

## CHAPITRE XII

### PRODUCTIONS PATHOLOGIQUES DE NOUVELLE FORMATION, TUMEURS DU FOIE.

Une partie de ces productions pathologiques n'a qu'un médiocre intérêt pour la pratique médicale, parce que ces altérations n'apportent que peu de trouble dans les fonctions de l'organe et dans la santé générale, et parce qu'elles sont inaccessibles au diagnostic. A cette catégorie appartiennent les tumeurs érectiles, les tubercules, etc.

D'autres, au contraire, non-seulement amènent des perturbations locales et générales nombreuses, mais menacent même l'existence : comme les kystes hydatiques et les cancers. Ces dernières maladies ont une très-grande importance au point de vue du diagnostic et du traitement.

Nous ne nous arrêterons aux premières, qu'autant qu'il est nécessaire pour donner une idée complète de la pathologie du foie ; nous accorderons au contraire aux autres toute notre attention.

#### Art. I. — Tumeurs érectiles du foie.

Les tumeurs érectiles du foie avaient déjà été reconnues comme telles et décrites par Dupuytren et Cruveilhier (1), ainsi que par Meckel ; mais c'est seulement dans ces derniers temps qu'elles ont été l'objet d'un examen précis de la part de Rokitansky (2) et de Virchow (3).

Cette altération se présente sous la forme de plaques d'un rouge bleuâtre ou noirâtre, du volume d'une lentille, d'une noisette ou d'une noix, rarement plus étendues, recouvertes d'une membrane blanchâtre et opaline, et semblant un peu déprimées (*Atlas*, pl. VI, fig. 1). A la coupe, on trouve en ce point une tumeur cunéiforme

(1) Cruveilhier, *Essai sur l'anatomie pathologique*. Paris, 1816, t. II, p. 133 ; *Traité d'anatomie pathologique générale*. Paris, 1856, t. III, p. 890.

(2) Rokitansky, *Patholog. Anatomie*, t. I, et *Sitzungsbericht der Wiener Akademie, mathematisch-naturwissenschaft. Classe*, t. VIII, p. 391.

(3) Virchow, *Archiv für pathologische Anatomie*, t. III, p. 446, et t. VI, p. 525.

ou sphérique (fig. 4) s'enfonçant dans la glande et présentant en plusieurs endroits l'aspect des corps caverneux. Des trabécules blanchâtres plus ou moins larges traversent la tumeur, et y limitent des cavités de grandeur variable remplies, tantôt de sang récemment coagulé ou plus rarement fluide, tantôt de caillots anciens. La forme et la grandeur des mailles de ce tissu sont très-variables. Dans quelques tumeurs, la trame est serrée, les mailles sont petites, assez régulières, arrondies ou comme découpées en feuilles (*Atlas*, pl. VI, fig. 3, 5 et 6) ; d'autres fois on ne rencontre plus cette régularité ; la même tumeur présente des parties plus raréfiées avec des mailles larges et irrégulières, et d'autres plus denses où les interstices sont petits et arrondis (pl. VI, fig. 2). Assez souvent on trouve dans ces tumeurs des îlots de parenchyme hépatique avec des cellules pigmentées ou graisseuses (pl. VI, fig. 2), ou bien des masses de tissu conjonctif traçant des dessins qui rappellent la distribution ramifiée des vaisseaux (pl. VI, fig. 2 et 3 : on voit deux de ces îlots environnés de cavités remplies de sang). Les tumeurs sont isolées du parenchyme hépatique par une capsule de tissu conjonctif, épaisse en certains points, et renfermant même çà et là dans ses parois des restes de cellules hépatiques (fig. 2, a), mais si mince en d'autres points, que le tissu érectile est presque immédiatement en contact avec la substance glandulaire tantôt normale, tantôt graisseuse (fig. 3). Le réseau du tissu érectile est partout continu à la capsule. En même temps que les tumeurs d'un certain volume, il n'est pas rare d'en rencontrer d'autres plus petites, formées d'un petit nombre de cavités remplies de sang et entourées d'une zone fibreuse (fig. 3, on voit trois petites formations érectiles à côté de tumeurs plus volumineuses). Parfois la tumeur repose immédiatement sur les branches des veines hépatiques (fig. 4, 5 et 6) sans communiquer directement avec elles.

Quant à la structure microscopique des tumeurs érectiles, les trabécules sont formées d'une charpente fibreuse, qui présente les caractères du tissu conjonctif imparfait, et est recouverte du côté des cavités par un épithélium pavimenteux. On y a démontré la présence de fibres musculaires lisses (1). Au voisinage de la capsule d'enveloppe, le tissu conjonctif devient par places de nature fibreuse.

A la périphérie de la tumeur, le tissu conjonctif empiète dans

(1) J'ai examiné au microscope de nombreuses coupes de tissu érectile, comme celles qui sont représentées dans l'*Atlas*, pl. VI, sans trouver les renflements creux décrits par Rokitansky.

une étendue variable sur le parenchyme glandulaire. Là on trouve encore, entre les traînées du tissu fibreux, des restes de cellules parfois pigmentées, mais plus souvent graisseuses. Dans la traînée fibreuse même, on voit des cavités isolées remplies d'un sang noir, qui, çà et là, se montrent en petits groupes (1). D'après cela, on peut croire que, dans l'accroissement excentrique de ces tumeurs, le tissu conjonctif interstitiel du foie augmente d'abord, puis les cellules atrophiées disparaissent, et les espaces vasculo-caverneux se forment dans la substance conjonctive (2).

On n'observe pas, à la circonférence de la tumeur caverneuse, un refoulement du parenchyme glandulaire, comme cela se reconnaît, dans le cas des kystes hydatiques, à l'aplatissement des acini (*Atlas*, pl. XI, fig. 2 et 3); le tissu érectile se substitue à la substance du foie à mesure que celle-ci disparaît, comme dans le carcinôme (*Atlas*, pl. VII et VIII).

Il serait intéressant de connaître les rapports qui existent entre les cavités du tissu érectile et les vaisseaux du foie, veine porte, veines et artères hépatiques (3). Une préparation simple ne suffit pas pour résoudre cette question; on trouve, il est vrai, habituellement de gros vaisseaux veineux dans le voisinage de la tumeur (*Atlas*, pl. VI, fig. 4, on voit de ces gros vaisseaux entre la tumeur et les veines hépatiques); mais je n'ai pu découvrir la transformation de ces veines en cavités de tissu érectile. On réussit mieux par l'injection; celle-ci, poussée dans la veine porte, arrive par les fines divisions de ce vaisseau dans les cavités, qu'elle remplit, autant que la présence des caillots sanguins le permet (*Atlas*, pl. VI, fig. 2).

(1) On voit, *Atlas*, pl. VI, fig. 2 a, comment le tissu conjonctif envahit la substance glandulaire. Des restes de cellules jaunâtres sont encore visibles entre les traînées fibreuses, les capillaires de la veine porte sont déjà détruits; on ne retrouve leur réseau parfaitement injecté que vers les contours. Dans la figure 3 on remarque autour du tissu conjonctif une zone grisâtre de cellules infiltrées de graisse, et dans son épaisseur des cavités isolées, dont les unes sont remplies d'un sang foncé, les autres vides; ces cavités se comportent encore en partie comme de simples vaisseaux.

(2) Telle est l'opinion émise déjà par Virchow (*Archiv für pathologische Anatomie*, t. VI, p. 535), et que mes préparations viennent confirmer.

(3) La question a été résolue de différentes manières. Rokitsky compare les mailles du tissu érectile aux alvéoles du cancer; il croit qu'elles sont primitivement remplies de sang, qui s'y organise, et que ce n'est que plus tard qu'elles communiquent avec l'appareil vasculaire normal du foie par des ramifications veineuses très-tenuës. Esmarch a décrit des tumeurs érectiles de la peau, qui reposaient sur de grosses veines et communiquaient avec elles par des orifices simples ou en arrosoir. Virchow put injecter le tissu érectile du foie par la veine porte et par l'artère hépatique; il admet qu'il communique avec ces deux ordres de vaisseaux par de petites branches.

J'ai constamment trouvé cette connexion. Les rapports avec l'artère hépatique sont tout autres. Il m'a été impossible ici de démontrer une communication directe comme Virchow l'admet; l'injection arrivait, à la vérité, dans la tumeur et la colorait (fig. 4); mais à l'examen de tranches fines, on reconnaissait qu'elle pénétrait, non pas dans les mailles du tissu, mais dans les vaisseaux tenus des trabécules, ainsi que dans les *vasa vasorum* des veines du voisinage (*Atlas*, fig. 3, 5 et 6).

On rencontre les tumeurs érectiles dans toutes les parties du foie, mais de préférence à la surface et surtout à la convexité du lobe droit, à côté du ligament suspenseur, tantôt en avant, tantôt en arrière, et parfois aussi à côté des veines hépatiques. On les observe plus souvent dans le foie que dans toute autre partie du corps, surtout chez les individus âgés. Virchow les a trouvées beaucoup plus communes à Wurzburg qu'à Berlin; selon Magnus Huss, elles sont très-rares en Suède. Je n'en ai observé qu'un cas à Kiel, tandis que je les ai souvent rencontrées à Breslau. Leur importance pathologique et clinique est très-faible; je ne connais aucun cas où elles aient occasionné quelque trouble local ou général.

#### Art. II. — Tubercules du foie.

Les tubercules envahissent le foie, en général, quand la maladie est déjà parvenue à une période avancée dans d'autres organes, tels que les poumons, les ganglions lymphatiques, la rate, le péritoine, etc., ou bien, dans les cas de tuberculisation générale aiguë. Ils sont beaucoup plus fréquents chez l'enfant que chez l'adulte. Dans 120 autopsies de phthisiques, Louis (1) ne rencontra de tubercules du foie que dans 2 cas; Barthez et Rilliet (2), au contraire, sur 312 enfants tuberculeux, en trouvèrent 71 avec des tubercules du foie; Willigk (3) constata dans 476 autopsies de tuberculeux adultes et enfants 19 fois la présence du produit morbide dans le foie.

D'après Thaon (4), la tuberculisation du foie serait beaucoup plus fréquente qu'on ne l'avait cru jusque-là. Chez l'adulte, dans la phthisie pulmonaire chronique, on trouve dans cet organe, 8 fois sur 10, des granulations miliaires très-petites, très-transparentes. Elles sont discrètes ou confluentes et forment des lignes

(1) Louis, *Recherches sur la phthisie*. 2<sup>e</sup> édition. Paris, 1843, p. 120.

(2) Barthez et Rilliet, *Maladies des enfants*. Paris, 1853, t. III, p. 847.

(3) Willigk, *Prager Vierteljahrsschrift*, 1853, t. II, p. 2.

(4) Thaon, *Bull. soc. anat.* 1872.

grisâtres le long des branches de la veine porte. Le foie prend les caractères de la cirrhose hypertrophique.

Chez l'enfant elles sont le plus souvent une manifestation locale d'une tuberculose miliaire généralisée. Les tubercules de cet organe se montrent tantôt sous la forme de granulations miliaires grisâtres et transparentes, tantôt sous celle de noyaux jaunâtres du volume d'une lentille ou d'un pois. Ils sont disséminés plus ou moins régulièrement dans toute l'épaisseur du parenchyme hépatique; on les trouve cependant plus fréquemment sous l'enveloppe du foie. Le ramollissement de ces tubercules et la formation de petites vomiques sont très-rares; cette transformation n'atteint jamais un degré suffisant pour provoquer des troubles locaux ou généraux semblables à ceux de la phthisie pulmonaire. On ne trouve le plus ordinairement que quelques petites cavités isolées, avec un contenu purulent un peu coloré par la bile (1).

Il ne faut pas confondre ces petites vomiques avec les kystes résultant de l'affection tuberculeuse des canaux biliaires. Dans ce dernier cas, ainsi que Rokitansky, Barrier, Barthez et Rilliet l'avaient déjà observé, il se forme, autour des canaux biliaires d'un petit calibre et dans leurs propres parois, des dépôts de matière tuberculeuse qui rétrécissent plus ou moins leur cavité. On trouve alors, au centre du noyau tuberculeux, un petit orifice dont les bords ont une couleur jaune; cet orifice s'agrandit lorsque le ramollissement s'opère, et il se transforme en une cavité plus spacieuse, remplie d'un liquide trouble et mélangé de bile, dont les parois s'amincissent graduellement, à mesure que le ramollissement s'étend vers la périphérie.

La tuberculisation du foie ne se révèle par aucun symptôme pendant la vie; on ne peut la diagnostiquer, et elle ne présente aucune indication thérapeutique. Rilliet et Barthez mentionnent un cas rapporté par Tonnelé, où les tubercules semblent avoir amené le ratatinement cirrhotique du foie; mais ici je considère la tuberculisation simplement comme un accident, par rapport à l'hépatite interstitielle à laquelle les symptômes doivent être rapportés.

(1) Wedl (*Grundzüge der pathol. Histologie*, 1854, p. 382) a trouvé dans les points ramollis des noyaux et des restes de cellules hépatiques fortement pigmentées. Fréquemment il a observé au centre des tubercules mêmes une coloration jaune.

### Art. III. — Productions lymphatiques de nouvelle formation.

Ces productions ressemblent aux tubercules par l'aspect, mais elles s'en distinguent essentiellement sous d'autres rapports; on les rencontre dans le foie des leucémiques, surtout quand la glande est hypertrophiée ou a subi la dégénérescence cirreuse (1). Elles se présentent disséminées dans le parenchyme glandulaire, sous forme de petites tumeurs miliaires, arrondies, rarement allongées, d'un blanc grisâtre, elles sont formées de noyaux (*Atlas*, pl. X, fig. 6) très-rapprochés et de petites cellules arrondies, légèrement granuleuses, entre lesquelles on voit, surtout à la périphérie du nouveau produit, un tissu finement strié. Les tumeurs sont unies à de petits vaisseaux sanguins, dans les parois desquels elles se développent, et dont elles rétrécissent, quelquefois même obstruent la lumière. Des productions plus petites de la même nature se développent aussi entre les cellules hépatiques, dans le tissu conjonctif du parenchyme; elles refoulent alors les cellules en prenant une forme tantôt arrondie, tantôt striée. Dans quelques cas rares, on trouve de ces tumeurs grosses comme des lentilles, d'une consistance pulpeuse, accompagnées de productions semblables sur la plèvre, sur la muqueuse de l'estomac et du tube intestinal (Friedreich). Ces néoplasmes sont, selon toute apparence, en rapport générique avec la leucémie. Friedreich et Wagner (2) ont observé, dans le typhus et les états pathologiques analogues, de nouveaux produits de même nature, ayant un très-petit volume et étant à peine visibles à l'œil nu.

### Art. IV. — Tumeurs adénoïdes du foie.

Ces tumeurs, signalées pour la première fois par Rokitansky (3) qui les avait découvertes et étudiées sur le cadavre seulement, n'avaient pas encore été observées sur le vivant. On ne connaissait ni leurs conséquences, ni leur marche, ni leurs symptômes, et, par suite, elles n'étaient encore rien autre chose qu'un cas exceptionnel d'anatomie pathologique.

Un fait remarquable de Griesinger, que nous rapporterons tout à l'heure, les fit entrer dans le domaine de la clinique.

(1) Virchow, *Archiv für patholog. Anatomie*, t. I, p. 569, et t. V, p. 125; Friedreich, *ibid.*, t. XII, p. 37; Boettcher, *ibid.*, t. XIV, p. 483.

(2) Friedreich et Wagner, *Archiv für Heilkunde*, 1860, p. 322.

(3) Rokitansky, *Wiener allgem. med. Zeitg.*, 1859, p. 98.