

se confondant insensiblement avec le tissu hépatique, et qu'une capsule fibreuse ne limite pas, comme lorsqu'il s'agit des gommes 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 Delbet¹ 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-

tation de volume de l'abdomen portant généralement sur le côté droit.

A mesure que la tumeur se développe, les troubles fonctionnels s'accroissent et l'état général s'altère assez rapidement, surtout dans les cas de tumeurs malignes. L'appétit se perd, les digestions sont de plus en plus pénibles, et s'accompagnent parfois de vomissements et de constipation. Les douleurs, d'abord sourdes, deviennent plus vives et continues. Elles siègent principalement dans les hypochondres et à l'épigastre, irradiant de là vers les parties voisines; les mouvements respiratoires, les efforts de la marche les exagèrent, et les malades sont bientôt condamnés à un repos absolu, qui ne suffit pas toujours à atténuer leurs souffrances. L'ictère est un symptôme qu'on relève dans plusieurs observations et qu'il faut mettre sur le compte de la compression des voies biliaires intra-hépatiques.

Le développement de la tumeur ne tarde pas à se manifester par une distension de l'abdomen, plus ou moins marquée selon les cas, distension qui relève non seulement du volume de la tumeur, mais quelquefois aussi de l'ascite concomitante. L'abdomen est développé principalement dans ses régions supérieures, surtout au niveau de l'hypochondre droit et de l'épigastre, plus rarement au niveau de l'hypochondre gauche, enfin la tuméfaction descend plus ou moins bas au-dessous de l'ombilic. La paroi abdominale est parfois le siège d'une vascularisation assez accusée.

L'œil peut encore nous renseigner sur un signe très important des tumeurs du foie : on peut voir glisser sous la paroi abdominale, successivement de haut en bas et de bas en haut, la tumeur qui fixée au foie suit les mouvements que le diaphragme lui communique dans l'acte respiratoire ; c'est là un élément important de diagnostic que le palper devra toujours corroborer.

Le palper nous renseignera également sur le siège exact de la tumeur, sur son volume, sur sa configuration extérieure, sur sa consistance, sur son degré de mobilité. Il a permis, dans certains cas, de constater les connexions directes de la tumeur avec le foie.

La consistance est variable avec la structure même de la tumeur ; mais ce qu'il importe de retenir, c'est que certaines tumeurs appartenant à la catégorie des tumeurs solides, peuvent présenter des phénomènes de fluctuation tels, qu'on les considère comme des tumeurs liquides, comme des kystes hydatiques.

La mobilité est essentiellement variable ; on la signale comme très grande dans certaines observations. C'est surtout dans le sens latéral que la tumeur se mobilise ; parfois on peut encore la faire remonter légèrement, mais on l'abaisse plus difficilement.

Un cas est particulièrement intéressant au point de vue du degré de mobilité que peut avoir la tumeur, c'est celui rapporté par Bergmann où elle se déplaçait facilement à droite, à gauche et en bas, disparaissant quelquefois spontanément et échappant même aux doigts enfoncés jusque sur la colonne vertébrale, puis réapparaissait quand le malade se levait, toussait, ou augmentait d'une façon quelconque sa pression intra-abdominale.

Enfin, par la percussion, on pourra constater que la matité de la tumeur se continue avec la matité hépatique normale.

En résumé, les caractères appartenant aux tumeurs hépatiques sont les suivants :

La tumeur est apparue dans les régions supérieures de l'abdomen, et principalement à droite de la ligne médiane, elle s'est développée de haut en bas ;

Elle suit les mouvements respiratoires, ce que l'œil et mieux encore le palper permettent de constater ;

Sa matité se continue sans interruption avec la matité hépatique ;

Parfois même la main qui explore peut saisir la continuité directe de la tumeur avec le foie ;

Enfin la tumeur présente souvent un certain degré de mobilité dans le sens latéral.

La coexistence évidente des différents signes que nous venons d'énumérer rend le diagnostic à peu près certain ; mais l'absence de l'un ou de l'autre des symptômes précédents est signalée dans plusieurs des observations chirurgicales qui nous ont servi pour ce travail et souvent elle a été la cause d'erreurs de diagnostic.

Des adhérences peuvent immobiliser une tumeur et l'empêcher de suivre les mouvements respiratoires ; une zone sonore peut exister entre la limite supérieure de la tumeur et le foie ; enfin la continuité directe de la tumeur avec la glande hépatique est toujours chose délicate à saisir.

Dans le fait rapporté par P. Segond la tumeur fut prise pour un *fibrome utérin* ; il s'agissait d'une femme souffrant du ventre depuis deux ans, se plaignant de pertes et maigrissant, les médecins qui l'examinèrent trouvèrent une tumeur au-dessus de l'utérus faisant corps avec lui, tumeur qu'ils prirent pour un fibrome, on cons-

tatait en outre un prolongement très dur dans le flanc droit ; il se perdait sous le foie, dont le séparait une zone de sonorité. On porta le diagnostic de fibrome utérin. A l'ouverture du péritoine, on trouve une tumeur implantée sur le bord tranchant du foie par un pédicule dont le peu d'épaisseur explique la persistance de la sonorité intestinale à ce niveau, tumeur qui coiffait simplement le fond de l'utérus comme une capsule et ne lui était unie que par quelques adhérences lâches se déchirant sans peine.

Chez une malade opérée par Lins, le caractère de la tumeur, l'existence d'une zone sonore entre elle et le foie, firent poser le diagnostic de *tumeur de l'épiploon* ; il s'agissait d'une tumeur du foie. La même erreur est relevée dans les observations, publiées dans nos tableaux opératoires, de Bruns, Garré, Rosenthal, Sklifasowsky.

Des tumeurs du foie ont été prises également pour des *tumeurs du mésentère*, pour des *tumeurs du pancréas*. On les a confondues avec une *tumeur du côlon transverse* (observation de Schmidt et de F. Terrier) ; fréquemment le diagnostic est resté hésitant entre une tumeur du foie et une *tumeur du rein*.

Les phénomènes de fluctuation présentés par certaines tumeurs du foie, et, d'autre part, l'existence d'une zone sonore entre la matité de la tumeur observée et celle du foie les ont fait confondre parfois avec des *kystes de l'ovaire* (observations de Müller, Rosenthal, Doyen).

Enfin, en 1850, Hérard rapporte dans les *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, un cas dans lequel une tumeur du foie fut prise pour un *anévrisme de l'aorte*. On constatait à l'épigastre l'existence de battements artériels ; à la palpation on ne trouvait aucune tumeur, mais l'auscultation révélait un bruit de souffle. A l'autopsie, il n'y avait pas trace d'anévrisme, mais le lobe gauche du foie était volumineux et induré ; cette masse dure transmettait les battements aortiques à la paroi abdominale, et produisait un souffle en comprimant l'aorte.

Tout cela prouve que les difficultés du diagnostic sont grandes et les erreurs nombreuses ; ce serait le cas de refaire ici le diagnostic différentiel des tumeurs de l'abdomen ; cette étude nous entraînerait au delà des limites que nous nous sommes assignées nous renvoyons le lecteur au chapitre *Diagnostic* de l'étude que nous avons faite sur le *Foie mobile* ; nous devons ajouter toutefois que la laparotomie exploratrice pourra seule lever les doutes dans

certains cas, et qu'en pareille circonstance on est toujours autorisé à y recourir.

Mais en admettant que le diagnostic de tumeur du foie soit à peu près certain, nous allons voir qu'il n'est pas toujours facile de se prononcer sur la *nature* de cette tumeur.

Certains cancers peuvent être fluctuants au point de simuler un *kyste* ; Hanot insistait sur ce fait dans un article paru dans la *Semaine médicale* en 1893, et Magnant dans sa thèse inaugurale (Paris, 1877) va jusqu'à dire que certains cancers mous et volumineux donnent une fluctuation plus manifeste que certains kystes.

Chuquet, dans le *Progrès médical* (Paris, 1880), rapporte un cas de Millard, dans lequel un cancer du foie simulait tellement un kyste hydatique, qu'à deux reprises on fit une ponction. Le trocart se mouvait dans un espace libre, mais il ne sortait que quelques parcelles d'une bouillie blanchâtre, à l'autopsie, on trouvait un cancer avec une grande cavité simulant un kyste.

Deschamps, dans la *France médicale* (Paris, 1885), cite le fait d'un enfant de onze ans, chez lequel le diagnostic était hésitant entre un kyste hydatique et un cancer du foie ; le diagnostic était d'autant plus délicat que le cancer du foie est une affection des plus rares chez l'enfant ; alors on pratique une ponction exploratrice dans le point le plus résistant et le plus proéminent ; on retire du sang. Bientôt, on constatait à l'autopsie qu'il s'agissait d'un carcinome primitif du foie.

Hanot pense que la gravité de la cachexie, la rapidité de son développement imposent le diagnostic de cancer, diagnostic que la ponction avec la seringue de Pravaz confirme. Le tympanisme abdominal, la fétidité des fèces seraient encore en rapport avec le cancer.

Ricard, à la Société de chirurgie de Paris (4 février 1897), rapportait également deux faits de tumeurs néoplasiques du foie ayant simulé un *kyste hydatique*.

Le cancer peut aussi s'accompagner de fièvre et de suppuration, aussi comprend-on la confusion entre un cancer hépatique à la fois pyrétique et fluctuant, et un *abcès du foie*.

Dans la séance du 13 janvier 1897 à la Société de chirurgie de Paris, Quénu en rapporte un exemple : il s'agissait d'une femme âgée, cachectique, ayant de la fièvre et portant une tumeur volumineuse et douloureuse du foie. On diagnostiqua un abcès en faisant des réserves au sujet de la possibilité d'un cancer du foie. La laparotomie latérale montra l'existence d'une masse néoplasique dont la

ponction donna issue à des fèces et à des matières ramollies. L'examen histologique de cette matière démontra qu'il s'agissait de cellules épithéliomateuses dégénérées typiques.

Dans la même séance, Routier cita un cas de même ordre qu'il traita comme un kyste hydatique suppuré ; c'est seulement à l'autopsie qu'on vit qu'il s'agissait d'un cancer du foie.

Ce sont là des exemples d'infections développées au cours des cancers viscéraux, qu'on peut rapprocher des cas d'infection survenant dans le cancer gastrique ; Achard insistait sur ce fait à la Société médicale des hôpitaux de Paris, dans la séance du 10 avril 1896.

Qu'il y ait, comme dans les cas précédents, cancer fluctuant ou cancer avec fièvre ou bien que le cancer se présente avec sa physionomie habituelle sans fièvre et sans fluctuation (ce sont là en effet des manifestations rares du néoplasme malin), nous lui reconnaitrons, avec Hanot, trois caractères cliniques essentiels :

Une tumeur qui croît à vue d'œil ;

Une cachexie galopante ;

Une physionomie typique du malade.

Joignons à cela les quelques symptômes suivants : les troubles digestifs et la perte de l'appétit, les douleurs de l'hypochondre droit irradiées vers les parties voisines, les modifications dans la constitution des urines : l'urobilinurie, la diminution de l'urée, l'hyper-toxicité urinaire, enfin la glycosurie alimentaire. Encore est-il que certains de ces signes n'apparaissent qu'à une période avancée du cancer, et ne peuvent être d'aucune utilité au point de vue d'un diagnostic précoce, condition cependant nécessaire au succès d'une intervention.

En présence des difficultés du diagnostic au début, il nous paraît indiqué dans le doute de recourir à la laparotomie exploratrice.

Il importe encore, à propos du cancer, d'insister sur un fait que Michaux a signalé à la Société de chirurgie de Paris, dans la séance du 4 février 1897, prouvant que le diagnostic de cancer est encore douteux dans certains cas, même lorsque la cavité abdominale est ouverte. Tuffier avait émis cette opinion que l'existence d'une adénopathie au niveau du pédicule hépatique constituait un signe d'une grande valeur dans le diagnostic des tumeurs malignes de cet organe. Pour Michaux la présence de ganglions dans le hile du foie ne comporte pas toujours le diagnostic de tumeur maligne. Chez une malade, il trouva à la laparotomie exploratrice des nodosités blan-

châtres, irrégulières, à la surface du foie ; il les considéra comme des noyaux cancéreux, et se borna à faire la laparotomie exploratrice ; or, deux ans après l'opération, la malade se portait très bien. Chez un autre malade, qui présentait une tuméfaction considérable du foie, sans nodosités, sans modification de consistance extérieure, il y avait au niveau du hile du foie des ganglions volumineux comprimant le cholédoque. Ceux-ci furent laissés en place et l'abdomen fermé. Le malade se porte très bien deux mois après l'opération. Il n'y a donc pas eu de tumeur maligne du foie, malgré l'existence indiscutable des ganglions, et très probablement il s'agissait d'une forme particulière de cirrhose.

Les tumeurs d'origine syphilitique s'accompagnent d'un ensemble de symptômes propres à toutes les tumeurs du foie. L'ascite cependant est presque constante dans ce cas, Fournier ne l'a jamais vue manquer. Ce qu'il faut, c'est lorsqu'on soupçonne l'existence d'un syphilome, interroger le malade avec soin au point de vue de ses antécédents spécifiques, chercher ailleurs des traces de syphilis ; et, pour peu que les commémoratifs laissent un doute dans l'esprit, le clinicien doit songer à l'hypothèse de syphilis et instituer un traitement médical approprié.

La tuberculose hépatique pourra être diagnostiquée en recherchant ailleurs dans l'organisme des manifestations de même nature, qui accompagnent en général ou précèdent la tuberculose du foie.

Le diagnostic des angiomes nous paraît particulièrement délicat ; l'existence d'une tumeur augmentant de volume sous l'influence des efforts, réductible, animée de battements et présentant à l'auscultation du souffle, pourrait à la rigueur nous faire penser à l'angiome. Mais ces tumeurs sont si rares, on y pense si peu, qu'en général on ne fait pas le diagnostic ; aussi dans les cas rapportés de Eiselsberg et Rosenthal, c'est seulement après la laparotomie qu'on put apprécier la nature de la tumeur.

Du reste, il faut reconnaître, à la fin de cette étude clinique, que le diagnostic des tumeurs du foie est entouré de grosses difficultés ; c'est déjà beaucoup d'établir l'existence de la tumeur hépatique, étant données toutes les causes d'erreur signalées ; en ce qui concerne la nature de ces tumeurs, surtout en dehors du cancer, on devra toujours se montrer très réservé.