

VINGT-QUATRIÈME LEÇON

SUR LES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE. — ENTOZOAIRES DE L'ENCÉPHALE.

Fin de l'observation de la malade affectée de kyste hydatique du foie. — Ponction. — Suites de l'opération. — Guérison complète.

Des kystes à échinocoques multiloculaires ou alvéolaires. — Variabilité des symptômes. — Difficultés du diagnostic. — Divers modes de terminaison. — Rapports des kystes multiloculaires avec l'acholie.

Des entozoaires de l'encéphale. — Cysticerques et échinocoques. — Fréquence relative. — Dispositions anatomiques. — De l'évolution favorable par mort des parasites. — Du rapport entre l'espèce parasitaire et l'âge des malades. — Étiologie. — Mécanisme de l'infection et de la pénétration dans la cavité crânienne. — Du siège respectif des deux parasites dans l'encéphale. — Conséquences pour la symptomatologie.

Symptômes et éléments de diagnostic des tumeurs à échinocoques.

Symptômes et éléments de diagnostic des cysticerques. — Groupement des faits. — Conclusions.

MESSIEURS,

Je puis compléter aujourd'hui l'histoire de la malade dont nous nous sommes entretenus dans une précédente réunion. Je vous avais annoncé que je ferais le lendemain une ponction évacuante ; mais ce jour-là précisément, cette femme avait une amygdalite qui avait provoqué pendant la nuit un léger mouvement fébrile, et la plus

vulgaire prudence commandait d'attendre, car cet incident pathologique pouvait accentuer d'une manière fâcheuse l'opportunité morbide, que crée toujours le traumatisme, quelque insignifiant qu'il soit. Quelques jours plus tard cet épisode intercurrent était terminé, et j'ai pratiqué la ponction sur le point le plus saillant de la partie sous-costale de la tumeur, au moyen du trocart fin de l'appareil de Dieulafoy ; je réussis sans difficultés à vider complètement le kyste qui fournit deux mille sept cents grammes du liquide aqueux spécial, c'est-à-dire ne se troublant ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique ; de nombreux fragments de membranes et d'échinocoques s'échappèrent en même temps, et nous avons ici quelques préparations sur lesquelles vous pourrez observer avec une admirable netteté les crochets caractéristiques. Les suites de l'opération ont été aussi simples, aussi satisfaisantes que possible ; les applications de glace ont été commencées immédiatement après, et soigneusement renouvelées, et il n'y a pas eu la moindre douleur qui ait obligé de recourir aux injections de morphine ; le thermomètre, de son côté, n'a signalé aucun mouvement fébrile, et après trois fois vingt-quatre heures j'ai fait cesser l'usage de la glace, et appliquer un bandage contentif. Une semaine après la ponction, la malade a quitté son lit où j'avais eu grand-peine à la retenir jusque-là ; elle se sentait transformée, plus de poids dans le ventre, plus de fatigue à la marche, plus de douleur, plus de troubles digestifs, plus de gêne respiratoire ; elle pouvait en effet se tenir pour satisfaite, surtout en considérant la rapidité et la facilité avec lesquelles cet heureux résultat avait été obtenu. L'examen de l'hypochondre démontrait bien clai-

rement que l'évacuation de la tumeur avait été totale ; les limites inférieures de la matité étaient remontées presque jusqu'à la hauteur normale, la projection latérale du thorax était affaissée, le cyrtomètre donnait pour les deux demi-circonférences des résultats sensiblement égaux.

Pendant les deux jours qui ont suivi l'opération, la malade n'a pris que du vin et du bouillon froid ; à dater du troisième jour, j'ai donné un peu de viande rôtie, et à la fin de la semaine l'alimentation était arrivée par une progression graduelle au régime commun. C'est alors que j'ai commencé l'administration de l'iodure de potassium à la dose de deux grammes par jour ; je me proposais d'ajouter un gramme tous les cinq jours, de manière à atteindre une dose quotidienne de cinq ou six grammes ; mais j'avais compté sans l'impatience irrésistible de cette femme, qui cultivait avec acharnement les bals de barrière et les divers ébats qui s'y rattachent ; à la fin de la seconde semaine, se sentant en parfaite santé, elle exigea sa sortie, il me fut impossible de la retenir. Mais je savais le genre de vie qui l'appelait au dehors, et je lui prédis qu'avant peu elle serait contrainte d'avoir de nouveau recours à notre hospitalité.

L'événement vint bientôt justifier mes prévisions ; trois semaines ne s'étaient pas écoulées, que cette femme nous revint ; dans quel état, vous allez en juger ; elle souffrait de violentes douleurs dans l'épaule droite et dans le côté droit, avec irradiations dans le reste du ventre ; elle était en proie à une fièvre intense qui faisait monter le thermomètre au delà de 40 degrés ; elle avait des nausées continuelles, parfois des vomissements, et un ictère déve-

loppé depuis cinq jours complétait cet état, qui justifiait le plus sombre pronostic. Nous apprenions en même temps des personnes qui accompagnaient la malade que c'était seulement depuis l'apparition de la jaunisse qu'elle avait cessé de se livrer au dévergondage échevelé, qui avait été sa vie de tous les jours depuis sa sortie de l'hôpital. La gravité de ces symptômes ne permettait pas de les attribuer à une simple inflammation du kyste ; d'ailleurs l'exploration du foie donnait les mêmes résultats qu'après la ponction : nous n'y trouvions pas la tuméfaction qui signale constamment la réplétion secondaire de la tumeur ; il s'agissait bien évidemment d'une péritonite péri-hépatique qui tendait déjà à se généraliser à toute la séreuse ; l'ictère s'expliquait naturellement par le catarrhe gastro-duodéal qu'avaient dû provoquer les excès de table commis par cette femme ; et, pour comble de danger, l'examen de la poitrine révélait avec une certitude absolue l'existence d'une endo-péricardite. Nous avons tous considéré la malade comme perdue, mais je n'en ai agi que plus rigoureusement pour tenter de la tirer d'affaire : applications permanentes de glace sur toute l'étendue de l'abdomen, large vésicatoire sur la région précordiale, à l'intérieur glace, vin glacé, potion cordiale alcoolisée à quarante grammes, bouillon froid, tels sont les moyens que j'ai employés. Le lendemain la dose d'eau-de-vie fut portée à soixante grammes ; l'issue de la lutte demeura douteuse pendant quatre à cinq jours encore ; puis survint un amendement notable, d'abord dans les phénomènes de péritonite et dans l'ictère, et peu après dans l'état du cœur. Au bout de trois semaines, cette femme était en pleine convalescence ; et rendue plus docile par la

triste expérience qu'elle venait de faire, elle consentit à rester encore quinze jours dans mon service; il y avait alors plus de deux mois que la ponction du kyste avait été pratiquée, et il n'y avait aucun signe de récurrence. Ce fait prend une signification des plus positives en raison de la maladie grave survenue dans l'intervalle, et je n'hésite pas à vous donner ce cas comme un nouvel exemple de guérison complète par une seule ponction¹. J'espère qu'il sera pour vous un puissant encouragement à adopter, à défaut de l'électrolyse, cette méthode si simple, ainsi que les précautions particulières par lesquelles j'en assure l'innocuité.

Les échinocoques du foie ne sont pas toujours renfermés dans une poche unique; à côté de cette disposition de beaucoup la plus commune, on observe une autre forme, dans laquelle les parasites sont contenus dans une poche à cavités multiples, remplies d'un liquide puriforme: ce sont les kystes hydatiques multiloculaires ou alvéolaires. Ces tumeurs, qui étaient inconnues en France lorsque je les ai signalées dans ma clinique de la Charité, d'après les travaux de Buhl, Zeller, Virchow, Luschka, Erismann et Friedreich, ont été depuis lors l'objet d'intéressantes études, et, pour l'histoire complète de ces produits, je vous renvoie avec entière confiance à la thèse de Carrière et à l'excellente description de mon

1. Cette femme a été revue cinq mois plus tard; elle avait pris de l'embonpoint et jouissait d'une santé parfaite; rien de suspect n'était survenu du côté du foie; la guérison est bien réellement définitive.

collègue et ami Simon¹. En revenant aujourd'hui sur ce sujet, je me propose simplement de vous faire part de quelques données nouvelles concernant la symptomatologie et la terminaison de ces tumeurs, qui, comme les kystes hydatiques ordinaires, résultent de la pénétration dans le foie des embryons du *tœnia échinococcus*, lequel habite l'intestin du chien.

D'après les observations connues en 1866, entre autres d'après celles de Friedreich, la symptomatologie des kystes multiloculaires paraissait avoir une certaine régularité, une certaine uniformité qui, sans enlever au diagnostic toutes ses difficultés, permettait tout au moins de le tenter avec une grande somme de probabilités; les plus frappants de ces phénomènes étaient un ictère intense et persistant, une tuméfaction de la rate proportionnelle à la tumeur du foie, l'absence totale de fièvre, et souvent une ascite considérable. Si l'on joint à ces symptômes l'absence de tout signe de lithiase biliaire et

1. Buhl, *Münchener illustrierte med. Zeitung*, 1852. — *Zeitschr. für ration. Medicin*, 1854.

Zeller, *Alveolarcolloid der Leber*. Tübingen, 1854.

Virchow, *Verhandlungen der phys. med. Gesellschaft in Würzburg*, 1856.

Luschka, *Zur Lehre von der Echinokokkenkrankheit der menschlichen Leber* (*Virchow's Archiv*, 1856).

Erismann, *Beiträge zur Casuistik der Leberkrankheiten*. Zürich, 1864.

Friedreich, *Beiträge zur Pathologie der Leber und Milz* (*Virchow's Archiv*, 1865).

Carrière, *De la tumeur hydatique alvéolaire*. Thèse de Paris, 1868.

Simon (J.), art. FOIE, in *Nouv. Dict. de méd. et de chir. pratiques*. Paris.

Voyez aussi :

Griesinger, *Vielfährige Echinococcus Geschwulst der Leber* (*Archiv der Heilkunde*, 1860).

d'angiocholite, l'absence de la cachexie cancéreuse, on arrive à un complexus pathologique assez caractéristique, et en fait Huber a pu, sur ces bases, faire un diagnostic dont la justesse a été ultérieurement démontrée¹. Malheureusement les faits en se multipliant sont venus prouver que ces conclusions étaient prématurées, et que la symptomatologie des kystes alvéolaires est loin de présenter la constance qui lui avait été attribuée ; il est donc urgent de redresser les notions vulgarisées sur ce sujet.

Ce sont précisément les phénomènes les plus significatifs qui manquent le plus souvent, à savoir l'ictère et la tumeur de la rate : ils faisaient défaut dans le cas remarquable de mon collègue Féréol, le premier qui ait été observé en France² ; ils ont manqué également dans plusieurs des faits qui ont servi de base au travail de Ott ; de même, dans l'un des deux cas rapportés par Kappeler, le malade a succombé sans avoir jamais présenté ni ictère, ni épanchement péritonéal³. Une autre erreur a été commise à l'égard de l'ascite : on savait bien qu'elle pouvait manquer, mais on lui assignait, au lieu de l'épanchement séreux de l'ascite commune, un épanchement puriforme ou sanieux ; or, cette proposition n'exprime, elle aussi qu'une possibilité, et non point une particularité constante ; dans le cas de Féréol, l'ascite plusieurs fois ponctionnée était formée par le liquide

1. Huber, *Deutsches Archiv f. klinische Medicin*, 1866.

2. Féréol, *Acéphalocyste du foie et des poumons* (*Soc. méd. des hôp. et Gaz. hôp.*, 1867).

3. Kappeler, *Zur Casuistik des multiloculären Echinococcusgeschwulst der Leber* (*Archiv der Heilkunde*, 1869).

ordinaire, et il en a été de même dans l'un des faits de Kappeler.

Vous voyez, Messieurs, le démembrément que l'observation a introduit dans la symptomatologie de ces tumeurs ; aujourd'hui la situation est en réalité celle-ci : il est des kystes multiloculaires qui produisent l'ensemble des symptômes signalés dans les premières observations, et ceux-là sont accessibles au diagnostic, au même titre que les diverses maladies hépatiques qui se caractérisent par un ictère définitif ; mais il en est d'autres qui manquent de ces phénomènes distinctifs, et pour ceux-là tout peut être borné à des douleurs, et à la présence d'une tumeur plus ou moins volumineuse, laquelle, si elle est accessible à la palpation, offre des bosselures d'une dureté notable. Vous concevez quelles sont alors les difficultés du diagnostic, particulièrement en ce qui concerne le cancer du foie, qui, lui aussi, évolue souvent sans ictère, et donne lieu, comme les kystes, à de l'amaigrissement, à de l'œdème des membres inférieurs, parfois aussi à du purpura et à des épistaxis. Dans le travail dont je vous ai parlé, et qui est fondé sur dix observations, Ott, après s'être attaché à montrer l'inconstance de tous les symptômes réputés caractéristiques, en signale un autre qu'il a constaté dans ses dix cas, et qu'il donne à son tour comme constant¹ ; ce symptôme est un œdème cutané, non pas limité aux membres inférieurs, mais diffus sur divers points des téguments, et mobile dans son siège ; il est bon de tenir compte de ce nouveau signe, et de le rechercher avec soin,

1. Ott, *Beiträge zur Lehre vom multiloculären Leberechinococcus* (*Berlin. klin. Wochen.*, 1867).

sans cependant lui attribuer dès maintenant une valeur positive, que d'autres observations pourraient démontrer être prématurée.

Le diagnostic différentiel du cancer et des kystes multiloculaires peut tirer quelque secours des considérations suivantes : les troubles digestifs, les vomissements surtout sont plus marqués et plus précoces dans le cancer; de plus la durée de ce dernier est infiniment plus courte, elle se prolonge rarement au delà de six à neuf mois, tandis qu'à une ou deux exceptions près, le kyste alvéolaire n'a tué qu'après un intervalle compris entre une et plusieurs années. Une donnée étiologique peut encore venir en aide à l'appréciation de ces cas difficiles ; les kystes multiloculaires sont le plus souvent, pour ne pas dire toujours, observés dans le sud de l'Allemagne, notamment dans le Wurtemberg et la Bavière, ou chez des sujets originaires de ces pays et qui y ont vécu de longues années; le malade de Féréol a été observé en France, mais il était Bavaois. Cette singulière localisation de la maladie tient évidemment à l'abus qu'on fait, dans ces pays, de la viande de porc crue ou insuffisamment cuite; je vous ai dit déjà que le cochon est, de tous les animaux, celui qui est le plus exposé à s'infecter par l'absorption des germes parasitaires contenus dans les excréments du chien. — Les autres notions étiologiques sont fort incomplètes et ne peuvent rien fournir au diagnostic; les kystes alvéolaires sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme; sur les dix cas de Ott, sept appartiennent au sexe masculin; c'est dans la période moyenne et avancée de la vie qu'ils sont observés, sans qu'on en puisse rien dire de plus; examinés à ce point de vue, les

faits de Ott se répartissent ainsi : six entre trente-huit et quarante-huit ans; quatre entre trente-deux et soixante-neuf ans.

Parmi les symptômes variables de ces tumeurs, il en est un dont l'inconstance peut surprendre à bon droit, c'est l'ictère; comment expliquer une semblable variabilité dans la production d'un symptôme d'origine mécanique, alors que les kystes paraissent à tous égards similaires? Je pense qu'il faut chercher la raison de ces différences dans le siège originel des parasites, lequel est loin d'être le même dans tous les cas; Virchow le place dans les lymphatiques, Friedreich dans les canaux biliaires, Heschl dans les acini, Leuckart dans les vaisseaux sanguins¹; il est bien évident que tous ces savants ont exactement observé pour leur compte, et que ce siège est variable; il y a là un premier motif pour l'inconstance de l'ictère; après quoi il faut encore prendre en considération les rapports également variables de la tumeur avec les grandes voies de la bile.

L'apyrexie, qui a été donnée comme caractéristique des kystes alvéolaires, n'est pas plus constante que les symptômes précédents; elle ne doit être entendue que des premières périodes de la maladie; lorsqu'arrive le travail de suppuration, il donne lieu à une fièvre hectique à accès vespéraux, qui dès lors dure sans interruption notable jusqu'à la mort; c'est donc encore là un moyen

1. Virchow, Friedreich, *loc. cit.*

Heschl, *Ueber Virchow's multiloculäre Echinococcengeschwulst (Prager Vierteljahrs., 1856).*

Leuckart, *Die menschlichen Parasiten und die von ihnen herrührenden Krankheiten.* Leipzig, 1863-1867.

de diagnostic, qui échappe ou qui du moins n'a qu'une valeur temporaire.

La terminaison de cette affection est toujours mortelle; mais ce serait une erreur de croire qu'elle est toujours le résultat de la détérioration organique provoquée par la tumeur parasitaire; il en est souvent ainsi, cela est vrai, et c'est précisément alors que la durée de la maladie atteint son maximum; mais dans d'autres cas, également nombreux, la mort est amenée soit par une phlegmasie au développement de laquelle la lésion hépatique prend une part directe, par une péritonite, par exemple, ou par une pleurésie droite; soit par une complication qui est liée à la cachexie plutôt qu'à l'altération du foie, par une péricardite hémorragique ou par une pachyméningite, ainsi que le montrent les observations de Virchow et de Friedreich. Dans un troisième groupe de faits, la terminaison funeste est sans rapport aucun avec la maladie du foie; celle-ci prend naissance chez un individu affecté déjà d'une lésion organique grave, et cette dernière, suivant son évolution propre, tue avant que le kyste ait déterminé les symptômes fâcheux qui lui appartiennent; c'est ainsi que les choses se sont passées chez l'un des malades dont Kappeler a rapporté l'histoire. Il s'agit d'un homme de soixante-deux ans, chez lequel on trouva une tumeur à échinocoques multiloculaires dans le lobe droit du foie; cette tumeur présentait deux cavités purulentes distinctes; la plus grande communiquait avec l'intestin par la branche gauche du canal hépatique; la mort a été le résultat d'une sténose aortique. Il n'y a eu ni ictère, ni ascite.

Il est enfin un quatrième mode de terminaison, sur

lequel j'appelle d'autant plus volontiers votre attention qu'il n'a pas été signalé jusqu'ici d'une manière expresse; il se rattache à un principe général de la pathologie du foie, dont je vous ai entretenus précédemment avec tous les développements que comporte un fait nouveau. Comme toutes les tumeurs volumineuses, le kyste alvéolaire peut amener par compression l'atrophie des cellules hépatiques, et causer la mort par ce complexus symptomatique que l'on rapporte à tort à la cholémie, et que je vous ai prouvé être l'effet de l'acholie; pour employer le langage fautif qui a cours, le kyste à échinocoques multiloculaires est une des causes de l'ictère grave; ce mode de terminaison mérite d'être connu, car le malade peut être ainsi tué brusquement, à une époque où, si l'on ne considérait que l'âge de la tumeur, on pourrait le croire à l'abri de tout danger immédiat. C'est encore une observation de Kappeler que je vous citerai comme type de cette évolution: un homme de cinquante-quatre ans avait depuis huit mois de l'ictère et de l'ascite; il fut tué rapidement par des accidents cholémiques. L'autopsie a montré un kyste multiloculaire dans le lobe droit, la cavité centrale était suppurée et en putridité, elle communiquait avec la vésicule biliaire¹.

Le traitement de cette maladie est nul, car il est exclusivement symptomatique.

Chez les individus affectés de kystes hydatiques du foie ou de cysticerques musculaires, on observe parfois des

1. Kappeler, *Zur Casuistik der multiloculären Echinococcusgeschwulst der Leber* (Archiv der Heilkunde, 1869).