de volume (7 kilogrammes dans le cas de Griesinger, 2 kil. 1/2 dans ceux de Kelsch et Kiener); il est complètement farci de nodosités plus ou moins développées, dont les unes sont solides, fibreuses, non vascularisées, et dont les autres, les plus grosses, se ramollissent et se transforment en une pulpe colorée par le sang ou par la bile. Quelques-unes enfin, de la grosseur du poing ont subi une véritable transformation kystique. Au microscope, ces petites nodosités se montrent constituées par des cylindres de cellules hépatiques contournés sur eux-mêmes, munis ou non d'un canal central et entourés d'une zone de tissu fibreux (Rindfleisch). Plus tard, les cylindres épithéliaux se désagrègent et deviennent caséeux, ou bien subissent la dégénérescence colloïde et vitreuse, par suite d'une circulation imparfaite. Finalement les cellules tombent en déliquium et forment le liquide puriforme que nous avons vu remplir les pseudo-kystes formés par les nodules.

Pour Brissaud, l'hépatite nodulaire associée à la cirrhose banale peut être un premier stade du carcinome: l'adénome serait en quelque sorte le stade intermédiaire entre l'irritation épithéliale simple et la néoplasie infectante. Cette opinion du reste avait déjà été soutenue par Lancereaux, Derignac, Gilbert.

On a signalé comme lésions concomitantes l'hypertrophie de la rate (Kelsch), la dégénérescence amyloïde (Griesinger) et l'atrophie des reins (Kelsch).

Au point de vue clinique, l'affection est encore mal connue. Il existe des douleurs dans la région hépatique, de la diarrhée, une diminution notable des forces, de l'ascite, mais il n'y a pas habituellement d'ictère et la maladie est apyrétique. La palpation permet de constater l'augmentation de volume du foie et la présence à sa surface de nombreuses bosselures qui pourraient faire eroire à un cancer, n'était la longue durée de la maladie. Les bosselures plus volumineuses donnent parfois la sensation d'une fausse fluctuation. Dans les rares observations connues, la mort est survenue avant la fin de la deuxième année; peu de temps avant la terminaison fatale; qui eut lieu au milieu de symptômes comateux, la diarrhée était devenue permanente et l'ictère s'était montré d'une façon définitive.

MANCEREAUX. Contr. à l'étude de l'hépato-adénome (Soc. de biol., 1867). — WILLICH. Beit. zur Histogenese des Leberadenoms (Arch. f. path. Anat., Bd LI. 1870). — QUINQUAUD. Tribune médicale, 1875. — FRERICHS. Maladies du foie, trad. Dumesnil et Pellagot. — VERNEUIL. Un cas d'adénome du foie (Gaz. hôp., 1884). — DERIGNAC. Adénome du foie (Progr. médic., 1884). — BUSSAND. Adénome et cancer hépatique (Rev. de méd., 1886). — ROVIGHI. Sull adenoma del fegado (Arch. p. 1. Scienze med., VII). — HONTANG.

Revue des derniers travaux sur la pathologie du foie (Arch. gén. de méd., 1887). — KELSCH et KIENER. Traité des maladies des pays chauds. Paris, 1888.

## PÉRIHÉPATITE.

La périhépatite est l'inflammation de l'enveloppe du foie et de la capsule de Glisson. Cette affection, qui est assez commune, peut être primitive ou secondaire. Primitive, elle reconnaît pour causes les traumatismes de la région hépatique; secondaire, et c'est le cas le plus fréquent de beaucoup, elle succède à une maladie antérieure de la glande hépatique: abcès du foie, cirrhoses. cancer, tuberculose, kystes hydatiques, etc., ou de l'appareil biliaire: cholécystites calculeuse et typhoïde (Legendre). La pleurésie diaphragmatique droite, les ulcères simples et les dégénérescences cancéreuses de l'estomac ou du duodénum, l'inflammation stercorale du còlon, l'inflammation de l'appendice vermiforme (Paetsch) peuvent également lui donner naissance. Anatomie pathologique. — On doit distinguer deux variétés

de périhépatite : la forme exsudative, la forme purulente enkystée.

Dans la première variété, la surface du foie est grisâtre ou jaunâtre, recouverte dans sa totalité, ou seulement sur quelques points, de fausses membranes plus ou moins épaisses et résistantes; faciles à enlever lorsqu'elles sont récentes, ces fausses membranes constituent dans les affections chroniques du foie des adhérences très solides qui relient la glande aux organes voisins, la paroi costale, le diaphragme, l'estomac ou l'intestin, et forment une véritable coque fibreuse qui entoure le foie.

Dans la seconde forme, les fausses membranes constituent audessus du diaphragme, plus rarement au-dessous (Foix, Deschamps), des loges cloisonnées que contribuent à former les ligaments suspenseur, coronaire et triangulaire du foie. Le contenu de ces cavités est variable: le plus souvent c'est du pus phlegmoneux et bien lié (abcès sus-phrénique d'Ehrlich), quelquefois de la sérosité louche mélangée de débris de fausses membranes ou teintée en rouge par du sang ou bien encore un liquide franchement hémorragique; il peut arriver que la poche contienne des gaz, soit que ceux-ci proviennent de la décomposition du pus, soit qu'ils aient pénétré dans la poche à la suite d'une communication avec les bronches.

D'autres fois la pyopérihépatique est d'origine tuberculeuse (Lannelongue), soit qu'elle ait pour point de départ une caverne tuberculeuse superficielle de la glande hépatique ou une ostéite

790

des dernières côtes, ou bien encore une péritonite tuberculeuse sus-ombilicale ou des ganglions lymphatiques caséifiés (ganglions du sillon transverse).

Description. — Les symptômes de la périhépatite chronique qui accompagne les maladies du foie à évolution lente restent souvent obscurs. Lorsqu'il survient une poussée aiguë, la périhépatite s'accuse par des douleurs dans l'hypochondre droit, douleurs superficielles, persistantes, s'exagérant par les mouvements respiratoires, la toux, etc. En même temps, on constate par la palpation et l'auscultation des frottements péritonéaux ayant la plus grande ressemblance avec ceux de la plèvre. C'est aussi à la périhépatite chronique qu'il faut vraisemblablement attribuer les accès douloureux, les hépatalgies chroniques, dont souffrent si longtemps ceux qui ont été atteints d'hépatites intertropicales (Mahé).

La périhépatite chronique exsudative peut avoir, dans des cas rares à la vérité, les conséquences les plus sérieuses, comme par exemple, l'étranglement interne et la thrombose de la veine porte (Barth, Frerichs, Curschmann). Steibel a démontré que l'atrophie simple du foie sans cirrhose concomitante pouvait être causée par la périhépatite généralisée; l'un de nous a récemment observé un fait de ce genre.

Dans la périhépatite aiguë les allures de la maladie sont beaucoup plus tranchées. La douleur est encore le fait dominant: très vive, exaspérée par les moindres mouvements et même par la respiration, s'irradiant vers le moignon de l'épaule, cette douleur s'accompagne d'un état fébrile, de frissons, de troubles gastro-intestinaux, mais se dissipe en quelques jours, à moins toutefois que la suppuration n'ait lieu, auquel cas elle persiste plus longtemps. Lorsqu'il s'est formé une poche purulente à la surface convexe du foie, on constate dans l'hypochondre droit une matité plus étendue qu'à l'état normal, de l'abaissement du foie et un peu de distension des côtes; parfois même il existe une voussure plus ou moins prononcée, une tuméfaction dure et rénitente, au niveau de laquelle il est d'ailleurs fort rare de constater de la fluctuation. Lorsqu'il existe des gaz dans la poche purulente, on observe ordinairement tous les signes auxquels donne lieu un pneumothorax (Pasturaud, Bouchaud, Rigal), mais dans une zone beaucoup moins étendue (pseudo-pneumothorax ou pseudopyopneumothorax de Leyden). Ces abcès peuvent s'ouvrir dans la plèvre, les bronches, l'estomac ou le côlon, cette dernière terminaison étant de beaucoup la plus avantageuse pour le malade. Mais l'ouverture dans le poumon est incontestablement la plus fréquente, la lenteur relative du processus ayant amené des adhérences pleurales étendues. La vomique qui se produit en pareille circonstance est généralement d'une fétidité toute particulière.

On a noté la coïncidence de phlegmons suppurés de la paroi thoracique avec la périhépatite purulente enkystée (Guibout).

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — Dans les formes atténuées, la périhépatite exsudative donne lieu à si peu de symptômes qu'elle est souvent méconnue. Dans les formes aiguës, il existe toujours une difficulté qui parfois peut être insurmontable: c'est de savoir à quelle partie il faut rapporter les symptômes d'inflammation observés; à la glande elle-même ou à son enveloppe? L'existence de la flèvre servira à distinguer la périhépatite de la lithiase biliaire simple: dans les cas compliqués, il faudra avoir recours à l'analyse minutieuse des antécédents, aux caractères de la douleur, aux troubles fonctionnels, pour poser le diagnostic.

Lorsque l'abcès est formé, il est extrèmement difficile de le distinguer, par nos moyens d'investigation physique, de l'abcès du foie; seul le séjour antérieur du malade dans les pays chauds pourrait à la rigueur faire pencher pour l'existence de la suppuration dans l'intérieur même du foie. La cholècystite suppurée a généralement une origine calculeuse que l'on peut découvrir dans les antécédents du malade. Pour la pleurésie diaphragmatique, Gueneau de Mussy a donné ce caractère différentiel que dans les collections sus-diaphragmatiques l'obliquité des côtes augmente, tandis qu'elle diminue dans les collections sous-diaphragmatiques. Notons enfin que tous les cas connus jusqu'à il y a dix ans, et où il y avait un mélange de pus et de gaz, ont été pris pour des pneumothorax.

Cependant l'étude plus attentive des faits publiés dans ces dernières années (Pfuhl, Leyden, Lannelongue, Jaccoud, Teissier et Doyon) en facilitant l'analyse plus délicate des symptòmes, a permis d'assigner à la pyopérihépatite quelques signes bien nets qui en rendent aujourd'hui le diagnostic plus aisé. Ces signes sont les suivants: évolution morbide en deux périodes: phase abdominale d'abord, phase thoracique ensuite avec douleur mammaire extrèmement intense, déviation du cœur en haut et à gauche, intégrité du murmure vésiculaire sous la clavicule droite (signe de Leyden) puis au moment de la ponction, exagération marquée de la pression du liquide évacué pendant l'inspiration (signe de Pfuhl et de Jaffé).

D'une façon générale, la périhépatite étant le plus souvent exsudative, son *pronostic* est peu grave. Il ne faut cependant pas la négliger: on voit en effet par ce qui précède qu'elle peut devenir très dangereuse.

Traitement. — Les sangsues ou les ventouses scarifiées, la glace, les révulsifs (vésicatoires), sont les principaux moyens à opposer à la maladie. Si l'existence d'une cavité purulente a été reconnue, l'indication est de l'évacuer par une ponction aspiratrice d'abord, puis par l'ouverture de la poche si elle vient faire saillie sur un point de la cavité thoracique ou abdominale.

Pasturaud. Bull. Soc. Anat., 1874 — Rigal. Note sur un cas de périhépatite suppurée (Soc. méd. des hôp., 1874). — Foix. Des péritonites circonscrites de la partie sup. de l'abdomen, th. de Paris, 1874. — Steibel. Contrib. à l'atrophie simple du foie, th. de Paris, 1875. — Stredev et Danlos. Art. Péritonite, in Nouv. Dict. de méd. et de chir. pr., 1878. — Mahé. Programme pour l'ét. des maladies exotiques, 1880. — Langenhagen. Périhépatite hémorragique (Progr. méd., 1883). — Curschmann. Perihépatite hépatique enkystée. (Un. méd., 1884). — Legendre. Péritonite périhépatique enkystée. (Un. méd., 1886). — Herrilch. Des abcès sous-phréniques (Soc. de méd. int. de Berlin, 1886). — Jaccoud. Abcès sous-phréniques (Clin. de la Pitié, 1886). — Cyr. Traité pratique des maladies du foie. Paris, 1887.—Lannelongue. Pyelo-périhépatite tub. (Ac. sc., 1887). — Kelsch et Kierre. Traité des maladies des pays chauds. Paris, 1888. — Teissier et Doyos. Abcès sous-phrénique (Prov. méd., 1891). — Galliard. Pyelo-périhépat. tuberculeuse (Soc. méd. des hôp., 1890). — P. Martin. Du pyothorax sous-phrénique, th. Paris, 1892. — Bertrand. Frottement périhépatique (Gaz. hed., 1890). — Chauffard. Article périhépatite, in Nouv. traité de Méd., 1893. — Coyne. Anatomie pathologique, 1894.

## PYLÉPHLÉBITE.

L'inflammation de la veine porte (pyléphlébite) a eu son heure de célébrité, au moment où la doctrine de Stahl, attribuant une importance considérable à la pléthore abdominale, considérait la congestion du réseau porte comme la source de nombreux accidents (vena porta, porta malorum). Oubliée ensuite pendant un certain nombre d'années, la pyléphlébite a été réhabilitée par Frerichs; l'article magistral qu'il lui a consacré a servi de base à toutes les descriptions qui ont été faites depuis.

La pyléphlébite peut s'offrir suivant une double modalité: elle est adhésive ou purulente.

Pyléphlébite adhésive. — Les concrétions sanguines que l'on trouve dans la veine porte se développent à la suite d'une diminution dans la force d'impulsion du cœur, d'un ralentissement de la circulation (cas de Frerichs), ou à la période cachectique de la tuberculose, du cancer, etc. La veine porte et ses branches sont alors obstruées par des caillots d'un rouge noirâtre, mous, d'origine récente, se détachant facilement de la paroi veineuse.

Le plus souvent la thrombose de la veine porte s'observe à la suite d'une lésion de la glande hépatique s'opposant à la circu-

lation locale du sang. La cirrhose est la plus fréquente de ces causes1; dans ce cas, le thrombus est grisâtre ou brun, parfois composé de couches incolores extérieurement, noires à l'intérieur-(Gintrac); la veine est dilatée; ses parois sont épaissies, rugueuses, inégales, parfois recouvertes d'écailles et de lamelles ossifiées (Virchow). Le cancer du foie détermine la pyléphlébite comme le fait la cirrhose: les caillots peuvent être envahis parde la substance cancéreuse (Frerichs); Bamberger a même cité un cas de pyléphlébite cancéreuse primitive; mais le plus souvent. en pareil cas la thrombose porte est d'origine cachectique. Les calculs biliaires peuvent provoquer l'inflammation de la veineporte et le rétrécissement de son calibre sans rompre sa paroi (Virchow, Leudet). D'un autre côté, certaines observations (Realdus, Devay, Fauconneau-Dufresne) semblent prouver que les calculs biliaires peuvent pénétrer dans la veine porte sans occasionner de pyléphlébite.

La pyléphlébite peut encore reconnaître pour cause une compression de la veine porte au-dessous du foie : le fait a été observé dans les périhépatites et les péritonites partielles de l'hypocondre droit, qu'elles soient ou non tuberculeuses (Achard). Frerichs a rapporté un cas où un ulcère du duodénum avait donné lieu à une production abondante de tissu conjonctif qui étranglait la veine porte. Les tumeurs cancéreuses du pylore, de la tête du pancréas, des ganglions mésentériques ou de l'épiploon, comme la suppuration de ces organes, peuvent aussi occasionner la pyléphlébite du tronc de la veine porte elle-même ou d'une de ses branches (splénique, mésentérique).

Enfin, Frerichs a signalé dans les fièvres intermittentes graves une oblitération des rameaux intra-hépatiques de la veine porte à laquelle il attribue une origine embolique. Durand-Fardel vient d'en publier un nouvel exemple.

Description. — La pyléphlébite adhésive n'offre aucun signepathognomonique qui permette d'affirmer sûrement son existence. Le début passe souvent inaperçu et se confond avec les symptômes de la maladie préexistante (cirrhose du foie, cancer de la tête du pancréas, etc.). Ses principaux signes sont ceux d'une stase absolue dans la circulation porte. L'ascite, qui dans le relevé de Frerichs portant sur vingt-huit cas n'a fait défaut que troisfois, se développe rapidement, devient considérable et se repro-

<sup>1.</sup> L'influence de la cirrhose sur le développement de la pyléphlébite est aisée à comprendre, puisque la pyléphlébite ou mieux la péripyléphlébite des radicules portes fait essentiellement partie du processus anatomique de la cirrhose atrophique ou veineuse.

duit immédiatement après la ponction; dans le cas où l'ascite a manqué, les malades avaient eu des hémorragies très abondantes (Handfield Jones, Frerichs). Le réseau veineux sous-cutané abdominal est beaucoup plus dilaté que dans la cirrhose atrophique, et la dilatation s'effectue beaucoup plus rapidement que dans cette dernière maladie. En même temps la rate s'hypertrophie (24 cas sur 28); une diarrhée muqueuse et sanguinolente apparaît; les urines deviennent rares, denses, très colorées.

Le volume du foie est variable et dépend essentiellement de la maladie primitive; l'ictère s'observe rarement: Frerichs ne l'a trouvé signalé que quatre fois dans les observations qu'il a dé-

pouillées. La terminaison a toujours été fatale.

Le traitement ne peut être que symptomatique: on soutiendra les forces du malade par un régime tonique, on cherchera à modérer la diarrhée, etc. La ponction ne sera pratiquée que le plus tard possible, l'ascite se reproduisant avec la plus grande

rapidité.

Pyléphlébite suppurative. Étiologie. — Le traumatisme est une cause rare de la pyléphlébite suppurée (faits de Lambron et de Rossbach) qui est généralement secondaire. Le plus souvent la pyléphlébite suppurée est sous la dépendance d'une inflammation de la muqueuse intestinale (9 fois sur 25 cas, Frerichs), d'une typhlite, d'une inflammation des veines iléo-cæcales, comme Bernheim en a rapporté un exemple; les affections du rectum peuvent être le point de départ de la maladie (Borie, Leudet), parfois aussi les ulcérations simples ou cancéreuses de la muqueuse stomacale (Bristowe, Bamberger), ou du cæcum(cas de Sonnenfeld); en l'a observée à la suite d'une suppuration de la rate, des ganglions mésentériques (Budd, Hillairet, Leudet), ou du foie lui-même. Les abcès du foie, cependant, produisent rarement la pyléphlébite; les calculs biliaires sont une cause béaucoup plus fréquente d'inflammation suppurative de la veine porte, soit que celle-ci communique avec le canal cholédoque enflammé et ulcéré, soit que le point de départ siège dans les divisions du canal hépatique (Dance, Lebert, Leudet, etc.); les kystes hydatiques suppurés communiquent souvent avec les branches de la veine porte et donnent lieu à des abcès circon-

Quant à l'existence d'une pyléphlébite suppurative primitive spontanée, que des observations anciennes de Balling et de Reutner, et celles plus récentes de Ledien, tendaient à établir, elle est encore fort douteuse.

Anatomie pathologique. — Les lésions sont celles de toute phlébite suppurée. La tunique interne de la veine est rouge brun

ou jaunâtre, épaissie, végétante, infiltrée de cellules lymphatiques; les couches moyenne et externe offrent les mêmes altérations et le tissu cellulaire environnant est lui-même atteint (périphlébite). La veine reste béante à la coupe; son contenu consiste en une masse puriforme grisâtre à laquelle le sang mélangé donne fréquemment un aspect lie de vin.

Le processus suppuratif peut aller plus loin et détruire les couches interne et moyenne, ulcérer enfin la couche celluleuse externe, et donner lieu à des abcès multiples, phénomène qui se produit surtout au niveau des petites branches de la veine porte. Les mêmes lésions s'observent sur le tronc même de la veine ou sur l'une ou l'autre de ses origines. Dans l'intérieur du foie c'est généralement la branche droite de la veine porte qui est atteinte. Cornil et Ranvier, qui ont étudié spécialement le mode de production de ces abcès, classent ainsi qu'il suit les altérations qui précèdent la formation de la collection purulente : 1º infiltration de la paroi par les leucocytes; 2º coagulation du sang à l'intérieur du vaisseau; 3º perforation de la paroi; 4º formation de l'abcès.

Outre ces abcès auxquels I. Straus propose de donner le nom de pariétaux, il en existe d'autres au niveau des fines ramifications veineuses interlobulaires, qui sont produits par de petites embolies, particules purulentes détachées d'un thrombus et entrainées par la circulation (Rindfleisch). Il est rare que l'embolus traverse les capillaires hépatiques et donne lieu à des abcès métastatiques dans les autres organes, poumon, rate, etc.

DESCRIPTION. — Le début de la pyléphlébite suppurative est généralement insidieux, les symptômes de l'inflammation de la veine porte étant masqués par ceux de la maladie qui lui a donné naissance.

Les malades accusent des douleurs plus ou moins vives, mais constantes, au niveau du cœcum, dans l'hypochondre droit ou à l'épigastre, suivant le point d'origine de la maladie. En même temps surviennent des frissons parfois intenses, suivis de chaleur et de sueurs profuses, tantôt irréguliers, tantôt au contraire affectant les allures d'une fièvre intermittente. Le foie devient volumineux dans la plupart des cas, douloureux au palper; la rate s'hypertrophie également en donnant lieu à une douleur gravative dans l'hypochondre gauche. Cette hypertrophie du foie et de la rate a été notée 14 fois sur 19 observations de Frerichs. L'ictère, d'une intensité variable, est fréquent, il manque cependant dans un quart des cas environ (Frerichs); il s'accompagne d'une coloration foncée des urines qui sont rares et pauvres en urée (Quenu). La dilatation des veines sous-cutanées abdomi-

796

nales manque dans un grand nombre d'observations; l'ascite, lorsqu'elle existe, est rarement séreuse ou séro-fibrineuse; un certain état de purulence indique la part que l'inflammation du péritoine prend à l'épanchement. C'est qu'en effet on observe généralement des symptômes de péritonite, tension douloureuse du ventre, vomissement, etc., auxquels vient s'ajouter une diarrhée abondante, claire, parfois colorée par la bile ou par le sang. L'affaiblissement et la cachexie se produisent très rapidement, la fièvre prend le caractère hectique, il survient du délire, et le malade succombe au milieu de phénomènes comateux.

La durée de la maladie varie de quelques semaines à plusieurs mois ; la moyenne est de quatre à six semaines. Lorsque la marche est lente, on observe assez souvent des rémissions trom-

peuses (Leudet). On ne connaît pas de guérison.

DIAGNOSTIC. TRAITEMENT. — Il n'est pas de signe, surtout au début, qui permette d'affirmer le diagnostic, et c'est seulement de l'ensemble des phénomènes observés que l'on pourra tirer une conclusion. La pyléphlébite adhésive se distingue par l'absence de phénomènes typhoïdes et septicémiques, la dilatation rapide du réseau veineux abdominal, l'importance de l'ascite, la rareté de l'ictère, les conditions du développement (maladies chroniques cirrhose, cancer du foie, etc.). Les abcès du foie ont une autre étiologie, leur marche est lente et l'ascite fait défaut. Dans la lithiase biliaire on n'observe ni diarrhée séreuse, ni gonflement de la rate, ni phénomènes d'obstruction de la veine porte et d'infection du sang: mais, s'il survient des symptòmes d'angiocholite biliaire, le diagnostic peut devenir très embarrassant.

Le pronostic est fatal; la thérapeutique ne peut avoir pour objet que de soutenir les forces et de combattre la douleur. Les toniques et les reconstituants serviront à lutter contre la cachexie et l'hecticité, l'opium à modérer la diarrhée, la quinine à combattre la fièvre, les injections hypodermiques de morphine à diminuer la douleur.

LEUDET. Archiv. gén. de méd., 5° série, 1853. — HANDFIELD JONES. Med. Times and Gaz., 1855. — GINTRAC. Obs. et rech. sur l'oblitération de la veine porte. Bordeaux, 1856. — VIRCHOW. Verhandl. der phys.-med. Gesells. in Würzburg, t. VII. — ROUIS. Suppurations endémiques du foie, 1860. — LEBERT. Traité d'anat. path. gén. et spéc., t. II, 1861. — RINDFLEISCH. Traité d'histol. pathol., 1888. — BERNIEIM. Pyléphlébite suppurée consécutive à l'ulcération du cæcum ou de l'appendice iléo-cæcal (Rev. méd. de l'Est, 1874). — LEUDET. Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu de Rouen, 1874. — FRERICIS. Tr. pr. des maladies du foie, 3° édit., 1877. — QUENU. Pyléphlébite suppurative consécutive à des calculs biliaires (Gaz. méd. de Paris, 1878). — LEDIEN. Contribution à l'étude de la pyléphlébite suppurative, th. de Paris, 1879. — LEROUX. Gaz. méd. de Paris, 1879. — Is. STRAUS. Art. Porte (veine), in

Nouv. Dict. de méd. et de ch. pr., t. XXIX. — GENDRON. Etude sur la pyléphlébite suppurative, th. de Paris, 1883. — AURIOL. Contributions à l'étude de la thrombose cachectique de la veine porte, th. Paris, 1883. — DURAND-FARDEL. Pyléphlébite adhésive (Progrès méd., 1884). — ACHARD. Thrombose de la veine porte et péritonite tuberculeuse (Arch. phys., 1884). SONNENFELD. Pyléphlébite suppurative (Vien. med. Presse, 1885). — CYR. Traité pratique des maladies du foie. Paris, 1887. — MAURIN. Essai sur l'appendicite et la péritonite appendiculaire, th. Paris, 1890. — H. VACQUEZ. Thrombose cachectique, th. Paris, 1890. — COYNE. Anat. pathol., 1894.

## CANCER DU FOIE.

L'histoire du cancer du foie ne remonte pas plus haut que le commencement de ce siècle. Avant Baillie, qui signala le premier les tumeurs cancéreuses au point de vue anatomique en 1812, celles-ci étaient toutes rangées dans la grande classe des engorgements et des obstructions du foie; Portal décrivait encore le cancer du foie comme une conséquence possible de l'hépatite. Les recherches anatomiques de Cruveilhier, les observations cliniques d'Andral et de Monneret, complétées par les travaux de Farre, de Carswell, de Budd, en Angleterre, de Rokitansky, d'Oppolzer, de Lebert, de Frerichs, de Naunyn, etc., en Allemagne, ont bien fait connaître cette affection. Le cancer du foie occupe le 3° rang dans l'échelle des affections cancéreuses au point de vue de la fréquence.

Les notions étiologiques que nous possédons sur le cancer du foie sont peu nombreuses et se rapportent uniquement aux circonstances dans lesquelles la maladie se développe. On observe surtout le cancer du foie sur des individus ayant dépassé la période moyenne de la vie. Frerichs, dans une statistique portant sur 83 cas, l'a trouvé 7 fois entre 20 et 30 ans, 14 fois entre 30 et 40, 41 fois entre 40 et 60, 19 fois entre 60 et 70, et enfin 2 fois au-

dessus de 70 ans.

Dans l'enfance, le cancer du foie est exceptionnel; cependant on l'a signalé dans les généralisations de tumeurs malignes (Farre) et même sous la forme primitive (Kottmann, Crouse, Wulf chez un enfant de 3 ans). Le sexe ne semble pas avoir d'influence: Frerichs et Van der Byl donnent des statistiques où le nombre des hommes est plus élevé que celui des femmes; Gilbert admet cette différence, mais Riesenfeld est arrivé à un résultat contraire. L'influence que l'on a attribuée aux excès de table (Budd), à l'alcoolisme, ou traumatisme, à la présence de calculs dans la vésicule biliaire (Willigk), est encore très problématique. Par contre, il semble incontestable que les émotions morales dé-