

cancers viscéraux. C'est une anorexie marquée surtout pour la viande, bien qu'il y ait des exceptions à cette règle. C'est une déchéance graduelle de toutes les fonctions qui aboutit à la cachexie cancéreuse. Les troubles digestifs sont ici plus prononcés que dans plusieurs autres cancers, hormis ceux du tube digestif, bien entendu : les vomissements, la constipation ne sont pas rares. La fièvre est assez fréquemment observée et résulte sans doute, dans bien des cas, d'infections surajoutées. L'hypoazoturie, extrêmement marquée, est produite non seulement par la cachexie cancéreuse, mais aussi par l'inanition qu'entraînent les troubles de la digestion et encore par l'insuffisance hépatique dont la diminution de l'uréogénie est l'un des effets.

Les symptômes locaux diffèrent suivant les variétés du cancer. Dans le cancer massif, le foie est gros, dur et lisse; il n'y a généralement pas d'ictère, ni d'ascite, ni de douleurs, ou ces symptômes sont peu marqués. Dans le cancer nodulaire primitif ou secondaire, le foie est gros et dur, mais bosselé, marronné; il y a des douleurs parfois fort vives, un ictère qui peut être aussi très prononcé; enfin l'ascite peut survenir, en général peu développée.

Le diagnostic est d'ordinaire facile. Cependant des erreurs peuvent être commises. On peut confondre le cancer avec diverses cirrhoses : l'adénome en particulier peut-être méconnu, la cirrhose qui l'accompagne prenant le premier plan du tableau clinique. La lithiase biliaire, qui peut d'ailleurs coexister avec le cancer, est parfois, par ses douleurs et son ictère, une source de difficultés. Le kyste hydatique simule parfois le cancer massif; certains cancers, dans des cas exceptionnels, peuvent d'ailleurs subir une transformation kystique ou devenir le siège d'une suppuration et donner même lieu à une tumeur fluctuante. Enfin il faut compter encore avec les cancers latents. Très fréquemment le cancer secondaire du foie est méconnu, le cancer primitif, gastrique ou autre, absorbant toute l'attention du clinicien.

## II

## Indications thérapeutiques.

La thérapeutique d'une maladie aussi sûrement incurable et aussi rapidement fatale peut tenir en bien peu de mots. Quelques mois suffisent en général au cancer du foie pour amener la mort, et aucune médication n'est capable d'en enrayer la marche. Néanmoins l'abstention pure et simple ne saurait être la formule du praticien, et si le traitement ne peut être que symptomatique, certains accidents réclament cependant l'intervention médicale.

La *douleur*, parfois très vive, doit être calmée par les moyens habituels. Au début on emploiera de préférence les applications locales de pommades et de liniments calmants, afin de réserver pour une période de souffrances plus aiguës l'emploi des médicaments internes. C'est alors qu'on aura recours au *chloral*, à l'*opium*, administrés par la voie stomacale ou par la voie rectale. Enfin la piqûre de *morphine* sera la suprême ressource dont on ne devra pas hésiter à faire usage aussi largement qu'il sera nécessaire pour procurer le calme.

Les *troubles digestifs* commandent parfois l'emploi des laxatifs légers ou des lavements.

L'*ascite* est en général modérée et peut être abandonnée à elle-même. Mais si elle prend un plus grand développement et devient une cause de souffrance ou de gêne respiratoire, on devra pratiquer la ponction et l'évacuation au moins partielle du liquide.

Bien qu'on se heurte souvent à l'invincible dégoût des malades pour toute nourriture, le *lait* devra être autant que possible l'aliment de choix. C'est le plus compatible avec le trouble profond des fonctions digestives, c'est lui aussi qui assure le mieux l'élimination des produits toxiques engendrés par la suppression des fonctions du foie.

Enfin l'on devra s'abstenir soigneusement de toute médication toxique, par les mercuriaux, les iodures, les arsenicaux, etc., qui sont loin d'être inoffensifs en pareil cas.



## CHAPITRE XXIV

### TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

PAR

CH. ACHARD

Agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux.

#### I

#### Considérations cliniques.

A. — Les kystes hydatiques sont dus au développement dans les tissus de l'œuf du *Tænia echinococcus*. Les notions essentielles concernant les phases successives de ce développement ayant été exposées déjà dans ce traité à propos des kystes hydatiques du poumon, je me dispenserai de les indiquer de nouveau. Mais il convient de signaler que c'est dans le foie que s'observe la grande majorité des kystes hydatiques, siège d'élection qu'explique aisément l'origine intestinale des œufs des parasites et leur cheminement habituel par la veine porte.

Dans le foie, le kyste hydatique n'accomplit pas toujours une évolution régulièrement progressive. Sous des influences encore mal déterminées, dont l'une des principales paraît être l'irruption de la bile dans la poche kystique, il est des kystes qui subissent une régression consécutive à la mort des hydatides, et qui sont trouvés par hasard à l'autopsie, sans avoir jamais donné lieu à aucun trouble apparent. Mais cette guérison

spontanée de kystes méconnus n'est pas d'une extrême fréquence et ne saurait en aucun cas excuser l'abstention thérapeutique en face d'un kyste reconnu. D'ailleurs la nécessité d'une intervention curative résulte non seulement des troubles fonctionnels dus à la compression exercée par la tumeur, mais aussi et surtout de deux éventualités redoutables auxquelles peut aboutir l'évolution des hydatides.

La première est la suppuration de la poche, qui se produit par des mécanismes divers : en dehors des cas où elle est le fait d'une ponction septique, elle résulte de la pénétration dans la poche de germes pyogènes émanés soit de l'intestin, par l'intermédiaire des voies biliaires infectées, soit du sang, à la suite de ruptures des petits vaisseaux périkystiques.

L'autre accident, plus dangereux encore et plus fertile en complications, est la rupture du kyste. Si le contenu est déjà infecté au moment de la rupture, il en pourra résulter une péritonite rapidement mortelle. Si la rupture se fait dans une cavité septique, dans le tube digestif, par exemple, la poche s'infectera secondairement et le malade restera exposé à tous les dangers de la rétention des matières septiques dans un foyer putride, profond et se vidant mal. Si la rupture se fait sans l'intervention d'aucun élément infectieux, si le kyste aseptique s'évacue dans un organe aseptique lui-même, des troubles mécaniques pourront s'ensuivre dans quelques cas rares (embolies vasculaires, colique hépatique et obstruction biliaire), mais surtout la résorption du liquide pourra donner lieu aux phénomènes presque immédiats et parfois foudroyants de l'intoxication hydatique : urticaire, fièvre, dyspnée, syncope, collapsus. Enfin, alors même que le malade aurait échappé aux accidents septiques ou toxiques de la rupture, il resterait encore exposé à la généralisation des hydatides, conséquence de la pullulation des vésicules secondaires et des capitules d'échinocoques disséminées et greffées dans le péritoine.

Il n'est pas besoin d'insister sur ces conséquences pos-