

anormal de cet organe. » Selon Haspel (1), « en général après un séjour prolongé en Algérie, il n'est pas rare de voir le foie acquérir, même dans un état sain, un volume beaucoup plus considérable que celui qu'il avait en France. » Cambay (2) a souvent rencontré l'hypertrophie du foie sur des individus qui avaient succombé à la dysentérie.

La même influence est attribuée aux contrées marécageuses de la zone tempérée. Cependant cette assertion doit être admise avec réserve, tant que, par une constatation exacte du développement exagéré des cellules, on n'aura pas rendu impossible la confusion avec les hyperhémies chroniques, les dégénérescences graisseuses et cérumi-neuses, qui sont fréquentes dans les endroits marécageux.

J'ai eu plusieurs fois, à Breslau, l'occasion de voir dans des autopsies des foies très-développés, présentant des acini volumineux et de grosses cellules, sans qu'on pût remonter à l'influence de causes déterminées, et qu'on eût observé pendant la vie quelques troubles fonctionnels. Des recherches ultérieures devront lever, sur ce point, plus d'une incertitude.

Nous renvoyons pour le volume et le poids du foie normal, ainsi que pour les limites entre lesquelles ils peuvent osciller, aux pesées et aux mensurations rapportées au commencement de cet ouvrage.

(1) *Maladies de l'Algérie*, Paris, 1852, t. I, p. 230.

(2) *De la dysentérie des pays chauds*, Paris, 1847, p. 527.

CHAPITRE XIII.

PRODUCTIONS PATHOLOGIQUES DU FOIE DE NOUVELLE FORMATION; TUMEURS DU FOIE.

Une partie de ces productions pathologiques n'a qu'un médiocre intérêt pour la pratique médicale, parce que ces altérations n'apportent que peu de trouble dans les fonctions de l'organe et dans la santé générale, et parce qu'elles sont inaccessibles au diagnostic. A cette catégorie appartiennent les tumeurs érectiles, les tubercules, etc. D'autres, au contraire, non-seulement amènent des perturbations locales et générales nombreuses, mais menacent même l'existence : comme les kystes hydatiques et les cancers. Ces dernières maladies ont une très-grande importance au point de vue du diagnostic et du traitement. Nous ne nous arrêterons aux premières, qu'autant qu'il est nécessaire pour donner une idée complète de la pathologie du foie ; nous accorderons au contraire aux autres toute notre attention.

Art. 1^{er}. — Tumeurs érectiles du foie (1).

Cette altération se présente sous la forme de plaques d'un rouge bleuâtre ou noirâtre, du volume d'une lentille, d'une noisette ou d'une noix, rarement plus étendues, recouvertes d'une membrane blanchâtre et opaline, et semblant un peu déprimées (*Atlas*, pl. VI, fig. 4). A la coupe, on trouve en ce point une tumeur cunéiforme ou sphérique (*fig. 4*) s'enfonçant dans la glande et présentant en plusieurs endroits

(1) Les tumeurs érectiles du foie avaient déjà été reconnues comme telles et décrites par Dupuytren et Cruveilhier*, ainsi que par Meckel ; mais c'est seulement dans ces derniers temps qu'elles ont été l'objet d'un examen précis de la part de Rokitansky** et de Virchow***.

* *Essai sur l'anatomie pathologique*, t. II, p. 131.

** *Patholog. Anatomie*, t. I, et *Sitzungsbericht der Wiener Akademie, mathematisch-naturwissenschaft. Classe*, t. VIII, p. 391.

*** *Archiv für pathologische Anatomie*, t. III, p. 446, et t. VI, p. 525.

l'aspect des corps caverneux. Des trabécules blanchâtres plus ou moins larges traversent la tumeur, et y limitent des cavités de grandeur variable remplies, tantôt de sang récemment coagulé ou plus rarement fluide, tantôt de caillots anciens. La forme et la grandeur des mailles de ce tissu sont très-variables. Dans quelques tumeurs, la trame est serrée, les mailles sont petites, assez régulières, arrondies ou comme découpées en feuillets (*Atlas*, pl. VI, *fig.* 3, 5 et 6) ; d'autres fois on ne rencontre plus cette régularité, la même tumeur présente des parties plus raréfiées avec des mailles larges et irrégulières, et d'autres plus denses où les interstices sont petits et arrondis (*Atlas*, pl. VI, *fig.* 2). Assez souvent on trouve dans ces tumeurs des îlots de parenchyme hépatique avec des cellules pigmentées ou graisseuses (*Atlas*, pl. VI, *fig.* 2), ou bien des masses de tissu conjonctif traçant des dessins qui rappellent la distribution ramifiée des vaisseaux. (*Atlas*, pl. VI, *fig.* 2 et 3 : on voit deux de ces îlots environnés de cavités remplies de sang.) Les tumeurs sont isolées du parenchyme hépatique par une capsule de tissu conjonctif épaisse en certains points, et renfermant même çà et là dans ses parois des restes de cellules hépatiques (*Atlas*, *fig.* 2, a), mais si mince en d'autres points que le tissu érectile est presque immédiatement en contact avec la substance glandulaire tantôt normale, tantôt graisseuse (*Atlas*, *fig.* 3). Le réseau du tissu érectile est partout continu à la capsule. En même temps que les tumeurs d'un certain volume, il n'est pas rare d'en rencontrer d'autres plus petites, formées d'un petit nombre de cavités remplies de sang et entourées d'une zone fibreuse (dans la *fig.* 3 on voit trois petites formations érectiles à côté de tumeurs plus volumineuses). Parfois la tumeur repose immédiatement sur les branches des veines hépatiques (*Atlas*, *fig.* 4, 5 et 6) sans communiquer directement avec elles.

Quant à la structure microscopique des tumeurs érectiles, les trabécules sont formées d'une charpente fibreuse, qui présente les caractères du tissu conjonctif imparfait, et est recouverte du côté des cavités par un épithélium pavimenteux. On y a démontré la présence de fibres musculaires lisses (1). Au voisinage de la capsule d'enveloppe, le tissu conjonctif devient par places de nature fibreuse.

A la périphérie de la tumeur, le tissu conjonctif empiète dans une étendue variable sur le parenchyme glandulaire. Là on trouve encore, entre les traînées du tissu fibreux, des restes de cellules parfois pigmentées, mais plus souvent graisseuses. Dans la traînée fibreuse même,

(1) J'ai examiné au microscope de nombreuses coupes de tissu érectile, comme celles qui sont représentées dans l'*Atlas*, pl. VI, sans trouver les renflements creux décrits par Rokitsansky.

on voit des cavités isolées remplies d'un sang noir, qui, çà et là, se montrent en petits groupes (1). D'après cela, on peut croire que, dans l'accroissement excentrique de ces tumeurs, le tissu conjonctif interstitiel du foie augmente d'abord, puis les cellules atrophiées disparaissent, et les espaces vasculo-caverneux se forment dans la substance conjonctive (2).

On n'observe pas à la circonférence de la tumeur caverneuse un refoulement du parenchyme glandulaire, comme cela se reconnaît, dans le cas des kystes hydatiques, à l'aplatissement des acini (*Atlas*, pl. XI, *fig.* 2 et 3) ; le tissu érectile se substitue à la substance du foie à mesure que celle-ci disparaît, comme dans le carcinome (*Atlas*, pl. VII et VIII).

Il serait intéressant de connaître les rapports qui existent entre les cavités du tissu érectile et les vaisseaux du foie, veine porte, veines et artère hépatique (3). Une préparation simple ne suffit pas pour résoudre cette question ; on trouve, il est vrai, habituellement de gros vaisseaux veineux dans le voisinage de la tumeur (*Atlas*, pl. VI, *fig.* 4, on voit de ces gros vaisseaux entre la tumeur et les veines hépatiques) ; mais je n'ai pu découvrir la transformation de ces veines en cavités de tissu érectile. On réussit mieux par l'injection ; celle-ci, poussée dans la veine porte, arrive par les fines divisions de ce vaisseau dans les cavités, qu'elle remplit autant que la présence des caillots sanguins le permet (*fig.* 2).

J'ai constamment trouvé cette connexion. Les rapports avec l'artère hépatique sont tout autres. Il m'a été impossible ici de démontrer une

(1) On voit, *Atlas*, pl. VI, *fig.* 2 a, comment le tissu conjonctif envahit la substance glandulaire. Des restes de cellules jaunâtres sont encore visibles entre les traînées fibreuses, les capillaires de la veine porte sont déjà détruits ; on ne retrouve leur réseau parfaitement injecté que vers les contours. Dans la figure 3 on remarque autour du tissu conjonctif une zone grisâtre de cellules infiltrées de graisse, et dans son épaisseur des cavités isolées dont les unes sont remplies d'un sang foncé, les autres vides ; ces cavités se comportent encore en partie comme de simples vaisseaux.

(2) Telle est l'opinion émise déjà par Virchow (*Archiv für pathologische Anatomie*, t. VI, p. 535), et que mes préparations viennent confirmer.

(3) La question a été résolue de différentes manières. Rokitsansky compare les mailles du tissu érectile aux alvéoles du cancer ; il croit qu'elles sont primitivement remplies de sang, qui s'y organise et que ce n'est que plus tard qu'elles communiquent avec l'appareil vasculaire normal du foie par des ramifications veineuses très-ténues. Esmarch a décrit des tumeurs érectiles de la peau, qui reposaient sur de grosses veines et communiquaient avec elles par des orifices simples ou en arrosoir. Virchow put injecter le tissu érectile du foie par la veine porte et par l'artère hépatique ; il admet qu'il communique avec ces deux ordres de vaisseaux par de petites branches.

communication directe comme Virchow l'admet; l'injection arrivait, à la vérité, dans la tumeur et la colorait (*fig. 4*); mais à l'examen de tranches fines, on reconnaissait qu'elle pénétrait, non pas dans les mailles du tissu, mais dans les vaisseaux tenus des trabécules, ainsi que dans les *vasa vasorum* des veines du voisinage (*fig. 3, 5 et 6*).

On rencontre les tumeurs érectiles dans toutes les parties du foie, mais de préférence à la surface et surtout à la convexité du lobe droit, à côté du ligament suspenseur, tantôt en avant, tantôt en arrière, et parfois aussi à côté des veines hépatiques. On les observe plus souvent dans le foie que dans toute autre partie du corps, surtout chez les individus âgés. Virchow les a trouvées beaucoup plus communes à Wurzburg qu'à Berlin; selon Magnus Huss elles sont très-rares en Suède. Je n'en ai observé qu'un cas à Kiel, tandis que je les ai souvent rencontrées à Breslau. Leur importance pathologique et clinique est très-faible; je ne connais aucun cas où elles aient occasionné quelq. ue trouble local ou général.

Art. 2. — Tubercules du foie.

Les tubercules envahissent rarement le foie, et presque toujours seulement quand la maladie est déjà à une période avancée dans d'autres organes, tels que les poumons, les ganglions lymphatiques, la rate, le péritoine, etc., ou bien, dans les cas de tuberculisation générale aiguë. Ils sont beaucoup plus fréquents dans l'enfance que dans l'âge adulte. Dans 120 autopsies de phthisiques, Louis ne rencontra de tubercules du foie que dans 2 cas; Barthez et Rilliet au contraire (1), sur 312 enfants tuberculeux, en trouvèrent 71 avec des tubercules du foie; Willigk (2) constata dans 476 autopsies de tuberculeux adultes et enfants, 19 fois la présence du produit morbide dans le foie. Les tubercules de cet organe se montrent tantôt sous la forme de granulations miliaires grisâtres et transparentes, tantôt sous celle de noyaux jaunâtres du volume d'une lentille ou d'un pois. Ils sont disséminés plus ou moins régulièrement dans toute l'épaisseur du parenchyme hépatique; on les trouve cependant plus fréquemment sous l'enveloppe du foie. Le ramollissement de ces tubercules et la formation de petites vomiques sont très-rares; cette transformation n'atteint jamais un degré suffisant pour provoquer des troubles locaux ou généraux semblables à ceux de la phthisie pulmonaire. On ne trouve

(1) *Maladies des enfants*, Paris, 1853, t. III, p. 847.

(2) *Prager Vierteljahrsschrift*, 1853, t. II, p. 2.

le plus ordinairement que quelques petites cavités isolées avec un contenu purulent un peu coloré par la bile (1).

Il ne faut pas confondre ces petites vomiques avec les kystes résultant de l'affection tuberculeuse des canaux biliaires. Dans ce dernier cas, ainsi que Rokitansky, Barrier, Barthez et Rilliet l'avaient déjà observé, il se forme autour des canaux biliaires d'un petit calibre et dans leurs propres parois, des dépôts de matière tuberculeuse qui rétrécissent plus ou moins leur cavité. On trouve alors, au centre du noyau tuberculeux, un petit orifice dont les bords ont une couleur jaune; cet orifice s'agrandit lorsque le ramollissement s'opère, et il se transforme en une cavité plus spacieuse remplie d'un liquide trouble et mélangé de bile, dont les parois s'amincissent graduellement, à mesure que le ramollissement s'étend vers la périphérie.

La tuberculisation du foie ne se révèle par aucun symptôme pendant la vie; on ne peut la diagnostiquer, et elle ne présente aucune indication thérapeutique. Rilliet et Barthez mentionnent un cas rapporté par Tonnelé, où les tubercules semblent avoir amené le ratatinement cirrhotique du foie; mais ici je considère la tuberculisation simplement comme un accident, par rapport à l'hépatite interstitielle à laquelle les symptômes doivent être rapportés.

Art. 3. — Productions lymphatiques de nouvelle formation.

Ces productions ressemblent aux tubercules par l'aspect, mais elles s'en distinguent essentiellement sous d'autres rapports; on les rencontre dans le foie des leucémiques, surtout quand la glande est hypertrophiée ou a subi la dégénérescence cérumineuse (2). Elles se présentent disséminées dans le parenchyme glandulaire, sous forme de petites tumeurs miliaires, arrondies, rarement allongées, d'un blanc grisâtre (*Atlas*, pl. X, *fig. 6*); elles sont formées de noyaux très-rapprochés et de petites cellules arrondies, légèrement granuleuses, entre lesquelles on voit, surtout à la périphérie du nouveau produit, un tissu finement strié. Les tumeurs sont unies à de petits vaisseaux sanguins, dans les parois desquelles elles se développent, et dont elles rétrécissent, quelquefois même obstruent la lumière. Des productions plus

(1) Wedl (*Grundzüge der pathol. Histologie*, 1854, p. 382) a trouvé dans les points ramollis des noyaux et des restes de cellules hépatiques fortement pigmentées. Fréquemment il a observé au centre des tubercules mêmes une coloration jaune.

(2) Virchow, *Archiv für patholog. Anatomie*, t. I, p. 569, et t. V, p. 125; Friedreich, *ibid.*, t. XII, p. 37; Böttcher, *ibid.*, t. XIV, p. 483.

petites de la même nature se développent aussi entre les cellules hépatiques, dans le tissu conjonctif du parenchyme; elles refoulent alors les cellules en prenant une forme tantôt arrondie, tantôt striée. Dans quelques cas rares, on trouve de ces tumeurs grosses comme des lentilles, d'une consistance pulpeuse, accompagnées de productions semblables sur la plèvre, sur la muqueuse de l'estomac et du tube intestinal (Friedreich). Ces néoplasmes sont, selon toute apparence, en rapport générique avec la leucémie. Friedreich et Wagner (1) ont observé dans le typhus et les états pathologiques analogues, de nouveaux produits de même nature ayant un très-petit volume et étant à peine visibles à l'œil nu.

Art. 4. — Kystes du foie.

Les kystes purement séreux, remplis d'un liquide clair, ne sont pas fréquents dans le foie. A plusieurs reprises j'en ai trouvé de la grosseur d'un pois à celle d'un haricot. Leur face interne était tapissée d'un épithélium pavimenteux et présentait des cloisons incomplètes, comme si de petits kystes s'étaient réunis pour former une poche plus grande. Quelquefois ces kystes se rencontrent en très-grand nombre dans le foie en même temps que dans les reins. J. Bristowe (2) trouva le premier de ces organes, hypertrophié et criblé de kystes à sa surface et dans son épaisseur. Les parois de ces kystes étaient blanchâtres et présentaient des plis saillants, leur face interne était tapissée d'une couche de cellules aplaties, ils contenaient une sérosité incolore. On n'y trouva pas de communication avec les canaux biliaires. La matière injectée dans ces canaux pénétra, seulement par rupture, dans certaines parties des kystes, dont quelques-uns occupaient le centre des lobules. Beale pensa que ces kystes procédaient des cellules hépatiques. Les reins étaient également couverts de nombreuses vésicules, dont quelques-unes avaient le volume d'un œuf de poule. On avait observé pendant la vie des douleurs à l'épigastre et dans l'hypochondre droit, avec des urines sanguinolentes.

Au rapport du docteur S. Wilks, on trouve, au musée de Guy's Hospital, d'anciennes préparations de la même nature, qui montrent la présence simultanée de kystes dans le foie et dans les reins. Les canaux biliaires sont intacts.

J'ai rencontré les mêmes altérations du foie et des reins chez une



Fig. 50.

(1) *Archiv für Heilkunde*, 1860, p. 322.

(2) *Transact. of the pathological Society*, of London, 1859, t. X.

femme de 65 ans, qui séjourna du 16 au 19 juillet 1854 à la Clinique médicale de Breslau, pour une pneumonie supérieure droite compliquée de péricardite. A l'autopsie, outre l'infiltration pulmonaire et l'exsudat péricardique, le foie divisé par un profond sillon présenta, à gauche du ligament suspenseur, de nombreux kystes du volume d'un pois à celui d'un haricot remplis d'un liquide clair; des kystes semblables étaient disséminés en grand nombre dans la substance corticale du rein gauche, qui était en outre couverte de rétractions cicatricielles. Le rein droit ne contenait pas de kystes.

Friedreich (1) trouva, dans un foie pigmenté atteint d'atrophie, un kyste du volume d'une noix qui contenait un mucus épais et était tapissé par un épithélium pavimenteux. Cette forme pourrait bien être envisagée comme une dilatation partielle d'un conduit biliaire oblitéré. (Voy. plus loin les maladies des voies biliaires.)

Art. 5. — Hydatides, échinocoques du foie.

Les médecins de l'antiquité avaient rencontré dans le foie des kystes volumineux remplis d'eau, mais ils ignoraient leur nature.

On trouve dans Hippocrate (2), Galien (3) et Arétée (4), des passages qu'on ne saurait interpréter différemment. Les descriptions commencèrent à devenir plus exactes seulement après les progrès de l'anatomie, aux seizième et dix-septième siècles. Félix Plater, Véga, Rivière, (5) etc., publièrent des observations recueillies avec soin, et le *Sepulchretum* (6) de Bonet (7) renferme déjà une collection de plusieurs cas bien décrits.

(1) *Archiv für pathol. Anatomie*, t. XI, p. 166.

(2) *Oeuvres complètes*, trad. Littré, t. IV; *Aphorismes*, sect. VII, p. 55 : « Quand le foie plein d'eau se rompt dans l'épiploon, le ventre se remplit d'eau et les malades succombent, » page 595.

(3) *Commentarii in Aphorismos*, lib. VII.

(4) *De causis et notis diuturn. affect.*, lib. II.

(5) Rivière décrit de la manière suivante un cas de guérison cité dans *Boneti Sepulchretum*, lib. III, sect. XXI, p. 1105 : « Rusticus quidam hydropicus factus, abscessum passus est in dextra parte abdominis, eoque aperto infinitus propemodum vesicularum atque repletarum numerus egressus est, ut ducentarum numerum excederet, idque per plurimum dierum spatium; et sic omnino curatus est. »

(6) Lib. III, sect. XXI.

(7) On trouve dans Bonet, *loc. cit.*, p. 1532, un cas de suppuration et d'abcès ouvert au-dessous du sternum, observé par Camérarius. L'ouverture avait donné issue pendant la vie à du pus et environ à 300 vésicules; à l'autopsie on trouva : « Hepar grandius solito et colore livido; in superiore parte, versus diaphragma, abscessus sese in eo obtulit plenus vesicis et materia putrida, circumdatus quasi cartilaginosa membrana.