

## CHAPITRE V

### LES TUMEURS DU FOIE AU POINT DE VUE CHIRURGICAL

#### ÉTUDE SUR LA RÉSECTION DU FOIE

Toutes les tumeurs du foie, solides ou liquides, à l'exception des kystes hydatiques, qui feront l'objet d'une étude spéciale, nous occuperont dans ce chapitre.

Nous n'envisagerons que le côté chirurgical de cette question, qui au point de vue purement médical a été longuement étudiée à des titres divers. En ce qui concerne l'anatomie pathologique, nous ne retiendrons de l'étude des tumeurs du foie, que ce qui peut intéresser le chirurgien, c'est-à-dire l'anatomie macroscopique sans entrer dans les détails histologiques. De même au point de vue du diagnostic, sans faire une étude approfondie de la question, nous nous bornerons à montrer les difficultés du diagnostic et la fréquence des surprises au cours d'interventions chirurgicales, question soulevée récemment devant la Société de chirurgie de Paris (1897).

Notre sujet se trouve donc nettement délimité: ne donner que les notions nécessaires sur la pathologie médicale des tumeurs du foie, et nous attacher spécialement à l'étude encore peu connue de leur chirurgie.

A propos du traitement, nous ferons d'une façon complète l'exposé de la *résection du foie*, et tout ce que nous dirons de cette importante question sera applicable non seulement aux tumeurs du foie, mais aussi aux lobes flottants qu'on a traités dans quelques cas par la résection (nous l'avons vu dans le chapitre précédent sur l'*hépatoptose*), aux kystes hydatiques pour lesquels la résection semble appelée à prendre une certaine place, enfin aux cas de cancer de la vésicule biliaire propagé aux parties voisines du foie.

L'*histoire chirurgicale* des tumeurs hépatiques, et par conséquent

celle de la résection du foie, est de date récente. On a publié, dans ces dernières années, un certain nombre d'observations relatives à des opérations pratiquées pour des tumeurs du foie; il nous paraît inutile de citer ici les noms des opérateurs, car ils figurent dans les tableaux statistiques que nous publions à la fin de ce chapitre. Qu'il nous suffise de dire que Lins est le premier qui, en 1886, fit l'ablation d'une tumeur solide du foie. Depuis, la résection a été appliquée, non seulement au traitement des tumeurs, mais aussi, comme nous venons de le dire, à celui des lobes flottants et des kystes hydatiques.

Ce n'était pas toutefois la première tentative de résection du foie qui ait été faite, car pendant la guerre de 1870-71, Bruns sur un soldat blessé d'une balle au ventre, avait déjà pratiqué l'ablation d'une portion de foie grosse comme une noix, et son malade avait guéri.

De plus des expériences importantes avaient été faites sur l'animal vivant; la résection avait été pratiquée par des procédés divers, des portions assez volumineuses de foie avaient été extirpées, et la régénération du tissu enlevé avait été constatée. A cette étude expérimentale se rattachent les noms de Glück, Tizzoni, Griffini, Podvisotzky, Ponfick, Meister, Ceccherelli et plus récemment de Sneguireff, Giancola, Schneider, etc...

Nous ne saurions omettre le travail publié par Keen, en 1892, dans le *Boston medical and surgical Journal*, cet auteur y donne à propos d'un fait personnel, le relevé des opérations de même nature pratiquées avant lui.

Dans la *Revue de chirurgie* en 1896, pages 52 et 934, deux auteurs russes, Kousnetzoff et Pensky, ont donné le résultat d'expériences personnelles sur la résection du foie, et, envisageant la question à un point de vue général, ils ont tenté de réunir toutes les observations où la résection avait été mise en pratique pour des kystes hydatiques, des lobes flottants et des tumeurs diverses.

A la même époque, l'un de nous<sup>1</sup> communiqua à la Société de chirurgie et publia dans la *Revue de chirurgie* le résultat d'expériences personnelles poursuivies sur l'animal. Par un procédé différent, il arrivait aux mêmes conclusions que les auteurs russes. Peu de temps après, il fit paraître un travail où étaient étudiés et com-

(1) M. AUVRAY. Communication à la Société de chirurgie (janvier 1897); *Description d'un procédé nouveau de résection du foie* (*Revue de Chirurgie*, Paris, p. 319 1897); *Etudes sur les divers procédés de résection du foie*, Paris, 1897. H. Jouve, éditeur.



parés les nombreux procédés de résection connus jusqu'à ce jour.

En décembre 1897, la question des tumeurs hépatiques envisagées au point de vue chirurgical fut posée devant la Société de chirurgie de Paris ; dans les discussions qui eurent lieu à cette époque, et auxquelles prirent part P. Segond, Quénu, Ricard, Michaux, Routier et A. Broca, on se préoccupa surtout des difficultés que présentait dans certains cas le diagnostic des tumeurs du foie.

Nous signalerons encore les articles récemment publiés sur la résection du foie par John Wheelock Elliot, de Boston<sup>1</sup>, 1896 ; par E. Ullmann, de Vienne<sup>2</sup>, 1898 ; par Tricomi, de Padoue<sup>3</sup>, 1899 ; et les recherches expérimentales sur un nouveau procédé d'hémostase présentées par Segale, de Gênes, au Congrès international tenu à Paris en 1900.

Nous devons une mention spéciale au procédé de résection que Chapot-Prévoist, de Rio-Janeiro a récemment décrit devant l'Académie de médecine de Paris (octobre 1900) à propos de la séparation de deux êtres xiphopages. Cette manière de faire nous a paru applicable non seulement à ce cas particulier, mais à l'ablation des tumeurs du foie dans certaines conditions déterminées.

#### Anatomie pathologique.

Les diverses variétés des tumeurs que l'on peut rencontrer dans le foie sont les suivantes : le *syphilome*, le *cancer* sous ses différentes formes, le *tubercule*, l'*angiome*, le *lymphadénome*, et certains *kystes* de nature particulière qu'on désigne sous le nom de *kystes biliaires*.

**SYPHILIS.** — La syphilis hépatique est *héréditaire* ou *acquise*.

Bien entendu, il ne saurait être question dans ce travail de la syphilis héréditaire du nouveau-né. Seules, la syphilis héréditaire tardive et surtout la syphilis acquise doivent nous arrêter ; nous verrons en effet que dans les observations de tumeurs du foie opérées, figurent un certain nombre de *gommès*. Or ces gommès apparaissent

(1) *Traitement chirurgical des tumeurs du foie*, par J.-W. Elliot, de Boston (*Transactions of the American Surgical Association*, 1897, vol. XV).

(2) *De la résection du foie*, par Emerich Ullmann (*Centb. f. Chirurg. Leipzig*, 1898, n° 31, p. 612).

(3) *Expériences sur l'hémostase du foie*, par Tricomi (*il Policlinico*, Rome, 1899, p. 381).

aux époques avancées de la période tertiaire (dix, quinze et même vingt ans après l'accident primitif) et parfois lorsque les premières manifestations de la syphilis ont été remarquablement bénignes.

Ces gommès ont des dimensions variant de celles d'un grain de chènevis à une grosse noix ; leur forme est tantôt arrondie, tantôt irrégulière ; elles peuvent être isolées au sein du parenchyme hépatique, d'autres fois elles sont plus nombreuses et leur groupement très variable. Elles sont formées d'un tissu assez ferme, de coloration gris jaunâtre ou jaune paille ; elles sont toujours entourées d'une coque fibreuse, dont on ne peut les énucléer. Il est rare qu'elles soient entourées d'un tissu hépatique normal, le plus souvent elles sont associées à des lésions de cirrhose hépatique. Souvent aussi il existe des lésions de périhépatite adhésive fixant l'organe par des brides fibreuses résistantes au diaphragme et aux viscères avoisinants.

**CANCER.** — Une première division s'impose : le cancer du foie est *primitif* ou *secondaire*.

Or le cancer secondaire, dû à la généralisation du cancer d'un organe plus ou moins éloigné, doit être laissé de côté, toute intervention chirurgicale en pareil cas devant être à peu près inutile ; dans cette catégorie rentre le cancer mélanique, qui presque toujours est un cancer secondaire. Seul le *cancer primitif* a donc pu dans quelques cas être l'objet d'une tentative chirurgicale.

Il se présente macroscopiquement sous deux aspects : la *forme massive* et la *forme nodulaire*.

La *forme massive* est caractérisée par une hypertrophie du foie en masse ou au niveau d'un de ses lobes ; l'organe ne présente aucune déformation, sa surface reste lisse, et à la coupe, on constate que dans sa plus grande étendue le parenchyme est remplacé par une masse néoplasique s'avancant plus ou moins près de la capsule de Glisson. Cette forme n'a rien de chirurgical.

La *forme nodulaire*, qui peut au contraire dans certains cas tomber dans le domaine chirurgical, donne au foie une surface irrégulière, recouverte de nodosités d'ordinaire *nombreuses*. Leur volume est variable ; l'une de ces nodosités dans un cas que nous avons eu l'occasion d'opérer récemment pesait 250 grammes. Les nodosités sont blanchâtres ou jaunâtres, et exceptionnellement limitées à un seul lobe. Les ganglions lymphatiques du foie sont généralement atteints.

Retenons ce fait important au point de vue de l'indication théra-



peutique: la multiplicité des noyaux de cancer dans le plus grand nombre des cas de cancer primitif.

ADÉNOME. — A l'histoire du cancer primitif du foie se rattache celle de l'*adénome*, que nous décrivons, suivant les tendances actuelles, comme une variété de l'épithéliome primitif du foie avec Hanot et Gilbert, bien que les auteurs ne s'accordent pas sur la nature de l'adénome, et que Sabourin en particulier le considère comme une entité spéciale.

Les caractères de ces néoplasmes, dont plusieurs figurent au relevé des observations de tumeurs du foie traitées chirurgicalement que nous publions sont généralement les suivants : « à la surface ou à la coupe de l'organe, on voit sur quelques points seulement et alors plus spécialement dans le lobe droit, ou dans toute l'étendue du foie, des nodules disséminés, parfois volumineux, mais ne dépassant pas les dimensions d'une noisette. Ils sont jaunâtre, grenus, très friables lorsqu'ils sont récents, ramollis au centre lorsqu'ils sont de formation ancienne. Les gros nodules sont enkystés ; ce caractère joint à l'absence d'ombilication, et à leur couleur plus foncée les distingue des noyaux cancéreux à l'examen macroscopique. Ce néoplasme respecte les vaisseaux et les ganglions lymphatiques, mais envahit le système veineux hépatique. »

Mais il est des caractères qui n'ont point été signalés, dans le tableau précédent, et dont l'importance ne peut échapper au chirurgien ; c'est la pédiculisation et le volume considérable de la tumeur dans certains cas.

Lins et Bergmann, opérant deux adénomes du foie, ont vu la tumeur pédiculée ; dans le cas de Lins « on constatait qu'elle était largement pédiculée à la face inférieure du foie, dépassant en volume celui d'une tête d'enfant d'un an, et se détachant nettement en haut du bord libre du foie. La tumeur était enveloppée d'une capsule fibreuse, qui poussait dans la profondeur de nombreux prolongements ». L'auteur fait remarquer que les adénomes connus ne dépassaient guère le volume d'une orange.

Dans le cas de Bergmann : « on réussit à faire sortir de l'abdomen la tumeur entière, et à atteindre son pédicule de 12 centimètres de largeur et 2 centimètres d'épaisseur ; celui-ci partait du lobe gauche. La tumeur avait le volume d'une tête d'enfant. »

Chez l'opéré de Tricomi, la tumeur, considérée comme un adénome, pesait 930 grammes.

On le voit, ces caractères de pédiculisation et de volume ont bien leur importance, et sont cependant passés sous silence par les auteurs classiques médicaux.

SARCOME. — Sous ce titre on désigne les tumeurs malignes non épithéliomateuses du foie, qui du reste sont rares. Ici comme pour le cancer, il faut admettre la division en *sarcome primitif* et *sarcome secondaire* ; pour ce dernier, comme pour le cancer secondaire, toute l'intervention chirurgicale doit être laissée de côté, nous nous occuperons donc uniquement du sarcome primitif.

Le sarcome primitif se présente sous la forme massive ou nodulaire. Dans certaines circonstances, la tumeur peut atteindre un volume et un poids considérables ; dans un cas opéré par Langenbuch elle pesait 370 grammes ; chez l'opérée d'Israël le poids était de 1225 grammes, la tumeur était rattachée au bord libre du lobe hépatique droit par une base de 15 centimètres de diamètre ; chez la malade de Sklifassowky le sarcome avait le volume « d'une tête d'homme » et présentait de volumineux vaisseaux au niveau de sa base.

MYXOME-FIBROME. — On a également observé dans le foie d'autres néoplasmes primitifs, qu'on peut rapprocher du sarcome : le myxome et le fibrome.

TUBERCULOSE. — La tuberculose se manifeste dans le foie sous des formes diverses, qui n'ont pour le chirurgien qu'un très médiocre intérêt. Il ne saurait être question ici de la forme d'infiltration miliaire du parenchyme hépatique.

Nous ne ferons que mentionner également la *tuberculose biliaire*, décrite par Pilliet dans sa thèse inaugurale (Paris, 1891), forme de la tuberculose qui frappe presque uniquement les voies biliaires intra-hépatiques, qui aboutit à la formation de cavernes, mais que nous devons cependant signaler ici, car elle a pu, dans un cas rapporté par O. Lannelongue (*Académie des sciences*, Paris, 1888), être l'origine d'un abcès péri-hépatique tuberculeux.

Seule la *tuberculose à gros nodules* peut exceptionnellement tomber dans le domaine chirurgical. Mais il faut savoir qu'elle est moins fréquente que les formes précédentes ; elle est due à la transformation de granulations miliaires en tubercules crus, opaques qui s'accroissent, se caséifient et constituent de gros noyaux, du volume d'un pois ou d'une petite noix situés à la superficie du foie,



se confondant insensiblement avec le tissu hépatique, et qu'une capsule fibreuse ne limite pas, comme lorsqu'il s'agit des gommés syphilitiques. Ces tubercules sont généralement peu nombreux. Dans un cas rapporté par Barth, à la Société anatomique de Paris en 1850, il existait un seul tubercule du foie, du volume d'une grosse noix.

C'est à des lésions de cette nature que le chirurgien pourrait s'attaquer ; cependant, pour prouver que les cas de tuberculose hépatique où l'intervention chirurgicale pourra être tentée, doivent être une très rare exception, nous rappellerons que souvent ces lésions tuberculeuses sont multiples, que dans le plus grand nombre des cas elles se rencontrent au cours d'une phtisie chronique, qu'enfin le bacille de la tuberculose ne fait pas que du tubercule, qu'il provoque encore dans le foie des lésions inflammatoires (cirrhoses, hépatite nodulaire) ou dégénératives (dégénérescence graisseuse principalement).

ANGIOME. — Pierre Delbet<sup>1</sup> divise les angiomes du foie en deux classes :

1° Les *angiomes congénitaux* ou véritables angiomes, d'ailleurs rares. Ceux-ci forment d'énormes tumeurs occupant tout un lobe hépatique, et ils sont d'une gravité extrême.

2° Les *angiomes acquis*, qui surviennent chez les vieillards. Ce sont ceux-là qui semblent se substituer au tissu du foie sous forme de tumeur. Hanot et Gilbert pensent qu'il s'agit de simples angiectasies des vaisseaux préexistants sans néoformation vasculaire.

Absolument comparables aux petits angiomes cutanés qui se développent chez les vieillards, ils n'ont aucune gravité, aucune tendance à l'extension, et, par suite, aucune espèce d'importance clinique.

Quoi qu'il en soit, voici les caractères que présentaient deux angiomes du foie opérés par Eiselsberg et Rosenthal.

Chez le malade d'Eiselsberg, la tumeur évoluait depuis quinze ans dans la région sous-costale droite. Elle était mobile, du volume des deux poings, et à surface inégale ; sa coloration était bleu rouge ; elle était formée de tissu spongieux plein de sang et pesait 470 grammes.

Dans le cas de Rosenthal, la tumeur était de couleur bleu foncé, du volume d'une tête d'enfant de deux ans, dure, à surface inégale,

(1) P. DELBET. *Traité de chirurgie clinique et opératoire*. Art. ANGIOME. Paris, 1896, t. I, p. 458.

bosselée. Elle provenait du lobe de Spiegel. L'examen histologique porte « angiomes fibreux du foie ».

LYMPHADÉNOME. — Nous ne ferons que signaler l'existence du *lymphadénome* du foie parmi les tumeurs de cet organe. Le lymphadénome primitif du foie en effet est très rare et même douteux. Le plus souvent les accidents hépatiques sont secondaires et accompagnés d'hypertrophie du côté des ganglions et de la rate, d'altérations du sang. Or ces diverses manifestations relèvent d'une même maladie générale qu'il faut combattre par des moyens purement médicaux.

KYSTES BILIAIRES. — On a trouvé à plusieurs reprises dans le foie des kystes de nature non parasitaire, que l'on a désignés sous le nom de *kystes biliaires*, et qui ont servi d'indication pour une intervention chirurgicale. Dans le cas, rapporté plus loin, de König, il s'agissait d'un énorme kyste rempli de trois litres d'un liquide brun dans lequel on reconnut la présence de cholestérine. La tumeur histologiquement « se composait de kystes petits et grands, tapissés d'épithélium cylindrique ». Le résultat de l'examen histologique est le même dans le cas de Müller. Chez le malade de Kaltenbach, le volume du kyste était suffisant pour déterminer des symptômes menaçants de compression du côté des viscères abdominaux et thoraciques.

Rappelons, en terminant, qu'on a signalé l'existence de l'*actinomyose* du foie.

### Symptômes et diagnostic.

Occupons-nous d'abord des signes physiques et fonctionnels, qui, sans rien préjuger de la nature des tumeurs du foie, peuvent dans certains cas nous permettre de poser le diagnostic de leur existence. C'est le point du diagnostic le plus important, et peut-être le plus difficile, ainsi que le prouveront les nombreuses erreurs que nous relèverons dans quelques instants. En effet, les différents signes que nous allons énumérer n'auront une valeur diagnostique réelle que par leur coexistence ; l'absence de certains d'entre eux laissera le diagnostic toujours douteux.

En général, les accidents débutent par des symptômes assez vagues, sensation de pesanteur plutôt que véritables douleurs dans la région épigastrique, troubles digestifs passagers, augmen-