a été atteint trois fois d'attaques apoplectiques qui ont déterminé sa mort.

Deux symptômes qui n'ont jamais fait défaut et qui doivent être liés l'un à l'autre, sont un amaigrissement considérable et progressif, coïncidant avec la perte des forces et une grande prostration.

Fréquemment (6 fois sur 12) les malades ont été atteints d'hémorrhagie ; l'écoulement sanguin s'est fait par les fosses nasales, la bouche, l'estomac, l'intestin et la peau. Un malade a été frappé d'attaques apoplectiques et l'autopsie a révélé l'existence d'une extravasation sanguine dans le cerveau ; il est vrai que dans ce



cas l'on a trouvé également une pachyméningite, mais nous avons cru convenable de rappeler ici cette hémorrhagie, sans vouloir la rattacher systématiquement à la même cause.

Le plus jeune des malades avait 30 ans, le plus âgé 68 ; entre ces deux extrêmes on compte tous les intermédiaires.

La tumeur à échinocoques multiloculaire a frappé l'un et l'autre sexe, mais plus particulièrement le sexe masculin, car sur 13 cas où le sexe est noté, nous trouvons 10 hommes et 3 femmes seulement.

La durée de la maladie est extrêmement variable. Comme le dit M. Carrière, il faut distinguer la durée apparente de la durée réelle, le début de la maladie ayant le plus souvent présenté beaucoup d'obscurité.

On verra, par le tableau qui termine cette étude, qu'il y a des différences très sensibles entre le minimum de 2 mois et le maximum de 40 ans.

Nous devons enfin, pour terminer ce tableau symptomatologique, mentionner l'existence de l'albumine chez trois malades, mais, la présence de l'albumine dans le urines se montra deux fois comme symptôme terminal ; dans le troisième cas, elle était liée à une dégénérescence amyloïde de la rate et des reins.

La marche de la maladie est lente ; elle débute en général par de l'ictère, des troubles gastriques et intestinaux, une modification dans la conformation de la base du thorax et de l'abdomen et souvent par une grande lassitude.

Dans les cas où la maladie a duré plusieurs années, il y a eu des rémissions d'une durée plus ou moins longue, auxquelles a succédé une période d'aggravation progressive. Dans les autres cas où la maladie a varié de 2 mois à 2 ans, la marche de la maladie a été continue et progressive. Jusqu'à ce jour, on ne compte aucun cas de guérison.



Les antécédents des malades n'ont rien présenté de digne d'être noté, et dans cette étude toute clinique, nous n'aborderons pas le côté étiologique encore si obscur de la question ; nous attendrons de nouveaux faits.

En abordant le diagnostic de la tumeur à échinocoques multiloculaires nous n'avons point la prétention de le mettre à l'abri de toute incertitude ; nous devons attendre des observations plus nombreuses et surtout plus complètes que quelques-unes de celles que nous possédons pour pouvoir en tirer des conclusions solides.

En attendant ce moment, notre devoir est d'étudier attentivement les observations connues jusqu'ici, persuadé qu'il pourra ressortir de leur comparaison quelques aperçus utiles aux futurs observateurs de cette curieuse maladie.

La première maladie avec laquelle nous devons la comparer, sont les hydatides du foie. S'il est un fait bien acquis jusqu'à présent c'est la différence profonde et tranchée qui caractérise ces deux maladies dues au même parasite. En effet, suivant que l'échinocoque est hydatique ou multiloculaire, il provoque dans la texture de la glande des altérations qui ne sont pas moins dissemblables que les symptômes par lesquels chacune de ces formes se manifeste ; ces différences seront plus facilement reconnues par le tableau suivant :

*Kystes hydatiques.*

*Tumeur à échinocoques  
multiloculaire.*

Ictère et ascite rares.

Ictère et ascite très-fréquents.

Etat général bon ; frémissement hydatique fréquent.

Amaigrissement progressif ; prostration ; hémorrhagies fréquentes ; point de vomissement ; rarement du frottement ; de la crépitation.



*Kystes hydatiques.*

Tumeurs lisses, globuleuses, élastiques, souvent fluctuantes.

*Tumeur à échinocoques multiloculaire.*

Foie volumineux, quelquefois lisse, souvent bosselé inégal, de consistance très-dure, rarement fluctuante.

Hypertrophie très-fréquente de la rate.

Ce tableau fait suffisamment ressortir les différences de ces deux maladies pour qu'il soit inutile d'insister davantage sur leur diagnostic.

C'est avec le cancer du foie que l'échinocoque multiloculaire présente le plus d'analogie; cela ne doit point étonner si l'on réfléchit à la ressemblance qu'ont entr'elles deux affections à marche progressivement destructive.

Le diagnostic de ces deux maladies est très difficile, mais l'erreur résultant de cette difficulté ne peut heureusement entraîner aucune conséquence fâcheuse dans le pronostic et le traitement qui n'ont pu être jusqu'ici que palliatifs et symptomatiques.

Les caractères communs au cancer du foie et à l'échinocoque multiloculaire, sont le développement anormal du foie, les bosselures et les inégalités de la surface, l'ictère, l'ascite, des hémorrhagies et un état cachectique prononcé.

Dans le cancer les bosselures sont plus saillantes, offrent un développement plus marqué, les douleurs spontanées ou provoquées par la pression, sont beaucoup plus vives et plus constantes, enfin l'ictère est moins fréquent, car sur 91 cas de cancer, Friedrich, n'a rencontré l'ictère que 52 fois.

L'hypertrophie de la rate est beaucoup plus rare. Frerichs ne l'a trouvée notée que 12 fois sur 91 cas. Ajoutons enfin, que l'on



trouvera souvent des cancers dans les autres organes , principalement dans les organes abdominaux.

Voici ce que dit à ce sujet Frerichs :

« Nous trouvons que sur 94 cas de cancer du foie, 46, c'est-à-dire la moitié, étaient accompagnées de carcinomes des organes qui versent leur sang veineux dans le foie ; 35 de ces cancers appartenaient à l'estomac. Parmi les 94 mêmes cas , 33 présentaient dans d'autres organes des carcinomes , qui devaient être regardés comme primitifs. En résumé , il reste en tout 22 cas , où le foie a été le point de départ de la maladie.

» Sur la totalité des cancers du foie il y en a donc à peu près un quart de primitifs et trois quarts de secondaires ; parmi ces derniers la moitié accompagnait des carcinomes appartenant au système de la veine porte, un quart des carcinomes d'autres organes. »

La dégénérescence amyloïde du foie se distingue plus facilement de l'échinocoque multiloculaire par l'extrême rareté de l'ictère, l'état lisse et dépourvu de bosselures de la surface du foie, la coïncidence d'un état cachectique dû à des affections osseuses , tuberculeuses ou syphilitiques , enfin par sa moindre durée.

La cirrhose et le foie syphilitique ne peuvent donner lieu à quelque erreur , que lorsque les deux maladies sont compliquées d'une dégénérescence amyloïde. Le volume du foie est dans ce cas plus ou moins augmenté.

Jusqu'à ce jour cette maladie a toujours eu une terminaison funeste. Cette issue fatale de la maladie est encore au point de vue clinique un élément différentiel important entre cette forme d'échinocoques et la forme hydatique dans laquelle les guérisons ne sont pas rares.

*Echinocoques multiloculaires du poumon.* — Nous ne connais-



sons que trois observations d'échinocoques multiloculaires du poumon. Celle de Schrötter offre les deux formes d'échinocoques, mais, la forme ordinaire seule a pu être reconnue par l'expectoration de vésicules d'échinocoques.

Le malade de M. Carrière ne présentait qu'un peu de toux sans dyspnée, avec expectoration muqueuse peu abondante, une respiration soufflante aux deux sommets, quelques râles sibilants et sous-crépitants, surtout à la base, et de la submatité aux deux sommets droits.

Notre malade n'a présenté aucun symptôme qui pût faire soupçonner une lésion, très limitée du reste, du poumon gauche. Dans les trois cas, l'autopsie a révélé des adhérences considérables des plèvres. Leur développement s'est fait en silence, aucun symptôme particulier n'a pu en faire présumer l'existence.

Peut-être découvrira-t-on plus souvent des tumeurs d'échinocoques multiloculaires des poumons, en les cherchant dans tous les cas de lésions semblables du foie.

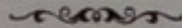
Si l'on tient compte des voies d'introduction des échinocoques dans l'économie, il est permis de supposer que les lésions pulmonaires seront moins considérables et surtout moins avancées que les lésions du foie.

Quoiqu'il en soit, c'est un sujet qui mérite une attention sérieuse de la part des observateurs.

Dans ce travail nous nous sommes systématiquement abstenu de toute interprétation et de toute hypothèse relatives à la pathogénie de cette affection. Si nous nous sommes privé de développements intéressants et susceptibles de donner à cette étude une forme moins aride, c'est que nous ne croyons pas encore arrivé le moment de conclure. Nous croyons prudent de tenir compte de la rareté des faits observés jusqu'à ce jour.



Nous avons pensé être agréable à nos lecteurs en donnant un tableau résumant les symptômes principaux des 12 observations connues jusqu'ici et dont 3 ont été extraites du travail de M. Carrière.





## EXPLICATION DES DEUX PLANCHES

---

### Echinocoque multiloculaire.

FIG. 1. Mince coupe du kyste du foie, renfermant de très jeunes vésicules d'échinocoque multiloculaire, grossissement  $\frac{200}{1}$ .

La coupe a été colorée par une solution étendue de laque de carmin et d'ammoniaque, puis éclaircie par de l'acide acétique concentré.

On obtient des préparations analogues en traitant les tranches (colorées en rouge) par la créosote qui les rend transparentes.

L'intensité avec laquelle les vésicules d'échinocoque absorbent le carmin, rend invraisemblable l'opinion de M. Leuckart, d'après laquelle la membrane stratifiée externe serait une cuticule chitineuse.

- A. Cristaux d'hématine.
- B. Cuticule striée.
- C. Cavité de la vésicule d'échinocoque.

FIG. 2. Très jeune vésicule d'échinocoque, grossie 300 fois.

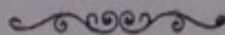
Aucun réactif ne peut faire découvrir, même à l'aide de forts grossissements, la moindre trace de cellules dans la couche granuleuse qui tapisse à l'intérieur la prétendue cuticule chitineuse.

- A. Cuticule.
- B. Couche granuleuse interne.

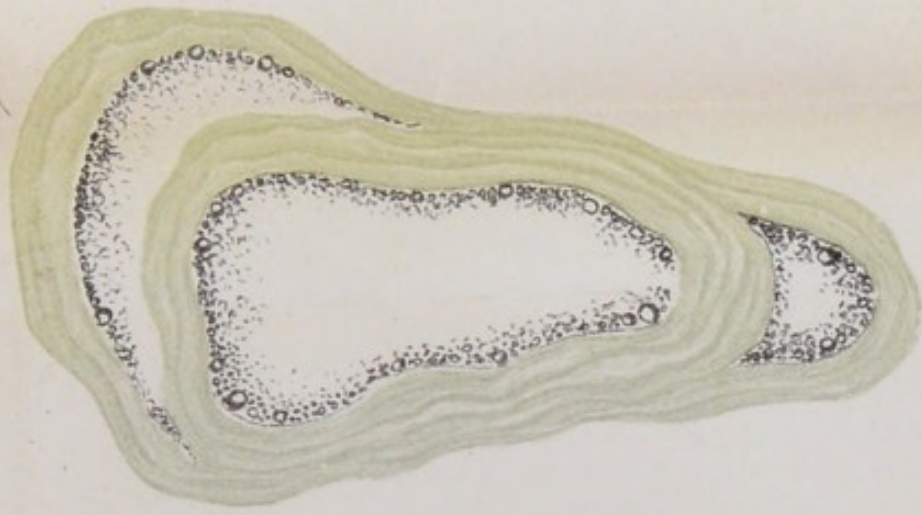
FIG. 3. A. Coupe du foie ; d'après un dessin de Leuckart, seulement les alvéoles ont été diminués de volume pour mieux représenter le cas qui fait l'objet de ce travail.

FIG. 4. Lobe gauche du foie transformé en une vaste cavité ; fond jaunâtre, blanc sale, présentant une coloration rouge vermillon.

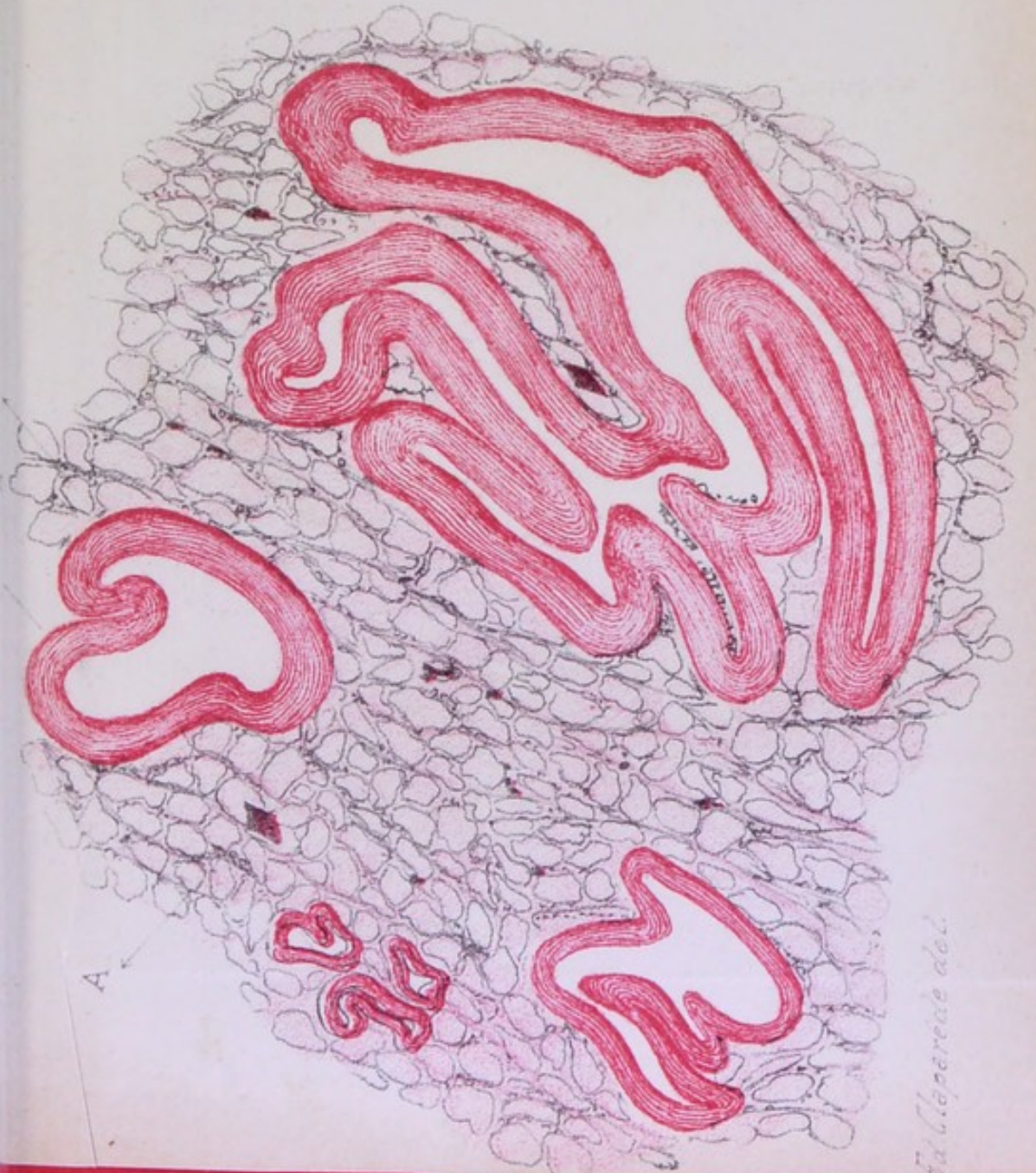
- A. Cristaux d'hématine.







*C. Held, Lith.*



A

*F. Claaréné del.*









Fig. 4.







Letre	État des veines	Urtés	Fonctions gastriques	Docteurs	Confirmation de l'abaissement	Limite de l'air	Consistance du faux État de sa surface	Arcite et ordure des extrémités inférieures	État de la rate	Démagnétisme	Coloration	Circulation et respiration	Nutrition	Système nerveux	Durée	Âge	Sexe	Ausonie pathologique
I Bibi	De temps en temps	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
II Bibi	Triste, irritée, à la fin vengée, lèvre; sillon occulaire.	Isotérique.	Empoisonnée; pas de vomissements.	Docteur, à la prison.	—	En haut, le 6 <sup>e</sup> côté en bas, tout rempli de sang; en bas, deux doigts en bas.	Docteur; consistance de la pierre.	Pas d'arcite ni d'ordure.	Hypertrophie.	Nulles.	—	Hémorrhagie par les parties de sang.	Amagnétisme.	Prostration.	Intermittent.	60 ans.	Masculin.	N° 8. Cauté de 3 jours de l'écoulement sur le dos; l'écoulement dans le lobe droit; dans le lobe gauche; l'écoulement dans le lobe droit; l'écoulement dans le lobe gauche.
III Zacir	Intermittent; à la fin vengée, lèvre; sillon occulaire.	Isotérique.	Empoisonnée; pas de vomissements; quelques fois des vomissements; à la fin vengée, lèvre; sillon occulaire.	Découvert vengé au début; éprouvé dans les accès lorsqu'il est épuisé. Pas de douleurs à la prison; à la fin vengée, lèvre; sillon occulaire.	Témoin de l'abaissement.	En haut, deux doigts en bas, tout rempli de sang; en bas, deux doigts en bas.	Lisse.	Acide et ordure.	Pas d'arcite.	Démagnétisme.	À la fin vengée.	À la fin vengée.	Amagnétisme.	Prostration; édémateuse, sans écoulement; vengée, sillon occulaire.	7 ans.	20 ans.	Féminin.	N° 9. Cauté qu'on a fait dans le lobe droit; sillon occulaire; rate hypertrophie.
IV Vinzow	Intermittent; à la fin vengée, lèvre; sillon occulaire.	Isotérique.	Empoisonnée; pas de vomissements.	Docteur, à la prison.	—	En haut, deux doigts en bas, tout rempli de sang; en bas, deux doigts en bas.	Docteur; consistance de la pierre.	Pas d'arcite ni d'ordure.	Hypertrophie.	Prostration.	—	Hémorrhagie par la partie de sang.	—	Normal.	2 ans.	38 ans.	Masculin.	N° 4. Cauté de l'écoulement sur le dos; l'écoulement dans le lobe droit; l'écoulement dans le lobe gauche; l'écoulement dans le lobe droit; l'écoulement dans le lobe gauche.
V Schloss	Vertigineux.	Isotérique; pas d'urtés.	Normal; pas de vomissements.	Témoin dans les hypotermes; mouvement des côtes inférieures au début.	Démagnétisme.	En haut, en bas, tout rempli de sang; en bas, tout rempli de sang.	La consistance n'est pas normale; bord tranchant, rugueux, ordure.	Acide, pas d'ordure des extrémités inférieures.	Hypertrophie.	Démagnétisme.	Normale.	Circulation normale; dyspnée; apnée.	Amagnétisme modéré.	Méconisme.	2 ans.	10 ans.	Féminin.	N° 5. Partie moyenne de l'écoulement; la face supérieure est recouverte en son milieu de la présence d'un sillon; l'écoulement dans le lobe droit; l'écoulement dans le lobe gauche; l'écoulement dans le lobe droit; l'écoulement dans le lobe gauche.
VI Grawner	Léger; dans le lobe droit; dans le lobe gauche.	As début normal, de trépidation, vengée, sillon occulaire; quelques fois des vomissements.	Normal; quelques fois des vomissements.	Docteur spontané, et à la prison; sillon occulaire.	Démagnétisme.	En haut, le 6 <sup>e</sup> côté en bas, tout rempli de sang; en bas, tout rempli de sang.	Consistance cartilagineuse, excepté dans les parties inférieures et médianes; bord tranchant, rugueux, ordure.	Acide vers la fin.	Hypertrophie.	Nulles.	Vers la fin vengée.	Vers la fin, circulation normale; dyspnée; apnée; quelques fois des vomissements.	Amagnétisme; réaction; pas de la fin.	Déjà à la fin vengée.	10 ans.	20 ans.	Masculin.	N° 6. Lobe droit recouvert en son milieu de la présence d'un sillon; l'écoulement dans le lobe droit; l'écoulement dans le lobe gauche; l'écoulement dans le lobe droit; l'écoulement dans le lobe gauche.
VII Eriman	Intermittent; dans le lobe droit; dans le lobe gauche.	Isotérique; pas d'urtés.	Normal; pas de vomissements.	Docteur dans la région médiane et au début.	Démagnétisme.	En haut, le 6 <sup>e</sup> côté en bas, tout rempli de sang; en bas, tout rempli de sang.	Consistance ferme; surface lisse.	Acide vers la fin et ordure des extrémités inférieures.	Hypertrophie.	Nulles.	Normale.	Normale.	Amagnétisme.	Prostration.	2 ans.	40 ans.	Masculin.	N° 7. Le côté de la rate parti est recouvert de l'écoulement; l'écoulement dans le lobe droit; l'écoulement dans le lobe gauche; l'écoulement dans le lobe droit; l'écoulement dans le lobe gauche.
VIII Friedrich	Intermittent; vengée, sillon occulaire.	Isotérique; vengée, sillon occulaire.	Normal; pas de vomissements.	Docteur; pas de vomissements.	—	En haut, le 6 <sup>e</sup> côté en bas, tout rempli de sang; en bas, tout rempli de sang.	Face lisse, dur; bord tranchant.	Pas d'arcite, ni d'ordure.	Hypertrophie; l'écoulement partiellement à la fin.	Nulles.	Vers la fin, circulation normale; dyspnée; apnée.	Amagnétisme.	Prostration.	10 ans.	20 ans.	Masculin.	N° 8. Non hypertrophie; lobe droit recouvert de l'écoulement; l'écoulement dans le lobe droit; l'écoulement dans le lobe gauche; l'écoulement dans le lobe droit; l'écoulement dans le lobe gauche.	
IX Naber	Intermittent.	Découvert; vengée, sillon occulaire.	Normal.	Nulles.	Youssef éprouvé.	En haut, deux doigts en bas, tout rempli de sang; en bas, deux doigts en bas.	Consistance ferme, bord lisse.	Nul; ordure du côté.	Hypertrophie.	Démagnétisme.	Normale.	Normale.	Relevement bon.	Ron de spirale.	1 an.	10 ans.	Féminin.	N° 9. Témoin de la grosseur dans le lobe droit; vengée, sillon occulaire.
X Ott	Sur; grosse du lobe.	Compensée; pas d'urtés.	Normal; pas de vomissements.	Vers la fin dans la région médiane et dans le lobe droit.	Prostration complétée; dans le lobe droit; dans le lobe gauche.	En haut, le 6 <sup>e</sup> côté en bas, tout rempli de sang; en bas, tout rempli de sang.	Consistance robuste, surface rugueuse.	Ordure des extrémités inférieures.	Normal.	Nulles.	Asymétrique.	Circulation normale; pas de la fin.	Relevement bon.	Prostration.	7 ans.	47 ans.	Masculin.	N° 10. Cauté de la grosseur dans le lobe droit; l'écoulement dans le lobe droit; l'écoulement dans le lobe gauche; l'écoulement dans le lobe droit; l'écoulement dans le lobe gauche.
XI Ott	Témoin de l'écoulement; dans le lobe droit; dans le lobe gauche.	Normal; pas de vomissements.	Normal; pas de vomissements.	Normal; pas de vomissements.	Normal; pas de vomissements.	En haut, le 6 <sup>e</sup> côté en bas, tout rempli de sang; en bas, tout rempli de sang.	Face lisse; bord tranchant.	Ordure des extrémités inférieures.	Normal.	Nulles.	—	Normal.	Amagnétisme.	Prostration.	4 ans.	48 ans.	Masculin.	N° 11. Lobe gauche recouvert; dans le lobe droit; dans le lobe gauche; l'écoulement dans le lobe droit; l'écoulement dans le lobe gauche.
XII Coudras	Sur; taille anormale; dans le lobe droit; dans le lobe gauche.	Compensée; à la fin vengée, lèvre; sillon occulaire.	Normal; pas de vomissements.	Pas de vomissements; pas de douleurs.	Normal; pas de vomissements.	En haut, deux doigts en bas, tout rempli de sang; en bas, deux doigts en bas.	—	Acide; ordure.	Normal.	Nulles.	—	—	Amagnétisme.	Prostration.	7 ans.	45 ans.	Masculin.	N° 12. Cauté de l'écoulement dans le lobe droit; l'écoulement dans le lobe gauche; l'écoulement dans le lobe droit; l'écoulement dans le lobe gauche.
XIII Ducelier	Sur; taille anormale; dans le lobe droit; dans le lobe gauche.	Normal; pas de vomissements.	Normal; pas de vomissements.	Pas de vomissements; pas de douleurs.	Normal; pas de vomissements.	En haut, deux doigts en bas, tout rempli de sang; en bas, deux doigts en bas.	—	Acide et ordure des extrémités inférieures.	Hypertrophie.	Démagnétisme.	Vers la fin vengée.	Circulation normale; pas de la fin.	Amagnétisme; réaction.	Normal.	10 ans.	20 ans.	Masculin.	N° 13. Tout le lobe gauche est recouvert en son milieu de la présence d'un sillon; l'écoulement dans le lobe droit; l'écoulement dans le lobe gauche; l'écoulement dans le lobe droit; l'écoulement dans le lobe gauche.

1. C'est le mot qui est indiqué dans la description anatomique de la rate.



