

le bœuf, le chat, etc., on ne sait pas encore exactement comment il pénètre dans les organes de l'homme.

Son siège habituel à la surface du foie semble indiquer qu'il arrive dans l'estomac avec les aliments et chemine à travers les parois de cet organe jusqu'au lobe hépatique gauche, où il se fixe sous l'enveloppe péritonéale, et s'enkyste pour mourir bientôt après.

#### Art. 6. — Cancer du foie.

*Historique.* — Jusqu'au commencement de notre siècle, le carcinome du foie ne se trouve nulle part nettement isolé des autres tumeurs et dégénérescences de cette glande. On connaissait bien depuis Hippocrate (1) les cancers des parties externes et surtout ceux de la mamelle; mais les conditions principales de leur présence et de leur développement dans les organes internes, où ils ne subissent pas ordinairement la destruction ulcéreuse, restaient inconnues.

Sous la dénomination de squirrhe du foie on comprenait jusqu'ici toutes les espèces d'induration du foie, l'induration simple et granulée aussi bien que le cancer, qui résultaient de la dégénérescence du squirrhe sous l'influence de conditions défavorables. Cette maladie était considérée comme une conséquence de l'hépatite, et plus tard on la fit rentrer dans la grande classe des obstructions du foie. Nous trouvons déjà les faits envisagés de cette manière dans Galien (2) et dans Arétée (3). « Verum si a phlegmone hepar non suppuratur, nemini « dubium fuerit, tumorem durum subsidentem in scirrhum mutari ac « stabiliri, etc. » Bianchi (4) fait remarquer : « Pertinacior hepatis fri- « gida sive lymphatica obstructio, præsertim post diuturnos in rebus « naturalibus errores, quandoque in scirrhum convertitur, cum pitui- « tosus humor in volumen inertius indurescit. » Fr. Hoffmann émet les mêmes opinions (5), ainsi que Boerhaave et Van Swieten (6). « Atque rursus si post inflammationem jecinoris adsunt conditiones,

(1) *Œuvres complètes, traduction nouvelle avec le texte en regard* par E. Littré. *Maladies des femmes*, liv. II, 133, Paris, 1853, t. VIII, p. 283.

(2) *Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales*, traduites par Ch. Daremberg. *De la méthode thérapeutique*, à Glaucon, liv. II, ch. VII, Paris, 1856, t. I, p. 764.

(3) *De causis et signis morbor. diuturn.*, lib. I, cap. XIII, p. 42.

(4) *Histor. hepatica*, lib. I, p. 356.

(5) *Dissertatio medica de hepatis scirrho*, 1772. *Opera omnia suppl.* II, p. 357.

Fr. Hoffmann a basé sa description du squirrhe du foie sur un cas dans lequel la maladie guérit après la rupture d'un abcès à travers les parois abdominales.

(6) *Comment. in Hermanni Boerhaave Aphorismos*, lib. III, p. 117, seq.

« scirrhus ibi nascitur, qui tumore, duritie, incremento et suam sedem « et vicina lædit; mollibus non auscultat, acribus in cancerum horren- « dum vertitur, etc. » Morgagni décrit quelques cas de carcinome du foie en termes convenables, mais il ne se sert pas de l'expression de cancer; ce sont tantôt des stéatômes, tantôt des tumeurs dures (1). « Abdomine diducto, jecur longe maximum inventum est, steatoma- « tibus plenum. Venter intus fuit nigris maculis distinctus, in « pyloro callosus ». « Venter, ubi exhausta fuit effusa aqua, jecur os- « tendit multis albis nec tamen perduris tumoribus intus extraque ob- « sessum, in pancreate autem similem unum sed duriolem (2). » Il y avait donc en même temps dans le premier cas un cancer de l'estomac et dans le second un cancer du pancréas. Nous trouvons des observa- tions analogues dans Ruysch (3), dans Stoll (4), etc.

Mathieu Baillie (5) a représenté et décrit avec soin le carcinome du foie sous le nom de tubercules ou nodus blancs et volumineux, dont il avait saisi la ressemblance avec le squirrhe d'autres parties. Il rangeait cependant aussi parmi les tubercules du foie la cirrhose, comme étant constituée par des nodosités envahissant la généralité de l'organe, les tubercules proprement dits comme étant des noyaux scrofuleux et enfin d'autres masses molles et brunes dont on ne saurait préciser la nature. On trouve encore la même confusion, relativement au cancer du foie, dans Portal (6); il ne le dépeint nulle part comme une forme particu- lière de maladie du foie, il ne s'en occupe qu'accidentellement et d'une manière superficielle, à propos des différentes terminaisons de l'hépatite: « On a vu par ces observations, que la suppuration, l'indu- ration ou le squirrhe, le cancer, la gangrène ou le sphacèle étaient des terminaisons fréquentes de l'inflammation du foie. »

Bayle (7) fut le premier qui décrivit exactement le carcinome du foie, et qui démontra sa grande fréquence. Il prouva que les tumeurs de cet organe, désignées jusqu'alors sous les noms de stéatômes, de corps blancs, de tubercules, de squirrhes, etc., étaient de vrais can- cers. Les raisons qu'il en donne sont : l'analogie de leur structure anatomique avec celle du cancer de la mamelle, l'analogie de trans-

(1) *Epist.* XXX, p. 14.

(2) *Epist.* XXXVIII, p. 28.

(3) *Observat. anat. chirurg.*, p. 45 et 86.

(4) *Ratio medendi*, t. III, p. 1.

(5) *Anatomie pathologique des organes les plus importants du corps humain*, trad. par Guérbois. Paris, 1815, p. 178.

(6) *Maladies du foie*, Paris, 1813.

(7) *Dictionn. des sciences médicales*, art. Cancer, Paris, 1812.

formations, la coïncidence de carcinomes dans d'autres organes, et en outre, l'influence fâcheuse toute semblable qu'elles exercent sur l'ensemble de l'organisme.

Dans la période qui s'étend depuis cette époque jusqu'à nos jours, parurent un grand nombre de travaux excellents, qui établirent d'une manière de plus en plus précise l'histoire du cancer hépatique (1), sa structure microscopique, ses phénomènes précurseurs et ceux de son déclin, ses diverses formes, et enfin les symptômes qui l'accompagnent. Les carcinomes du foie présentent ordinairement les caractères des cancers simples ordinaires, et, suivant le degré de développement du stroma fibreux et la plus ou moins grande abondance du suc cancéreux, ils appartiennent par leur mollesse ou leur dureté, soit aux cancers médullaires, soit aux squirrhes. Il est beaucoup plus rare d'y rencontrer la forme pigmentée, qui constitue le cancer mélanique, ou la vascularisation abondante du fungus hématode. Les cancers cystiques et les vrais cancers colloïdes ne sont pas moins exceptionnels.

Dans quelques circonstances très-rares, on rencontre des produits nouveaux, qui ressemblent aux sarcomes dans toutes leurs parties.

La matière cancéreuse est habituellement réunie dans le parenchyme hépatique, sous forme de masses ou de nodus plus ou moins volumineux; il est plus rare que le tissu glandulaire en soit infiltré uniformément, dans une grande étendue, sans ligne de démarcation tranchée. Les Anglais distinguent deux variétés, sous les noms de *tubera circumscripta* et *tubera diffusa*, variétés que les Français appellent tubercules cancéreux et tumeurs cancéreuses disséminées.

Les nodus, dont le volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une pomme, et même d'une tête d'enfant, sont le plus

(1) Les plus importants de ces travaux sont les suivants :  
Cruveilhier, *Anatom. pathologiq.*, livraison XII, pl. II et III; livraison XXII, pl. I; livraison XXIII, pl. V; livraison XXXVII, pl. IV.

Andral, *Clinique médic.*, t. IV, p. 188. — *Anatomie patholog.*, t. II, p. 604.

Abercrombie, *Maladies de l'estomac, de l'intestin et du foie.*

Farre, *Morbid Anatomy of the liver.*

Bright, *Guy's hospital reports*, I.

Hope, *Principles and illustrations*. Fig. 90 à 109.

Carswell, *Patholog. Anatom.*, fascic. II, pl. IV; fascic. IV, pl. I.

Budd, *Diseases of the liver*. London, 1854.

Rokitansky, *Patholog. Anatom.*, t. III, p. 354.

Oppolzer, *Prager Vierteljahrsschrift*, 1845, p. 59.

Bochdaleck, *ibid.*, et 1846.

Dittrich, *ibid.*, 1846 et 1848.

Waller, *Leitschr. der Wiener Aerzte*, 1846.

Lebert, *Anatom. pathologique générale et spéciale*. Paris, 1855-1862.

souvent arrondis; ils ne s'aplatissent que lorsqu'ils arrivent à la surface de l'organe, au contact de l'enveloppe péritonéale; alors ils présentent fréquemment une dépression ombilicale, et sur ces points, le péritoine est opaque et épaissi. Ces nodus sont ordinairement isolés; quelquefois on les trouve disséminés en très-grande quantité dans le parenchyme hépatique, occupant la profondeur de l'organe, aussi bien que la surface. Leur nombre est en raison inverse de leur volume; lorsqu'ils se sont développés consécutivement à une altération de la même nature siégeant dans d'autres organes, ils sont ordinairement nombreux; ils restent au contraire plutôt isolés quand ils se sont formés primitivement dans le foie. A côté d'une tumeur cancéreuse très-développée, on en trouve souvent de plus petites, qui paraissent de date plus récente.

Le cancer du foie présente habituellement une consistance lardacée; celle-ci est rarement ferme, cartilagineuse; parfois, au contraire, elle rappelle la mollesse de la pulpe cérébrale, et donne une apparence de fluctuation (1). Sur la coupe, les carcinomes ordinaires offrent une couleur d'un blanc mat, parsemée d'un nombre plus ou moins grand de points et de stries rouges, suivant la quantité de vaisseaux sanguins que le tissu renferme. La pression en fait sortir un suc laiteux d'autant plus abondant que la substance cancéreuse est plus molle et plus semblable à la pulpe médullaire. Lorsqu'on a exprimé ainsi le suc, la trame fibreuse de la tumeur devient très-apparante.

La périphérie des nodosités cancéreuses est rarement isolée par un kyste distinct (2); le plus souvent, le nouveau produit se perd insensiblement dans le parenchyme qui l'entoure. Cette particularité, ainsi que les rapports des éléments du parenchyme glandulaire avec le carcinome, apparaissent surtout, lorsqu'on examine attentivement des tranches fines de la tumeur, à un fort grossissement. On voit une

(1) Le professeur Cruveilhier a décrit sous le nom d'abcès cancéreux des tumeurs fluctuantes du foie, dont la ponction donnait issue à un liquide crémeux, et qui étaient limitées par des parois semblables à celles des kystes, sillonnées de trabécules. Ces tumeurs s'étaient développées dans le cours d'un cancer utérin.

(2) Les tumeurs médullaires molles du foie sont celles qui m'ont particulièrement offert un kyste évident, d'où l'on pouvait énucléer complètement ou enlever avec un courant d'eau la masse cancéreuse, sans entamer le tissu sain qui l'enveloppait. Laënnec, Wardrop, Bright (*Guy's hospital reports*, vol. I, p. 638), Schræder van der Kolk (Backer, *De hepatis structura*, 1845, p. 59), Rokitansky (*Pathol. Anatom.*, t. VII, p. 358), rapportent des cas semblables. Dans un cas représenté par Bright, un vaisseau volumineux isolé passait de la paroi du kyste dans la tumeur; cette paroi avait elle-même un aspect réticulé, le parenchyme hépatique qui l'entourait était condensé. Dans un autre cas on trouvait sur la capsule, d'aspect lisse, des vaisseaux aplatis par la compression. Cruveilhier a publié des observations semblables.

préparation de cette nature, *Atlas*, pl. VII, *fig.* 4. Elle représente un cancer s'étendant de la capsule de Glisson au parenchyme hépatique voisin. Le milieu de la préparation montre la capsule épaissie et garnie de cellules de tissu conjonctif étoilées; celle-ci enveloppe des rameaux de la veine porte injectés en jaune, des rameaux de l'artère hépatique injectés en bleu, des vaisseaux biliaires et des nerfs. Sur le pourtour, on voit la substance cancéreuse pénétrant le tissu glandulaire de la périphérie des lobules vers le centre : çà et là on retrouve quelques cellules isolées provenant du parenchyme; plus loin, sur le côté de la figure, se trouvent des débris plus considérables, et, à cet endroit, le réseau capillaire des veines hépatiques et de la veine porte est rempli par l'injection. La masse cancéreuse grisâtre cesse graduellement vers les bords de la préparation; là, elle n'envahit plus que la périphérie des acini, dont le centre reste intact. Dans la *fig.* 2, pl. VIII, qui représente le bord d'un cancer mou volumineux, on voit la manière dont les premiers éléments du cancer du foie envahissent le tissu conjonctif interlobulaire, pour se propager de là vers le centre du lobule, en se substituant aux cellules glandulaires. Dans les points où la transformation cancéreuse est complète, on reconnaît encore, dans la disposition du stroma fibreux grisâtre, la structure primitive du tissu interlobulaire; seulement les mailles sont remplies par des cellules cancéreuses, chargées de graisse, au lieu de l'être par des cellules hépatiques (1).

Dans le développement du cancer du foie, les éléments cancéreux se substituent donc aux cellules glandulaires, en prenant le plus souvent pour point de départ le tissu conjonctif interlobulaire; par conséquent il n'y a pas ici un refoulement des acini, comme avec les échinocoques et d'autres produits de nouvelle formation (2).

En même temps que ces changements s'opèrent dans le parenchyme

(1) Dans certains cas, il est difficile de décider si on a sous les yeux des cellules hépatiques chargées de graisse ou des cellules cancéreuses, lorsqu'on n'a pas la présence du pigment pour faire reconnaître les premières.

(2) On n'observe le refoulement et la condensation de la substance glandulaire ambiante que dans quelques cas de cancers enkystés. — Hodgkin et Bright (*Guy's hospital reports*, vol. I, p. 639), ainsi que Schröder van der Kolk, avaient reconnu que le point de départ du cancer se trouve le plus souvent dans le tissu conjonctif interlobulaire; Walshe, au contraire, le place dans l'intérieur des acini; ainsi qu'on peut le voir, pl. VIII, *fig.* 1, j'ai rencontré çà et là, au centre des lobules, une substance grise grenue, entourée de cellules hépatiques, en partie saines et entourées de capillaires de la veine porte, en partie plongées dans un stroma fibreux, fusiformes et atrophiées. Ce mode de développement du cancer est plus rare que le premier.

du foie, l'appareil vasculaire des points envahis en subit aussi d'essentiels. L'accroissement du tissu interlobulaire entraîne le développement des branches de l'artère hépatique, et l'atrophie corrélative de celles de la veine porte (1). Celle-ci n'envoie plus que quelques rameaux isolés dans la masse cancéreuse, dont le stroma est au contraire parcouru par de fortes divisions artérielles. Partout où les cellules du foie sont remplacées par les éléments morbides, le réseau capillaire des veines porte et hépatiques, appartenant à la structure normale de l'organe, disparaît, tandis qu'il se développe un nouvel appareil vasculaire, dont la distribution différente appartient au système artériel (2). Le nombre de ces vaisseaux présente de très-grandes variétés; souvent ils sont disséminés en petite quantité dans la tumeur d'un blanc laiteux; mais quelquefois, et principalement dans les cancers mous, ils sont tellement nombreux et tellement rapprochés, qu'ils donnent au produit morbide une coloration rouge plus ou moins foncée. Les parois de ces vaisseaux sont ordinairement minces, et, en dépit de leur calibre, semblables à celles des capillaires; aussi se déchirent-elles aisément, et de ces ruptures résultent des épanchements sanguins, qui se limitent le plus souvent à la masse cancéreuse, mais qui cependant, dans des cas exceptionnels, font irruption dans la cavité péritonéale, en déchirant l'enveloppe du foie. La *fig.* 3, pl. IX, représente un foie parsemé de nodosités de volumes différents. Quelques-unes de celles-ci sont tellement farcies d'extravasations sanguines arrondies et remplissant les mailles du stroma, qu'elles ressemblent à

(1) Dans les cas où les tumeurs cancéreuses sont en grand nombre ou ont un volume considérable, le tronc de l'artère hépatique présente lui-même un calibre plus considérable. La comparaison des dessins faits sur des préparations injectées pourra faire apprécier les modifications du système vasculaire. Dans la pl. VIII, *fig.* 2, la veine porte a été injectée en rouge, l'artère hépatique en jaune. Dans la pl. VIII, *fig.* 1, la veine porte est en jaune, l'artère hépatique en bleu. Dans la pl. VII, *fig.* 3 et 4, la veine porte est en jaune, la veine hépatique en rouge, l'artère hépatique en bleu.

(2) Les opinions des observateurs sur l'état de l'appareil vasculaire des cancers du foie sont loin de s'accorder. Tandis que Cruveilhier place le siège du cancer du foie dans les capillaires veineux et que Th. Meyer considère la veine porte comme le point de départ de la formation du produit morbide (*Carcinome der Leber*, Basel, 1843, p. 20), Schröder van der Kolk (*Observationes anatomico-pathologicae*, 1826, fasc. I, p. 46), et Bérard (Cruveilhier, *Anatom. pathol.*, liv. XII, p. 6), s'appuyant sur l'examen de pièces injectées, nient absolument la participation du système veineux à la maladie. J'ai examiné un grand nombre de cancers du foie qui avaient été injectés par les trois ordres de vaisseaux de la glande, or, le système de la veine porte ne m'a présenté que quelques grosses branches qui côtoyaient la tumeur ou la traversaient, sans fournir de capillaires. Le produit morbide n'était alimenté que par l'artère hépatique, et celle-ci seule put être injectée jusqu'aux capillaires.

des baies de ronces; d'autres laissent voir encore des restes de la masse cancéreuse blanchâtre, dont les vaisseaux ont été injectés par l'artère hépatique. La *fig. 3*, pl. VIII, représente une de ces nodosités sous un fort grossissement.

Les foyers apoplectiques des carcinomes éprouvent les mêmes modifications de couleur consécutives que les autres épanchements sanguins parenchymateux.

Les hémorrhagies abondantes à l'intérieur des carcinomes du foie en augmentent rapidement le volume, et provoquent quelquefois en même temps les signes de l'anémie.

Lorsque le cancer a détruit l'enveloppe péritonéale du foie, il peut survenir une hémorrhagie, qui devient mortelle en quelques heures par son abondance. La planche IX, *fig. 1*, représente un cancer médullaire, qui s'est ainsi rapidement terminé par la mort. (Observation 94.) Farre (1) et Cruveilhier (2) rapportent chacun un fait analogue.

Les modifications que l'appareil vasculaire du carcinome du foie subit après une longue durée de la maladie, n'ont pas encore été suffisamment étudiées. Lorsque la transformation graisseuse et le ramollissement se sont produits, j'ai vu la matière injectée s'épancher partout dans les mailles que remplissait la substance molle, tandis que les parties restées fermes laissaient voir parfaitement leurs capillaires (3). Il me semble plus que vraisemblable que les vaisseaux se trouvent aussi intéressés dans d'autres formes d'évolutions du cancer; j'ai maintes fois rencontré dans la forme fibreuse, sur des parties atrophiées, des vaisseaux oblitérés et remplis de pigment.

Les grosses branches de la veine porte, appartenant à la structure normale des parties envahies par le carcinome, restent quelquefois longtemps intactes; elles traversent ou côtoient la tumeur, et leur lumière n'est pas oblitérée; leurs parois restent saines. Plus fréquemment on les trouve aplaties, ou avec des déformations anguleuses; en outre, il n'est pas rare de les voir remplies et oblitérées par des masses

(1) *Loc. cit.*, p. 43.

(2) *Anat. pathologique*, liv. XXXVII, p. 4.

(3) Atlas, pl. VIII, *fig. 1*. La masse bleue injectée dans l'artère hépatique forme des épanchements partout où se trouve du tissu cancéreux chargé de graisse et ramolli; les ramifications de la veine porte injectées en jaune et celles des veines hépatiques injectées en rouge, se dessinent partout où il reste encore des portions de parenchyme hépatique intact.

La *fig. 2* représente l'artère hépatique injectée en jaune; on y voit aussi des extravasations dans les nodus cancéreux.

de matière cancéreuse. J. F. Meckel (1), Otto (2), puis Cruveilhier (3), Schröder van der Kolk (4), Rokitansky, etc., ont déjà donné des descriptions plus ou moins exactes de cette altération de la veine porte; je puis en rapporter cinq cas, tirés de ma pratique personnelle. Le cancer de la veine porte est d'ordinaire le résultat de la propagation du cancer hépatique à la paroi veineuse; il se développe ensuite dans la cavité du vaisseau. Les membranes de la veine s'épaississent, subissent la dégénérescence, et poussent dans l'intérieur de la veine des végétations adhérant par une base plus ou moins large, et remplissant en partie ou en totalité le canal vasculaire. La dégénérescence envahit quelquefois toute la circonférence d'un rameau de la veine porte, et le transforme en une masse cancéreuse qui fait disparaître complètement le canal. Des points primitivement malades, le nouveau produit se propage dans le tube vasculaire, et en remplit ainsi graduellement une grande étendue jusqu'aux capillaires. Aux tumeurs qui ont leurs racines dans la paroi vasculaire, et qui, primitivement lisses et revêtues de la tunique interne, finissent par la perforer, s'ajoutent tôt ou tard des caillots sanguins, d'où peuvent naître en peu de temps des thromboses étendues, qui s'accompagnent des troubles circulatoires liés à ce genre d'altération.

Le cancer de la veine porte n'est pas toujours le résultat de l'extension du carcinome du tissu hépatique avoisinant. Il y a des cas où de simples thrombus des veines présentent les éléments du cancer, mélangés aux parties constituantes ordinaires des caillots d'ancienne date, sans qu'il y ait eu perforation, et où on est obligé d'admettre que des cellules cancéreuses se sont développées dans le thrombus lui-même. Des altérations de cette sorte ont été décrites sous le nom de phlébite (5).

Quelquefois le cancer remplit complètement le tronc et les branches de la veine porte dans toute leur étendue; il est néanmoins plus fréquent de ne voir que quelques branches ou quelques rameaux oblitérés. Ordinairement le vaisseau présente aux endroits malades un élargissement uniforme ou en ampoule.

Il est remarquable que les branches des veines hépatiques restent

(1) *Handb. der patholog. Anatomie*, II, p. 332.

(2) *Lehrbuch der patholog. Anatomie*, 1830, t. I, p. 359.

(3) *Anat. pathologique*, liv. XII, p. 6.

(4) Backer, *De structurâ hepatis*, p. 66.

(5) Voy. Rokitansky, *Patholog. Anatom.*, t. II, p. 651; H. Meyer, *Zeitschrift für rationnelle Medicin*, neue Folge, t. III, p. 136; Virchow, *Gesammelte Abhandlungen*, p. 155. Voy., en outre, notre observation, n° 93.

habituellement à l'abri de l'infiltration cancéreuse, fait sur lequel Cruveilhier et Schröder van der Kolk ont appelé l'attention, et que le dernier cherche à expliquer par la plus grande richesse artérielle de la capsule de Glisson, qui fournit une gaine à la veine porte. J'ai cependant rencontré des caillots sanguins simples dans les veines hépatiques, aux points où elles étaient comprimées par le cancer du foie. La compression atteint quelquefois aussi la veine cave. (Observation 98.)

Après la veine porte, ce sont les vaisseaux et les glandes lymphatiques qui sont le plus souvent atteints dans le cancer du foie. Ces dernières sont surtout celles qui occupent le hile de la glande, où elles forment des tumeurs infiltrées de matière encéphaloïde, compriment souvent les conduits biliaires du voisinage, et font obstacle au cours de la bile.

J'ai vu, dans deux cas, les lymphatiques remplis de substance encéphaloïde fongueuse former sur la surface du foie des cordons noueux, gros comme une plume de corbeau, émanant de nodus cancéreux situés sur le bord antérieur de l'organe, et se dirigeant vers le bord postérieur; les glandes du médiastin étaient volumineuses. (Observation 104.) D'autres fois, j'ai pu suivre ces cordons, à partir du sillon transverse, dans le ligament hépato-duodénal, le long de la veine porte, jusque derrière le pancréas et le pylore, où ils aboutissent aux glandes cœliaques. La propagation de la dégénérescence peut s'y faire contre le courant de la lymphe.

Les conduits biliaires sont susceptibles d'éprouver diverses sortes d'altérations, sous l'influence du cancer hépatique; les plus petits disparaissent sans laisser de traces, comme les cellules hépatiques; les plus gros sont comprimés, ou présentent un épaissement de leurs parois. On y trouve par places des dilatations, au niveau desquelles les canaux peuvent se rompre et verser la bile dans le tissu cancéreux qui les entoure (1). Il n'est pas rare de trouver de gros conduits biliaires qui traversent le cancer, sans avoir subi d'altération (pl. VII, fig. 4 et 4); quelquefois au contraire, et cela se voit surtout dans le canal hépatique et la vésicule biliaire, il se développe, sous la muqueuse, des nodus cancéreux, sous forme de disques plats, qui gênent la libre circulation de la bile. La fig. 4, pl. IX, représente un canal hépatique, considérablement dilaté, avec une dégénérescence cancéreuse de cette espèce.

(1) Bright, *Guy's hospital reports*, t. 1, p. 651, a décrit de ces anévrismes des conduits biliaires.

Ces altérations des conduits biliaires, et le catarrhe qui s'y joint, expliquent la fréquence de l'ictère et des calculs biliaires dans le cancer du foie.

L'enveloppe séreuse du foie est presque toujours malade, lorsque le cancer occupe la surface de l'organe. Elle s'épaissit et prend une teinte blanchâtre dans les points où elle revêt les nodus cancéreux, particulièrement lorsque ceux-ci présentent une dépression ombilicale. Il se développe parfois une péritonite latente, qui arrive rarement à se généraliser, se limite le plus souvent à la glande, détermine des adhérences avec les organes voisins, et facilite ainsi la propagation de la maladie. Très-souvent on trouve sur le péritoine des dépôts cancéreux sous forme de nodosités tubéreuses arrondies, ou de disques plats. Ces dépôts se rencontrent surtout au voisinage du foie, mais ils peuvent aussi se développer dans toute l'étendue du péritoine.

Dé la face convexe du foie, la maladie peut gagner le diaphragme et la plèvre droite. Cruveilhier a vu la mort être due à une pleurésie chronique qui n'avait pas d'autre cause. (Voyez Observation 92 et autres.)

La péritonite générale amène ordinairement des épanchements séreux, contenant quelques rares flocons fibrineux; ce n'est qu'exceptionnellement que la péritonite devient purulente, dans des cas de cancers mous, à développement rapide, occasionnant de fortes congestions du foie.

Les progrès du cancer sont plus ou moins rapides, suivant sa nature. Les cancers mous, qui contiennent beaucoup de suc, s'accroissent rapidement; les squirrhés durs ont au contraire une marche lente. Farre rapporte un cas où l'on évalua à 5 livres l'augmentation qu'un cancer du foie avait éprouvée en 10 jours (1). L'examen attentif des malades fait reconnaître que les progrès ont lieu ordinairement par secousses, qu'il y a des temps d'arrêt alternant avec des poussées, ou les tumeurs deviennent plus douloureuses, et augmentent rapidement de volume.

Le développement du cancer a ses limites, dans le foie comme dans toutes les parties où il peut se développer; lorsqu'il existe depuis longtemps, on y trouve ordinairement les traces d'un travail de rétrocession et de décadence. Ces changements se caractérisent par l'état graisseux du cancer, son atrophie et sa rétraction. Les cellules situées dans les mailles de la trame fibreuse se remplissent de gouttelettes de graisse, deviennent blanchâtres et opaques, et donnent au produit morbide un

(1) *Loc. cit.*, p. 28.

aspect réticulé; ou bien il se forme des masses d'apparence tuberculeuse, dans les points où des groupes considérables de cellules s'atrophient simultanément. Les cellules devenues grasses peuvent ensuite, par les progrès de la décomposition, arriver à l'état d'une substance émulsive qui se trouve peu à peu résorbée. Ce travail a lieu plus spécialement au centre de la tumeur; dans les parties qui en sont le siège, les fibres de la trame réticulaire se rapprochent, les mailles se rétrécissent, et il finit par ne plus rester qu'un tissu cicatriciel dense, dont on ne peut exprimer de suc cancéreux.

La surface des nodus cancéreux présente à ce niveau une dépression ombilicale, due à la rétraction graduelle de la masse fibreuse contractile (1).

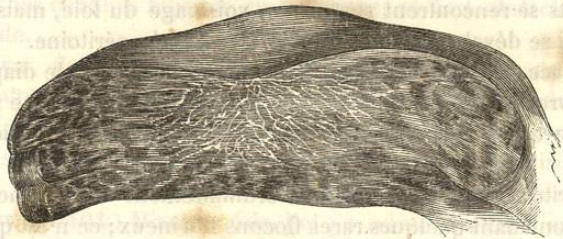


Fig. 59.

On a considéré cette transformation du tissu cancéreux comme un commencement de cicatrisation et de guérison; Oppolzer et Bochdaleck (2) ont rapporté des observations où ils croient avoir constaté, au lit du malade et à l'autopsie, le travail de guérison du cancer du foie. Il n'est pas douteux qu'on ne doive envisager, dans beaucoup de cas, la condensation et la rétraction des nodus cancéreux comme le résultat d'une évolution rétrograde, restreinte à l'accident local (3), ou si l'on aime mieux, comme un commencement de cicatrisation; mais il y

(1) La fig. 59 représente la coupe d'un cancer flétri du foie. On voit dans le milieu du nodus cancéreux une dépression ombilicale, au-dessous de laquelle les fibres du réseau sont serrées les unes contre les autres, les mailles sont étroites, en partie effacées, tandis que vers la périphérie elles sont larges et remplies par les cellules cancéreuses.

(2) *Prager Vierteljahrsschrift*, 1845, t. II.

(3) La dépression ombilicale des cancers superficiels du foie n'est pas toujours le résultat du travail que nous venons d'indiquer. On la rencontre souvent sur des nodus cancéreux encore jeunes, où il est impossible de reconnaître les caractères de l'évolution rétrograde. Je trouve l'explication de ce phénomène dans le degré de contractilité plus prononcé du tissu conjonctif développé en premier dans les parties centrales de la tumeur, et dans la diminution du suc cancéreux, par suite de l'obstacle que l'accroissement des bords de la tumeur met à l'apport du sang.

à loin de là à une guérison réelle de la maladie cancéreuse. A côté de ces heureuses transformations du centre des tumeurs, on observe, à la circonférence, une marche progressive, un accroissement qui prouve que les progrès du mal ne sont pas enrayés, mais n'ont fait qu'éprouver une perturbation locale. Je n'ai jamais pu constater un cas de véritable guérison du cancer du foie, ni au lit du malade, ni à l'autopsie. Les cas cités par Oppolzer et Bochdaleck ont une autre signification; il y a ici une erreur résultant de la confusion des cicatrices syphilitiques du foie, décrites aux pages 446 et suivantes, avec le carcinome.

Outre l'atrophie partielle du cancer, on rencontre encore deux autres sortes de modifications incomparablement plus rares, le ramollissement et l'inflammation. Dans le premier cas, il se forme dans l'intérieur de la tumeur des cavités remplies d'un liquide contenant un mélange de molécules grasses, de granulations et de débris de la trame fibreuse. (Observations 94 et 96.) Il est encore plus rare de voir le cancer imprégné d'exsudats purulents, comme cela a été observé par Cruveilhier (1) et Bennett (2).

Le tissu hépatique que le cancer a épargné ne se comporte pas toujours de la même manière. Il paraît habituellement sain; le seul changement qu'on y trouve est la diminution de volume souvent notable du parenchyme glandulaire, qui reste après la séparation des tumeurs cancéreuses; celui-ci peut ne représenter que le tiers, ou même le septième du poids normal (3). Dans d'autres cas, la nutrition du tissu glandulaire est activée; il s'y développe une hypertrophie qui fait, qu'après l'isolement du carcinome, le foie a un volume et un poids quelquefois double de celui normal. Ceci s'observe quelquefois avec les cancers encéphaloïdes mous, à marche rapide, et accompagnés de congestions.

A la périphérie des nodus, le tissu glandulaire subit fréquemment la transformation grasseuse; quelquefois aussi il est condensé et traversé par des traînées de tissu conjonctif; plus souvent encore, on y trouve des hyperhémies partielles.

Les parties dans lesquelles les branches de la veine porte ont été oblitérées éprouvent une atrophie, lorsque l'afflux du sang y a fait défaut quelque temps. Quand de gros canaux biliaires sont oblitérés par le cancer, le parenchyme hépatique prend une teinte jaune ou vert-

(1) *Anat. pathol.*, liv. XXXVII, pl. IV, p. 2.

(2) *Cancerous and canceroid Growths*. Edinburgh, 1849, p. 39.

(3) Après la séparation des tumeurs cancéreuses, le foie d'un homme de 43 ans ne pesait plus que 0<sup>k</sup>.31.

olive, et on observe toutes les conséquences de la stase biliaire. L'induration cirrhotique coïncide rarement avec le carcinome (Observation 91); souvent on trouve la capsule de Glisson épaissie, simplement hypertrophiée ou cancéreuse. La *fig. 4*, pl. VII, de mon atlas représente cette altération de la capsule; les vaisseaux et les conduits biliaires sont enveloppés d'une gaine épaisse de tissu conjonctif, sans que leur calibre en soit diminué. (Observations 101 et 102.)

Outre ces deux variétés habituelles, le cancer du foie en présente encore d'autres, dont la structure offre quelques particularités. Ces variétés sont les suivantes :

1° Le fungus hématode (*carcinoma telangiectodes; Gefasskrebs, Blutschwamm*).

Il se distingue par le développement d'une grande quantité de vaisseaux qui, ayant un calibre notable et de minces parois, se déchirent aisément et occasionnent de ces épanchements apoplectiformes, tels que nous les avons déjà décrits. Il faut bien distinguer cette variété de cancer, des cas rares représentés par Farre (1) et Cruveilhier (2), dans lesquels quelques parties du carcinome étaient formées d'un tissu érectile, semblable aux tumeurs de ce nom. C'est là une combinaison de deux espèces de tumeurs, dont le développement a des points communs, ainsi que nous l'avons démontré plus haut.

2° Le cancer mélané (*carcinoma melanodes, melanotischer Krebs*).

Le foie est ici parsemé de petits nodus de forme irrégulière, à contours mal déterminés, rarement bien limités, en partie pâles, en partie colorés par du pigment jaune, brun ou noir. L'organe présente ainsi un aspect granitique.

Le pigment occupe en plus grande partie les cellules cancéreuses, mais on en trouve aussi dans le suc, sous forme de granulations isolées ou réunies en groupes. Cette variété se distingue par la rapidité avec laquelle elle s'accroît et se propage.

Les produits morbides pigmentés, de formation nouvelle, ne concordent pas toujours par leur structure avec le cancer. J'ai décrit en détail (Observation 93) un cas que je dois à l'obligeance de mon collègue Lebert; il est remarquable, en ce que les éléments des tumeurs étaient représentés exclusivement par des cellules fusiformes, en partie

(1) *Loc. cit.*, pl. IV.

(2) Plusieurs masses cancéreuses offraient, dans une partie de leur étendue, une trame érectile tout à fait analogue au tissu du corps caverneux; cette trame était remplie par un liquide couleur lie de vin. (*Anat. pathol.*, liv. XII, pl. II et III.)

pâles, en partie pigmentées, qui ressemblaient en tout point à celles du sarcome.

3° Le cancer cystique (*carcinoma cysticum, Cystenkrebs*).

Dans cette variété, les tumeurs cancéreuses présentent des cavités arrondies, du volume d'une lentille à celui d'une noix, remplies d'une sérosité claire, et revêtues d'une membrane lisse d'aspect séreux. (Pl. IX, *fig. 2*, et Observation 106.)

Assez souvent les cavités sont mal limitées, la membrane séreuse fait défaut, et le contenu est un fluide muqueux et filant.

4° Le cancer alvéolaire ou gélatineux (*carcinoma alveolare, Alveolar oder Gallertkrebs*).

Le véritable cancer alvéolaire du foie est très-rare, et on n'en possède qu'un petit nombre d'exemples rigoureusement observés (1). Je n'ai eu qu'une seule fois l'occasion de l'observer. Le cas est celui d'un homme de 42 ans, qui fut admis à ma clinique de Breslau, le 19 juillet 1856, dans un état d'épuisement profond, avec une tuméfaction de la

(1) Une partie des observations qu'on rencontre dans la littérature médicale laissent de l'incertitude sur la question de savoir si on doit les rapporter à cette variété de cancer ou aux échinocoques multiples. De ce nombre sont les cas du musée de Prague (Dittrich, *Prager Vierteljahrsschrift*, 1848, t. III, p. 117), ceux du musée de Zurich (Meyer), de Guy's hospital (J. Wilks, *Transact. of the pathol. Soc.*, vol. X). Boettcher a fait voir (*Arch. f. path. Anat.*, t. XV, p. 352), combien il est difficile de distinguer ces deux maladies du foie, en démontrant sur une préparation du musée de Dorpat, qui présentait pour l'aspect et la structure l'analogie la plus parfaite avec le cas de cancer colloïde du foie décrit par Luschka, la présence des corpuscules calcaires, des crochets et des couches stratifiées des tænioïdes. Boettcher va cependant trop loin lorsqu'il met en question l'existence du cancer gélatineux du foie. Il est incontestable qu'on rencontre dans cette glande des tumeurs dont la structure est la même que celle du cancer gélatineux dans d'autres organes. C'est à cette dernière catégorie qu'appartiennent le cas de Luschka (*Arch. f. pathol. Anat.*, t. II, p. 400), un autre tiré de ma pratique personnelle, et probablement aussi celui de van der Byl (*Transact. of the pathol. Soc.*, t. IX). J'ai recherché en vain sur la préparation, dont mon collègue Luschka a eu la bonté de m'envoyer une partie, les éléments des tænioïdes.

Il serait cependant bon de reprendre d'une manière complète l'examen comparatif du cancer gélatineux et de l'échinocoque multiple, d'autant plus que Wurz a fait la remarque importante, que la substance gélatineuse d'un cancer colloïde du sein observé par Lebert était très-pauvre en azote et ressemblait à la chitine (*Arch. f. pathol. Anat.*, t. IV, p. 203); Lücke (*Ibid.*, t. XIX, p. 190), a démontré récemment, par l'analyse élémentaire, que cette particularité appartenait également aux membranes des échinocoques.