

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-

tide et aux dépens de la couche parenchymateuse, les membranes dites fertiles et dans celles-ci une quantité de têtes (scolices) d'échinocoques. Ces têtes sont pourvues de quatre ventouses et d'une couronne de crochets; elles peuvent s'invaginer dans la membrane bourgeonnante et se déployer au dehors (v. fig. 54, 55, 56).

D'ordinaire la vésicule hydatique primitive ou vésicule-mère donne naissance à des vésicules secondaires dites vésicules-filles (puis à des vésicules-petites-filles, etc.) Celles-ci naissent tantôt de la cuticule, tantôt de la membrane fertile. Chez l'homme le bourgeonnement est le plus souvent interne (germination endogène, échinocoque hydatique), les vésicules se détachent et à la fin flottent en grand nombre (par centaines) dans le liquide. Chez les animaux, le développement est plus fréquemment exogène, les vésicules-filles naissant par germination externe (échinocoques des bêtes de somme ou hydatides granuleuses). Une forme particulière d'échinococcus, qui autrefois a été prise pour une sorte de tumeur, c'est l'échinocoque multiloculaire de VIRCHOW. Elle consiste en une tuméfaction indurée, composée de vésicules de la grosseur d'un pois, qui, selon toute apparence, végète le long des vaisseaux lymphatiques, peut-être aussi dans l'intérieur des vaisseaux sanguins.

La croissance de la vésicule d'échinococcus se fait lentement et peut durer des années. L'échinocoque peut finalement atteindre la grosseur d'une tête d'enfant. Cependant il succombe tôt ou tard. Alors l'hydatide se rétracte lentement en même temps que le kyste et son contenu s'imprègnent de sels calcaires.

Symptômes cliniques. Aussi longtemps que les vésicules d'échinocoque qui occupent le foie sont peu développées, elles ne provoquent presque aucun malaise.

Les échinocoques meurent et s'incrument de sels calcaires, sans avoir jamais éveillé de symptômes cliniques. On les retrouve accidentellement à l'autopsie.

La maladie ne se déclare que pour autant que les vésicules d'échinococcus acquièrent assez de volume pour occasionner de la compression, de la douleur, etc., dans la région hépatique. Dans des cas rares, des hydatides très développées, siégeant à la surface convexe du foie, peuvent, en soulevant le diaphragme et en comprimant les lobes inférieurs du poumon, provoquer une gêne considérable de la respiration. Une autre série de



Fig. 53. Ténia échinococcus agrandi; de grandeur naturelle à droite et en haut.

phénomènes se manifeste quand l'échinococcus est situé de telle façon qu'en grandissant il exerce une compression sur la veine-porte ou un grand canal biliaire. Alors il en résulte nécessairement l'ascite et la tumeur splénique ou de l'ictère.

Le passage des échinocoques dans les organes avoisinants donne parfois lieu à des observations intéressantes. A diverses reprises on a vu les échinocoques du foie faire irruption dans la cavité pleurale, dans les poumons (expectoration de vésicules d'échinococcus), dans l'intestin (évacuation de vésicules par les selles), dans les voies biliaires (ictère et élimination finale par l'intestin), dans la veine-cave inférieure (mort subite par embolie de l'artère pulmonaire) et parfois aussi la perforation à l'extérieur avec évacuation du contenu de la vésicule et guérison terminale. Dans des cas rares, le kyste hydatique peut-être atteint d'inflammation purulente et donner lieu à tous les symptômes d'un abcès du foie.

L'échinocoque multiloculaire donne ordinairement naissance à un complexe clinique grave. Le foie est manifestement augmenté de volume; au

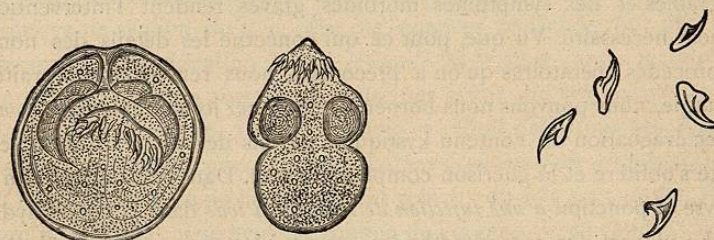


Fig. 54 et 55. Scolices d'échinococcus libres, à tête rentrée et à tête déployée.

Fig. 56. Crochets d'échinococcus.

palper il est le plus souvent dur et uni, rarement bosselé. Communément se développent de l'ictère, la tumeur splénique, de l'ascite et en outre une émaciation progressive et un affaiblissement qui conduisent finalement à la mort.

Le diagnostic des échinocoques du foie est basé sur la sensation de tuméfaction que les hydatides donnent fréquemment au palper. Ils se présentent sous forme d'éminences aplaties ou globuleuses, d'une consistance ferme et parfois nettement élastique. Un signe particulièrement caractéristique, mais qu'on perçoit rarement d'une manière manifeste, c'est un frémissement spécial (frémissement hydatique) qu'on provoque en imprimant un coup rapide et sec à la tumeur avec le plat de la main. Le diagnostic est hors de doute quand des vésicules s'évacuent d'une façon ou de l'autre. A diverses reprises on a pratiqué la ponction exploratrice pour arriver au diagnostic. Le liquide obtenu est d'un jaune-clair, presque toujours exempt d'albumine,

et au microscope on y découvre quelquefois de petits feuilletés stratifiés et quelques crochets. Toutefois l'absence d'éléments figurés caractéristiques n'est pas un argument certain *contre* les échinocoques. Sous le *rapport chimique*, la présence d'*acide succinique* et de *sucre* dans le liquide est peut-être un point à utiliser pour le diagnostic.

Très souvent, le diagnostic différentiel entre les échinocoques du foie et d'autres affections de cet organe est difficile et on ne sait le formuler qu'en prenant en considération l'ensemble des circonstances (étiologie, l'âge du malade, la fièvre, la forme de la tumeur, au besoin la ponction exploratrice, etc.). Des hydatides volumineuses qui ont envahi la cavité de la plèvre peuvent donner le change pour un exsudat pleurétique.

Traitement. Comme l'administration des remèdes internes, — l'*iodure de potassium* et les *préparations mercurielles* — qui sont particulièrement recommandées, est d'une efficacité douteuse, il n'y a que le *traitement chirurgical* qui ait quelque chance de succès. Cependant il n'est pas tout à fait exempt de danger et ne doit par conséquent être entrepris qu'au cas où des malaises considérables et des symptômes morbides graves rendent l'intervention réellement nécessaire. Vu que, pour ce qui concerne les détails des nombreux procédés opératoires qu'on a préconisés, nous renvoyons aux traités de chirurgie, nous pouvons nous borner à remarquer ici que la *simple ponction* avec évacuation du contenu kystique a parfois des résultats durables. Le kyste s'oblitére et la guérison complète s'ensuit. Dans quelques cas on a fait suivre la ponction d'une *injection de teinture d'iode* dans la poche hydatique. La plupart des autres méthodes ont pour but de provoquer l'adhésion du sac à la paroi abdominale antérieure et puis d'ouvrir et de vider. A la clinique chirurgicale de Leipzig on préfère, et avec chance de succès, ouvrir lentement le sac à l'aide de la pâte caustique de chlorure de zinc, qui, à la faveur de l'inflammation adhésive qu'elle produit, unit la paroi kystique à la paroi abdominale. La méthode de SIMON consiste à plonger plusieurs trocarts à quelque distance les uns des autres, et à les laisser en place jusqu'à ce qu'il s'établisse une adhérence entre la poche d'échinocoques et la paroi du ventre. Après, on réunit les points ponctionnés par une incision, on vide le sac, on le lave, on le désinfecte et on l'amène ainsi petit à petit à la guérison.

CHAPITRE ONZIÈME.

TROUBLES DE CIRCULATION DANS LE FOIE.

1. L'*anémie* du foie qui, dans son expression la plus élevée, n'est qu'un élément d'une profonde anémie générale, n'a pas de valeur clinique appréciable.

2. L'*hyperémie veineuse par stase* du foie (engorgement passif du foie) est un état plus fréquent et plus important qui se rencontre dans toutes les maladies donnant lieu à un trouble général de la circulation. On observe le plus souvent la stase veineuse du foie dans les *affections du cœur* (surtout dans les affections mitrales), puis dans l'*emphysème pulmonaire*, dans la *sclérose pulmonaire* chronique, etc. Le foie est augmenté de volume et gorgé de sang. Comme les veines hépatiques occupent le centre des acini, il en résulte que le milieu des lobules hépatiques a une teinte foncée particulière, tandis qu'à leur périphérie ils présentent un aspect plus clair et parfois jaune, à cause de l'infiltration graisseuse des cellules. De là vient que la surface de section du foie offre ces nuances panachées qui ont donné naissance à la désignation de *foie muscade*. Si la stase sanguine dure longtemps, elle provoque, surtout au centre des acini, une atrophie notable des cellules hépatiques, qui fait que le foie se réduit dans tous ses diamètres et que sa surface se couvre de granulations (*foie muscade atrophique*).

Les *signes cliniques* de l'engorgement veineux du foie sont principalement fournis par l'agrandissement de volume de l'organe. Si, au cours d'une affection chronique du cœur, de l'emphysème pulmonaire et d'autres états analogues, se développe un engorgement veineux du foie, la *matité hépatique* s'étend, et souvent le bord inférieur de l'organe ainsi qu'une partie de sa surface antérieure deviennent manifestement accessibles à la palpation. Dans les cas prononcés, le foie déborde de près d'un travers de main le rebord costal droit. Parfois la congestion veineuse du foie est accompagnée d'un *ictère* léger ou assez intense. Ce dernier résulte probablement de la pression exercée sur les canalicules biliaires de l'intérieur du foie par des vaisseaux sanguins dilatés. Comme il a été dit plus haut, ce teint particulier, formé du mélange de la coloration ictérique avec la nuance cyanotique de la peau, est caractéristique d'un grand nombre d'affections cardiaques.

Souvent aussi l'engorgement veineux du foie, quand il est considérable, produit des *malaises subjectifs* manifestes. Les malades éprouvent, dans la région hépatique, un sentiment de pression et de pesanteur qui prend les caractères d'une douleur véritable, quand la capsule est fortement distendue.