

## SEPTIÈME LEÇON

### AUGMENTATION DE VOLUME DU FOIE (SUITE).

Sarcome à cellules fusiformes. — Myxome. — Épithélioma. — Cysto-sarcome. — Hydrotide multiloculaire. — Kystes simples. — Tubercule. — Tumeurs lymphatiques. — Xanthelasma. — Augmentation de volume de la vésicule biliaire.

MESSIEURS,

Je me propose de vous exposer dans cette leçon certaines maladies qui ont pour effet de produire une augmentation de volume du foie, mais que l'on a relativement de rares occasions de rencontrer, et sur l'histoire clinique et les caractères diagnostiques desquels nous n'avons encore qu'une connaissance imparfaite.

### XII. — SARCOME A CELLULES FUSIFORMES DU FOIE.

Le cas suivant est un exemple d'une forme de foie gros qui n'a pas encore été décrite jusqu'à présent (1873) (1). Il sert à montrer l'importance clinique qu'il y a à distinguer les caractères anatomiques des différentes lésions groupées encore trop généralement sous la dénomination commune de *cancer*. Jusqu'à ces dernières années, cette maladie aurait été, au point de vue anatomo-pathologique, considérée comme une variété de cancer. Aujourd'hui, les pathologistes s'accordent à la distinguer, sous ce rapport, du cancer, et on verra, d'autre part, qu'au point de vue clinique ce cas était bien différent de ceux où l'on a affaire à un vrai cancer du foie.

1° Il n'y avait pas de signe de ce qu'on appelle la cachexie cancéreuse. Le malade n'eut jamais l'air d'un homme atteint d'une affection maligne; quatre mois avant sa mort, son poids était exactement le même qu'il avait été douze mois auparavant, quoique l'affection hépatique eût progressé tout ce temps, et il continua à aller et venir et à suivre ses occupations jusque deux ou trois semaines avant sa mort, dont la cause fut obscure.

2° Étant donné le volume de la tumeur, il y avait bien moins de douleur qu'on n'aurait dû en attendre si c'eût été un vrai cancer. Les crises

(1) Ce cas a été communiqué à la *Pathological Society*, le 21 janvier 1873.

douloureuses dans le côté droit, intenses, mais rares et passagères, ressemblaient à ce que pouvait produire le calcul trouvé, après la mort, dans le rein droit, plutôt qu'à une affection hépatique. Pendant un certain temps, le malade se plaignit d'une douleur brûlante au foie, mais plusieurs mois avant la mort, elle avait cessé complètement, et, en dernier lieu, ce dont le malade souffrait le plus, c'était de la constriction due au volume de la tumeur.

3° Il n'y avait ni ictère ni ascite.

4° La similitude de structure entre la tumeur du globe de l'œil et celle du foie indiquait une origine constitutionnelle; mais l'intervalle entre les lésions primitives et les lésions secondaires fut beaucoup plus considérable que dans le vrai cancer, à moins de supposer, ce qui est également incompatible avec l'idée de cancer, que la maladie a occupé le foie pendant huit à neuf ans sans donner lieu à des symptômes, jusqu'au moment où elle a produit une tumeur appréciable.

5° Le cancer primitif du foie est rare à l'âge relativement jeune qu'avait mon malade.

Il reste à voir si ces caractères cliniques persisteront dans d'autres cas de tumeur du foie présentant la même structure anatomique.

Il y a lieu de regretter que l'examen cadavérique n'ait pas été plus complet et, en particulier, qu'il n'ait pu rendre compte de la mort, en quelque sorte subite, du malade.

### OBS. XCVII. — *Sarcome à cellules fusiformes du foie.*

M. L. N..., âgé de trente ans, vint me consulter pour la première fois le 9 octobre 1871. Il me raconta que, dix-huit mois auparavant, il avait été pris d'une douleur aiguë entre les côtes droites et l'os des îles. La douleur survint sous forme de paroxysmes intenses, mais cessa au bout de deux jours. Elle ne fut ni accompagnée de vomissements, ni suivie d'ictère. Neuf mois après, il eut une semblable crise, qui eut à peu près la même durée. Depuis deux mois il maigrissait, et un mois avant que je le visse, le docteur Brown, de Whitechurch, avait constaté que le volume du foie avait considérablement augmenté, et depuis, ce volume s'était encore accru beaucoup. C'était un homme d'habitudes très-sobres; il n'avait jamais eu la syphilis. A l'examen, je trouvai une tumeur remplissant le côté droit de l'abdomen jusqu'à la distance de deux pouces en dedans du pubis, se continuant en haut avec le foie, dont la matité s'élevait jusqu'au mamelon en avant, mais pas trop haut en arrière. Dans les deux flancs, en arrière de la tumeur, la percussion donnait un son tympanique. La tumeur déterminait une proéminence appréciable dans le côté droit de l'abdomen, et les dernières côtes droites formaient une voussure considérable. La circonférence de l'abdomen à l'ombilic donnait seize pouces  $\frac{1}{4}$  à droite et  $15 \frac{3}{4}$  à gauche; la circonférence de la poitrine, deux pouces au-dessous du mamelon, était de dix-sept pouces à droite et seize  $\frac{1}{2}$  à gauche.

La surface de la tumeur était inégale par suite de la présence de plusieurs proéminences semi-globulaires; sa consistance était pâteuse, surtout sur les points les plus saillants, mais nulle part on ne sentait de la fluctuation, de la vibration ou de l'élasticité, ou de la sensibilité à la pression. Le malade éprouvait dans sa tumeur une douleur donnant la sensation d'une brûlure, assez fréquente, et qui l'empêchait souvent de dormir; il se plaignait aussi de pesanteur après les repas; mais il n'avait ni nausées ni vomissements. Son appétit était bon, ses fonctions intestinales régulières, et il n'avait pas perdu de ses forces. Il était capable de faire 8 à 10 kilomètres tous les jours sans fatigue. L'urine déposait des urates en abondance et devenait presque noire par l'addition d'acide nitrique après ébullition; mais elle ne contenait pas d'albumine et ne donnait pas la réaction ordinaire du pigment biliaire avec l'acide nitrique. Le cœur était refoulé en haut, on sentait sa pointe entre la quatrième et la cinquième côte, juste au-dessous du mamelon.

Plusieurs médecins, qui avaient été déjà consultés pour cette tumeur, étaient d'avis que c'était une hydatide. Mais plusieurs circonstances infirmaient cette manière de voir: 1° l'absence de toute fluctuation ou élasticité sur les points proéminents de sa surface; 2° son développement rapide; 3° la douleur brûlante; 4° antécédent de tumeur maligne du globe de l'œil, excisée le 2 avril 1862 par M. Hulke. D'un autre côté, il semblait évident que si, d'après sa consistance, cette tumeur était un cancer, ce devait être une forme molle, à développement rapide, et cette opinion était encore en désaccord avec 1° l'apparence de bonne santé et l'état des forces du malade; 2° avec son bon appétit et ses digestions, qui n'étaient que légèrement troublées; 3° ses antécédents de famille: son père et sa mère vivaient encore et se portaient bien, et aucun membre de la famille n'avait été atteint de cancer; 4° son âge; 5° le long intervalle de bonne santé entre l'excision du globe de l'œil et le commencement de l'affection hépatique. Je fis part au malade que, à mon avis, la tumeur était quelque chose de plus solide qu'une hydatide et que la paracentèse ne donnerait aucun bon résultat. Comme la tumeur paraissait être de nature peu ordinaire, j'écrivis à M. Hulke pour savoir au juste de quelle nature était la tumeur du globe oculaire qu'il avait opérée en 1862. N'étant pas satisfait de mon opinion, le malade alla le même jour demander avis à Sir W. Gull, qui déclara que la tumeur n'était pas une hydatide et que c'était probablement un cancer. Par le même courrier qui apportait ma lettre, M. Hulke en reçut une autre de Sir W. Gull ayant le même objet.

M. Hulke avait heureusement conservé beaucoup de notes et des dessins au microscope de la tumeur oculaire. Pendant les deux ans qui précédèrent la consultation du malade en mars 1862 chez M. Hulke, le champ visuel de l'œil gauche avait progressivement diminué et, depuis trois mois, il y avait perte complète de la vue. Il n'y eut pas tout d'abord de signes extérieurs, mais pendant un mois il y eut de la rougeur et de l'œdème des conjonctives et une douleur intense. Quand il consulta M. Hulke, ce malade avait bonne mine, sauf que le globe oculaire gauche était distendu et dur, et la pupille largement dilatée et sans mouvement; l'iris était décoloré et refoulé en avant, et au fond de l'œil, du côté temporal, on pouvait voir une tumeur

solide, couleur de buffle, avançant presque jusqu'au cristallin et recouverte par la rétine et la choroïde. Après l'énucléation, on trouva une tumeur dans la choroïde à la place notée pendant la vie. Elle était grisâtre, et à la coupe elle exsudait un suc jaunâtre, visqueux plutôt que crémeux. Elle était constituée principalement par de petites fibres-cellules fusiformes à noyaux (fig. 27), dont les prolongements s'entremêlaient en un lacis embrouillé, dont les mailles étaient remplies d'une matière albuminoïde hyaline. M. Hulke ajouta que, d'après les idées qui régnaient à ce moment, la tumeur fut considérée comme un cancer médullaire, mais que sa structure était caractéristique de ce qu'on appelle aujourd'hui, suivant la désignation donnée par Virchow, un sarcome à cellules fusiformes.

Le malade guérit rapidement et il n'y eut pas apparence de retour de la maladie dans la cicatrice.

Après avoir reçu ces détails de M. Hulke, j'écrivis au médecin ordinaire du malade, le docteur Brown, de Whitechurch, lui exprimant l'opinion que la tumeur du foie, de même que celle de l'œil, était probablement un sarcome à cellules fusiformes, et que ce cas présentait un intérêt exceptionnel.

Le malade continua ses occupations de tapissier, et je n'entendis plus parler de lui jusqu'au 16 juin 1872, où il revint à Londres me consulter. Le volume de la tumeur avait augmenté, la circonférence à l'ombilic étant de trente-quatre pouces au lieu de trente-deux et le bord supérieur de la matité hépatique en avant s'étant élevé jusqu'au-dessus du mamelon. Elle s'étendait, à travers la ligne médiane, jusqu'à la région lombaire gauche. En bien des endroits, surtout les plus proéminents, on la sentait beaucoup plus tendue et élastique qu'auparavant, mais il n'y avait nulle part de fluctuation ou de vibrations distinctes. Au commencement d'avril, le malade avait éprouvé une troisième crise de douleur spasmodique intense au-dessous des côtes droites, mais elle cessa sous l'influence du chloral et des injections sous-cutanées de morphine. Il se trouvait maintenant tout à fait débarrassé de la douleur brûlante dont il s'était plaint huit mois auparavant. Tant qu'il restait tranquille, il ne ressentait aucun mal, mais dès qu'il se donnait beaucoup de mouvement ou qu'il se penchait sur son travail, il éprouvait beaucoup de douleur au-dessous des côtes droites. Il se plaignait également de dyspnée quand il faisait quelques efforts, et d'une sensation de plénitude après le repas. Toutefois, le malade ne me parut nullement plus mal que la première fois que je l'avais vu, et son poids était exactement le même que douze mois auparavant. Sa langue était nette et l'appétit bon. Pas d'ictère, pas d'ascite et pas de développement des veines abdominales. Il continuait toujours son travail et pouvait marcher une heure sans fatigue.

Bien que les circonstances s'accordassent en ce moment un peu mieux avec la possibilité d'une hydatide, mon opinion resta la même et j'en fis part au malade; mais comme il était très-désireux qu'on lui fit quelque chose, on lui dit qu'une ponction exploratrice ne pouvait pas avoir de mauvais résultat pour



Fig. 27.—Groupe de cellules fusiformes de la tumeur de la choroïde, l. X. 240, d'après un dessin de M. Hulke.

lui et qu'elle lèverait tous les doutes sur la nature du mal. Je lui proposai toutefois d'avoir, au préalable, une consultation avec Sir W. Jenner; en conséquence, ce dernier vit le malade avec moi le 12 juin, reconnut les difficultés du cas et émit l'avis de les résoudre par la paracentèse. On introduisit donc un petit trocart dans la portion la plus élastique de la tumeur, au-dessous des côtes droites. Il ne s'échappa que quelques gouttes de sang qui, examinées au microscope, ne montrèrent rien autre chose que des corpuscules sanguins. La ponction ne fut suivie d'aucun mauvais effet, et au bout de peu de jours le malade retourna chez lui et reprit ses affaires qu'il continua à suivre jusqu'au 8 octobre, la tumeur augmentant lentement. Le 8 octobre, il eut une crise intense de douleur spasmodique sur toute la surface de la tumeur; elle céda à l'application de sachets d'eau chaude et à des doses répétées d'hydrate de chloral. Il continua cependant à éprouver une sensation de constriction due à la présence de la tumeur, et, ne s'en trouvant pas soulagé, il quitta sa maison le 16 octobre pour essayer de l'hydropathie. Il avait déjà consulté, au sujet de sa maladie, un grand nombre de médecins soit de Londres, soit de la province; il avait même demandé avis à une somnambule. Il mourut le 25 octobre aux bains tièdes de Bristol. Tout ce que je pus apprendre sur les symptômes qui avaient précédé sa mort, c'est qu'il avait souffert, trente-six heures avant, d'une douleur intense sur la tumeur à droite de l'ombilic, et qu'il avait été parfois soulagé par les injections sous-cutanées de morphine. Cette douleur ne fut pas accompagnée de vomissements.

L'autopsie fut pratiquée par le docteur T. D. Nicholson, de l'établissement des bains tièdes à Bristol: c'est lui qui m'a adressé les détails ci-dessous ainsi que des fragments des tissus malades pour les examiner.

Le péritoine était adhérent en plusieurs endroits à la surface du foie aug-

menté de volume, mais il n'y avait pas de lymphé récente. Se projetant de la surface antérieure de chaque lobe du foie se trouvait une tumeur arrondie, molle, apparemment kystique, d'environ deux pouces de diamètre, et pressant contre la paroi abdominale. De la face inférieure du foie, partait une masse énorme de tissu morbide, composée d'espèces de kystes de volume

variable, depuis celui d'une cerise jusqu'à celui d'une tête d'enfant (fig. 28). Cette masse, en y comprenant le foie, pesait 20 livres et une once. Les petites tumeurs de la face supérieure du foie contenaient une matière foncée, grisâtre et gélatineuse; le contenu des grosses masses de la face inférieure était de couleur plus claire et de consistance pultacée. Quelques-uns des ganglions lombaires étaient aussi gros qu'une fève et contenaient une

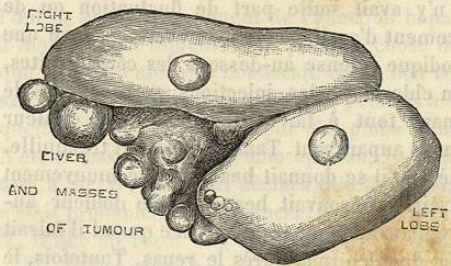


Fig. 28. — Tumeurs faisant saillie à la surface du foie (d'après un croquis du Dr Nicholson).

matière molle, grisâtre. La rate et les reins étaient sains, sauf que le rein droit renfermait un calcul foncé, rugueux, gros à peu près comme la moitié d'une noix. Le cœur et les poumons étaient à l'état normal.

Les fragments de la tumeur qui me furent envoyés furent communiqués à M. Henry Arnott pour l'examen microscopique. Après l'avoir durcie dans une solution d'acide chromique, on trouva que la substance gélatineuse dont se composaient les tumeurs était un exemple typique de sarcome à cellules fusiformes, comme on pourra le voir par le dessin exécuté par M. Arnott (fig. 29).



Fig. 29. — Coupe de la tumeur du foie, grossissement 220 (d'après un dessin de Henry Arnott).

#### XIII. — MYXOME DU FOIE.

Les caractères cliniques de cette tumeur du foie ne sont pas encore suffisamment connus. M. Nunn a rapporté un cas dans lequel une tumeur de cette nature, aussi grosse qu'une tête de fœtus à terme, occupait la partie postérieure du lobe droit du foie et partait de sa face supérieure, où elle était étroitement adhérente à la face inférieure du diaphragme. Il s'agissait d'une femme de trente-huit ans qui, dans l'espace des douze mois qui avaient précédé sa mort, avait été opérée deux fois pour un mixome du sein avec récurrence (1).

#### XIV. — ÉPITHÉLIOMA DU FOIE.

Dans le 25<sup>e</sup> volume des *Pathological Transactions*, le docteur Greenfield a décrit un cas d'épithélioma primitif du foie, constitué par des cellules cylindriques. Ce fait a été observé sur une femme de trente-trois ans, qui présenta les mêmes phénomènes que s'il se fût agi d'un cancer. Il est possible que dans bien des cas de *cancer* du foie, la production morbide ait une structure anatomique semblable à celle dont il est ici question.

#### XV. — CYSTOSARCOME DU FOIE.

Naunyn a rapporté un cas dans lequel on trouva le foie parsemé de petites tumeurs ayant une structure semblable à celle du cystosarcome

(1) *Pathol. Transact.*, 1872 t. XXIV, p. 120.

de la mamelle. Le foie, qui était de forme et de volume normaux, fut pris sur une femme de soixante-deux ans qui avait été longtemps dans le service du professeur Frerichs et qui avait présenté du marasme comme symptôme principal (1).

XVI. — TUMEUR HYDATIQUE MULTILOCULAIRE OU ALVÉOLAIRE.

C'est là une très-rare forme de tumeur; je n'en connais que dix-huit cas environ, dont aucun n'a été observé dans notre pays. Elle est constituée par de nombreuses petites hydatides contenues dans des cavités éparpillées à travers un tissu fibreux, dur, presque cartilagineux, et non enveloppées dans un kyste primitif, comme dans le cas d'hydatide ordinaire. Les caractères cliniques diffèrent considérablement de ceux d'une tumeur hydatique ordinaire du foie. Elle forme une tumeur arrondie, d'un volume variant depuis celui d'un œuf de poule jusqu'à deux fois celui d'une tête d'adulte, et se trouve, dans la plupart des cas, située dans le lobe droit (2). Si elle est peu volumineuse et profondément située, elle peut n'être pas appréciable pendant la vie. Dans la plupart des cas, on peut la sentir, ou bien elle détermine une voussure distincte. La tumeur n'est pas lisse, fluctuante, élastique et indolente, mais bosselée, dure, et même cartilagineuse et sensible. Dans presque tous les cas, il y a une augmentation considérable du volume de la rate et un ictère intense apparaissant de bonne heure. L'ascite est un peu moins commune que l'ictère, et dans bien des cas il y a de l'œdème des jambes à une période avancée de la maladie. Une émaciation et une prostration progressives et des troubles de la digestion (mais pas de vomissements) sont des symptômes constants, et vers la fin il n'est pas rare de voir survenir des atteintes de péritonite partielle ou des hémorragies. Dans beaucoup de cas, la tumeur finit par suppurer au centre et amène les symptômes d'une fièvre hectique. L'affection avec laquelle on confondrait le plus aisément l'hydatide multiloculaire, c'est le cancer, et comme ce dernier, elle suit parfois une marche rapide, ne durant, par exemple, que quelques mois (v. p. 220); mais, dans d'autres cas, on l'a vue persister pendant dix ans et plus avant de déterminer la mort. Le traitement en usage pour la tumeur hydatique ordinaire est évidemment inapplicable ici, et nos efforts doivent se borner à amender les symptômes à mesure qu'ils se présentent (3).

(1) Reichert und Du Bois Reymond Archiv, 1866.

(2) D'après Hafter (Archiv der Heilkunde, IV Heft, 1875), qui se base sur l'étude de vingt observations, l'hydatide multiloculaire affecterait aussi bien le lobe gauche que le lobe droit. Je ne signale cette divergence qu'en raison des conséquences que cela pourrait avoir au point de vue du diagnostic différentiel. (N. D. T.)

(3) On trouvera une étude plus complète des tumeurs hydatiques multiloculaires dans les deux mémoires suivants: *De la tumeur hydatique alvéolaire*, par le Dr J. Carrière.

XVII. — KYSTES SIMPLES DU FOIE.

Quelques auteurs ont décrit de simples kystes du foie contenant un liquide clair, aqueux, ou un mucus épais. Ils sont ordinairement très-nombreux et peu volumineux, les plus gros ne dépassant pas le volume d'une noisette; ils coexistent parfois avec des kystes semblables dans les reins (1). Toutefois je ne connais pas de cas où des kystes de cette nature aient suffisamment grossi ou aient suppuré de façon à ce qu'on pût les distinguer pendant la vie. Dans le cas suivant, la nature exacte de la maladie fut obscure. Pendant la vie, on diagnostiqua une hydatide suppurée. Il était clair qu'il y avait de la suppuration quelque part. Un empyème circonscrit était en contradiction avec les antécédents et avec ce fait que la fluctuation était au-dessous et non au-dessus de la partie ferme du foie.

On ne pouvait songer à un abcès tropical, le malade n'ayant jamais quitté l'Angleterre et n'ayant jamais été affecté de dysenterie; d'un autre côté, l'inflammation pyohémique ne produit jamais une collection purulente aussi volumineuse que celle à laquelle on avait affaire. Quant à une suppuration en dehors du foie, on n'en pouvait trouver de cause, une affection spinale ou un ulcère de l'estomac par exemple. En somme, on arriva à admettre l'hydatide par exclusion de toutes les autres causes, et la constatation de kystes, à l'autopsie, parut tout d'abord confirmer le diagnostic porté pendant la vie. Mais comme on ne trouva, dans le contenu de ces kystes, aucune trace de membrane d'hydatide, cette opinion était à peine soutenable, car, même dans une hydatide stérile on aurait retrouvé quelque trace de l'hydatide mère. L'hydatide étant inadmissible, nous sommes réduits à considérer le cas comme un abcès primitif ou un kyste suppuré, et en présence de cette difficulté, il est fort regrettable que les intestins n'aient pas été examinés attentivement. Pour ce qui est de l'abcès, il y a à opposer non-seulement les objections que j'ai déjà présentées, mais encore ce fait que l'aspect de la paroi d'un de ces kystes n'indiquait certainement pas trace d'inflammation récente, et il semble presque inconcevable que trois abcès puissent se former dans le foie, en contact immédiat les uns avec les autres, la paroi de l'un faisant partie de la paroi de l'autre, et que l'un de ces abcès puisse faire saillie à la surface du foie comme un kyste, sans qu'il se manifeste aucune inflammation du péritoine superposé. D'autre part, bien que les gros kystes ne soient pas rares dans les reins, ils n'ont pas encore été décrits, que je

Paris, 1868; et *Étude chirurgicale sur la tumeur à échinocoque multiloculaire du foie*, par le Dr Ducellier. Paris, 1868.

(1) Frerichs, *op. cit.*, p. 571.