

de potassium). Mais on ne s'attendra à un résultat avantageux que pour autant que l'affection se trouve encore dans la période de formation gommeuse. Le traitement n'a plus d'influence sur les rétractions cicatricielles ; — et ce sont elles précisément qui donnent lieu aux symptômes cliniques. C'est pour cela qu'en général le traitement anti-syphilitique ne réussit guère dans les phases avancées de la maladie.

Nous renvoyons à l'article cirrhose pour tout ce qui concerne le *traitement symptomatique*.

## CHAPITRE NEUVIÈME.

### CANCER DU FOIE ET DES CONDUITS BILIAIRES.

**Étiologie et anatomie pathologique.** Si le *cancer primitif* est très rare dans le foie, les *productions cancéreuses secondaires et métastatiques* de cet organe se présentent à l'observation dans une proportion considérable. La cause en réside surtout dans la *lenteur du courant sanguin* à travers le foie, lenteur qui facilite évidemment l'arrêt des germes cancéreux charriés par le sang.

Les *carcinomes secondaires du foie* peuvent se développer à la suite de tout cancer primitif d'un autre organe quelconque. On les observe de préférence cependant quand le cancer primitif siège dans un organe relevant du domaine du système-porte, notamment à la suite des carcinomes primitifs de l'estomac, de l'intestin (gros intestin, rectum), de l'œsophage, du pancréas, etc. Dans quelques circonstances on peut directement remonter aux radicules de la veine-porte qui ont donné accès à la végétation néoplasique et admettre, à bon droit, que le courant métastatique est parti de là. Les carcinomes secondaires du foie sont quelquefois en nombre considérable. Ils occupent tantôt l'intérieur, tantôt la superficie de l'organe. Dans ce dernier cas, ils forment des éminences aplaties dont le centre est parfois légèrement déprimé (*ombilic cancéreux*). Quand la végétation cancéreuse est abondante, le foie est souvent agrandi dans tous ses diamètres et remplit une grande partie de la cavité de l'abdomen.

Comme nous venons de le dire, le *cancer primitif du foie* est très rare. On le rencontre tantôt sous forme de *gros noyaux isolés*, tantôt à l'état d'*infiltration diffuse* qui envahit une grande partie de l'organe. Eu égard à leur structure histologique, les carcinomes primitifs sont à cellules cylindriques et naissent probablement de l'épithélium des petits conduits biliaires, et aussi, selon quelques auteurs, des cellules hépatiques elles-mêmes.

Les *cancers primitifs des grands canaux biliaires* sont plus fréquents que ceux du foie proprement dits et ont par conséquent une plus grande importance clinique. Dans la *vésicule biliaire* comme dans les grands conduits de la bile (canal cholédoque), on rencontre le cancer primitif qui donne lieu à de nombreux transports métastatiques dans l'intérieur du foie.

Nous avons peu de chose à dire sur l'*étiologie*. Comme le cancer en général, celui du foie atteint de préférence les personnes d'un *âge avancé* (40 à 60 ans). On n'en connaît pas les causes occasionnelles. Parfois on a cru reconnaître une tare héréditaire. Souvent aussi les *calculs biliaires* semblent avoir donné l'impulsion à la formation du carcinome.

**Symptômes et marche de la maladie. Diagnostic.** Le foie peut être envahi par de grosses nodosités centrales et cachées dans sa profondeur, et même par une infinité de petits noyaux qui ne se révèlent par aucun symptôme clinique quelconque. S'agit-il d'un carcinome primitif existant positivement dans un autre organe (surtout dans l'estomac), il faut toujours songer à la *possibilité* de métastases cancéreuses dans le foie. Mais on ne peut les admettre qu'après que l'examen objectif y a fait découvrir des altérations évidentes. On est autorisé cependant à en présumer l'existence quand se manifestent des phénomènes de compression de la veine-porte ou des grandes voies biliaires (l'ascite et le gonflement de la rate d'une part, l'ictère de l'autre).

À la *palpation du foie*, on perçoit manifestement dans beaucoup de cas de carcinome une ou plusieurs tumeurs. On détermine le point de départ de la tumeur en la localisant dans la région hépatique et en démontrant qu'elle fait corps avec le foie, dont on circonscrit les limites à l'aide de la percussion et par la perception de son rebord inférieur. En outre, un signe caractéristique de presque toutes les tumeurs émanant du foie, c'est qu'elles sont animées d'un mouvement de *glissement respiratoire* manifeste, puisqu'à chaque abaissement inspiratoire du diaphragme elles sont portées vers le bas, concurremment avec le foie. La *percussion* au niveau de la tumeur hépatique donne presque toujours un son complètement mat (à l'opposé de beaucoup de tumeurs appartenant à l'estomac).

La donnée clinique la plus probante est fournie par le foie, dans les cas rares où il est le siège de nombreux noyaux cancéreux. Alors l'organe est considérablement *augmenté* de volume. Parfois on voit se dessiner à travers la paroi abdominale flasque et atrophiée, une grande saillie lobulée qui occupe la région hépatique et s'étend vers le bas jusqu'à la ligne de l'ombilic et même au delà. À la palpation, presque toute la face antérieure du foie est couverte de nodosités, de la grosseur d'une noix jusqu'à celle d'une pomme. Le bord inférieur est parfois nettement perceptible et présente



également des élevures : il en est de même de la face inférieure qu'on parvient quelquefois à atteindre.

Les autres manifestations cliniques du cancer du foie dépendent en partie de la maladie primitive (carcinome de l'estomac, etc.), en partie de la cachexie cancéreuse généralisée (prostration, amaigrissement, parfois légers œdèmes aux jambes, etc.) et enfin de la compression éventuelle des vaisseaux et des conduits biliaires. Cette dernière est cause qu'il se manifeste souvent une ascite plus ou moins considérable. La rate en ces cas se tuméfie en vertu de la stase, mais rarement d'une façon prononcée, vu que l'émaciation générale et l'anémie s'y opposent. L'ictère est proportionnellement plus fréquent que l'ascite dans le carcinome du foie ; il est dû à la compression du canal cholédoque ou des canalicules biliaires dans l'intérieur du foie. D'un autre côté cependant, il est facile de comprendre comment l'ictère aussi bien que l'ascite peuvent en certaines circonstances faire complètement ou à peu près défaut dans le carcinome du foie.

Il est parfois difficile d'éviter des confusions entre les carcinomes du foie et ceux d'autres organes. Il y a notamment le carcinome du pylore, qui présente presque exactement le même tableau morbide que celui du foie, surtout quand il a contracté des adhérences avec cet organe, ce qui arrive souvent. Les carcinomes de l'épiploon et du colon offrent aussi des difficultés au point de vue du diagnostic différentiel ; cependant ils sont rarement doués d'une mobilité respiratoire aussi manifeste que les tumeurs du foie. La distinction entre le carcinome et les autres tumeurs hépatiques est un problème de diagnostic qui se rencontre assez rarement. Les tumeurs bénignes du foie (adénome, sarcome) sont tellement insolites qu'on peut, à proprement parler, les passer sous silence. En ce qui concerne les néoplasmes syphilitiques, il faut prendre en considération le commémoratif et les autres signes de la vérole, puis la rétraction consécutive et la réduction de volume du foie. Les échinocoques ont en général une forme beaucoup plus régulière et ovoïde. Les vastes abcès sont très rares chez nous et se rattachent d'ordinaire à une cause appréciable. De plus ils donnent souvent lieu à de la fièvre (frissons) qui manque dans le carcinome.

Du moment que le diagnostic du carcinome est établi, la question est de savoir s'il s'agit d'une tumeur secondaire ou primitive. A raison de la grande rareté du cancer primitif du foie, on songera tout d'abord à la forme secondaire. Il arrive assez fréquemment que le cancer primordial ne peut guère être découvert pendant la vie (cancer de petite dimension de l'estomac, cancer en plaque de l'œsophage, cancer du pancréas, etc.) S'agit-il de noyaux cancéreux multiples du foie, sans qu'on puisse trouver d'affection originelle dans un autre organe, il faut envisager la possibilité du cancer

primitif de la vésicule et des conduits biliaires. Dans des cas exceptionnels, on perçoit au bord inférieur du foie la vésicule atteinte de dégénérescence cancéreuse, mais le plus souvent rapetissée et ratatinée. Ce n'est qu'à la surface interne de la vésicule qu'on découvre le néoplasme sous forme d'une plaque parfois ulcérée. C'est surtout dans les cas de carcinome du foie avec ictère intense et de longue date, sans formation carcinomateuse appréciable dans un autre organe, qu'on croira à la possibilité d'un cancer primitif des conduits biliaires.

Le cancer du foie n'est d'ordinaire pas de très longue durée. Dès que la maladie est devenue évidente, l'amaigrissement général et la cachexie font des progrès rapides et en peu de mois, rarement en  $\frac{1}{2}$  à un an seulement, la mort arrive avec les symptômes d'un profond marasme.

Le pronostic du cancer du foie est par conséquent absolument défavorable. Le traitement se réduit à adoucir les souffrances, en s'adressant aux symptômes.

## CHAPITRE DIXIÈME.

### ÉCHINOCOQUES DU FOIE.

**Histoire naturelle et anatomie pathologique.** Le foie étant l'organe que les échinocoques habitent le plus fréquemment chez l'homme, nous commencerons par exposer ce qu'il y a de plus important sur l'affection hydatique en général.

Le *ténia échinococcus* (v. fig. 53) est un petit ver rubané, de trois à quatre anneaux, long de quatre millimètres environ, qui vit dans l'intestin du chien. L'homme s'infecte en introduisant dans son estomac des œufs de ce ténia. Le motif pour lequel les échinocoques sont si répandus en Islande, c'est l'habitude des insulaires de vivre en compagnie de leurs nombreux chiens. Chez nous l'échinocoque est relativement rare.

Une fois que l'infection a eu lieu, l'embryon pénètre dans les organes avec le torrent circulatoire. Le plus souvent le courant de la veine-porte l'entraîne vers le foie où il s'arrête. Cependant l'échinocoque se développe aussi dans d'autres organes, dans le poumon (v. p. 375), les os, le cerveau, le rein, etc. De l'embryon naît la vésicule hydatique remplie d'un liquide exempt d'albumine et consistant en une cuticule externe formée de lamelles emboîtées et d'une membrane parenchymateuse interne comprenant des fibrilles musculaires et des vaisseaux. A l'entour de la vésicule se forme peu à peu dans l'organe atteint un kyste adventice épais de tissu cellulaire.

Après quatre à six mois de croissance, la vésicule, ayant atteint à peu près la dimension d'une noix, on voit se former à la face interne de l'hyda-