

de la bouche, perte d'appétit, dégoût de la viande, ballonnement du ventre, garde-robes fétides. Jusque-là, rien de significatif. Le malade se plaint de pesanteur, de sensibilité, de douleurs sourdes à l'hypochondre droit. Les douleurs aiguës font défaut, à moins de complication de périhépatite. L'ictère est fréquent; on l'a noté 59 fois sur 91 cas (Frerichs); cet ictère varie depuis la teinte légère subictérique jusqu'à l'ictère foncé et permanent; il est dû à des causes multiples: catarrhe des voies biliaires, compression des canaux excréteurs au niveau du hile. L'ascite est fréquente, mais moins abondante que l'ascite de cirrhose; elle est due à des causes diverses: bouchons cancéreux qui obstruent les gros troncs de la veine porte, péritonite partielle qui se développe au niveau du foie, nodosités cancéreuses qui envahissent le péritoine et l'épiploon; dans ce dernier cas, le liquide ascitique est souvent coloré par des hémorragies partielles. Le *melæna* est assez fréquent quand le cancer atteint les voies biliaires, vésicule et canaux (Hanot). On observe assez souvent la dilatation des veines abdominales sous-cutanées.

Le foie est augmenté de volume dans les quatre cinquièmes des cas (Lebert); parfois même il prend de telles proportions qu'il arrive à peser 6 et 8 kilogrammes. Il débordé les fausses côtes, il forme un énorme relief sous la paroi abdominale, il atteint ou dépasse la région ombilicale et empiète sur le flanc gauche. Quand il est formé de grosses nodosités, ce qui est l'usage, sa face supérieure est dure, inégale et bosselée; son bord tranchant, au lieu d'être lisse et mince, devient mousse et irrégulier. Dans certains cas le développement du cancer est si rapide que d'une semaine à l'autre on constate un accroissement considérable. La rate conserve son volume normal, elle n'est jamais hypertrophiée: c'est là un signe négatif fort important.

À mesure que la maladie progresse, les symptômes généraux augmentent d'intensité: l'émaciation, la perte des forces, la teinte anémique des téguments, la diminution

graduelle des globules rouges du sang, les œdèmes périphériques, constituent la cachexie cancéreuse, et le malade meurt en quelques semaines, en deux mois, si la marche du cancer est *aiguë*, en six ou huit mois, si sa marche est *chronique*. Il meurt, soit du fait de la cachexie, soit du fait de complications telles que: péritonite subaiguë, troubles cérébraux¹ et hémorragies multiples, symptômes d'*ictère grave*: abaissement de température², rupture d'un kyste hématique développé à l'intérieur d'une nodosité cancéreuse³.

Le cancer *primitif* du foie dans sa forme *massive* offre un tableau un peu différent. Ici, comme dans le cancer secondaire, les troubles dyspeptiques, anorexie, nausées, météorisme, ouvrent la scène, les douleurs à l'hypochondre droit ne sont pas rares, mais l'ascite, la dilatation des veines abdominales sous-cutanées et l'ictère font presque toujours défaut. Le signe dominant, c'est l'*hypertrophie* du foie, qui est habituellement *considérable*, mais cette hypertrophie se traduit par un foie qui est dur, lisse, à bord tranchant, qui ne présente ni les bosselures ni les déformations qu'on retrouve dans le cancer secondaire. Un autre symptôme, fort important lui aussi, c'est l'*acholie* ou *l'hyppocholie*: le foie fabrique peu de bile, parce que ses cellules sont en grande partie transformées en néoplasme; aussi les matières fécales sont-elles grises, presque décolorées, putréfiées et fétides. Les anses intestinales sont distendues par des gaz. La même cause, la transformation de la glande, qui crée l'acholie, s'oppose à la production de l'ictère. « L'ictère, dans ces conditions, est presque irréalisable alors même que les conduits excréteurs de la bile seraient comprimés et obturés » (Gilbert). Quoique cette acholie (acholie par sécrétion) ne soit pas absolument spéciale au cancer massif du foie, elle n'en a pas moins une grande valeur. Elle réalise le type de l'acholie par

1. Lépine. *Bull. Soc. anat.*, 1875, p. 524.

2. Joffroy. *Mém. Soc. biol.*, 1869, p. 225.

3. Rendu. *Incl. sc. méd.* Article FOIE. série 4, t. III, p. 195.

*trouble de sécrétion*¹, dans laquelle la décoloration des matières fécales coïncide avec l'absence d'ictère; elle est bien différente de la fausse acholie ou acholie par *trouble d'excrétion*, par obstruction du canal cholédoque, dans laquelle la décoloration des matières fécales est accompagnée d'une teinte ictérique de la peau et des urines. Les urines sont rares, elles ne contiennent jamais d'albumine, mais elles sont pauvres en urée, ce qui tient d'une part aux lésions du foie, d'autre part à l'inanition (Robin²).

Les œdèmes cachectiques, la phlébite oblitérante, la diarrhée, s'observent dans toutes les formes du cancer. Dans le cours du cancer hépatique, on constate parfois un symptôme d'une grande importance, c'est la *fièvre*. La fièvre revêt le type rémittent (Monneret) ou intermittent avec accès vespéral³; elle est due tantôt à la périhépatite, tantôt à des poussées de vraie hépatite. Ce cancer fébrile se termine très rapidement par la mort; je viens d'en observer deux cas.

Diagnostic. — Le diagnostic du cancer du foie est surtout difficile quand il est *primitif*, massif, car il a plusieurs signes communs avec le foie amyloïde, avec certaines formes de cirrhose hypertrophique, avec les kystes hydatiques.

La dégénérescence *amyloïde* du foie détermine une hypertrophie considérable et lisse du foie, avec absence d'ictère et d'ascite, tout comme le cancer massif, mais elle en diffère par l'hypertrophie de la rate, par la présence de l'albumine dans l'urine, et par les conditions pathogéniques (scrofule, suppurations prolongées) au milieu desquelles la maladie s'est développée.

La *cirrhose hypertrophique biliaire* présente, comme le cancer massif, une hypertrophie énorme et lisse du foie, sans ascite et sans dilatation des veines abdominales, mais

1. Hanot. Contribution à l'étude de l'acholie. *Arch. de méd.*, janvier 1885.

2. Robin. L'urée et le cancer. *Gaz. méd. de Paris*, 1884, p. 385.

3. Murchison. *Maladies du foie*, p. 231, trad. Cyr.

elle en diffère par sa marche très lente, par la polycholie et par l'ictère persistant qui accompagne la maladie dès son début.

Les *kystes hydatiques* du foie présentent, comme le cancer massif, une tumeur volumineuse et lisse, avec absence d'ascite et d'ictère, mais ils diffèrent du cancer par les considérations suivantes : dans le kyste hydatique le foie n'est pas uniformément développé, il est tuméfié sur un point, il donne au toucher une sensation de rénitence, presque de fluctuation, et non une sensation de dureté ligneuse; il est compatible pendant longtemps avec l'intégrité presque complète de la santé. Le diagnostic est fort difficile quand il s'agit de kyste alvéolaire; la ponction est souvent le seul moyen de diagnostic.

La *leucocythémie* hépatique est caractérisée, comme le cancer massif, par une hépatomégalie lisse, sans ascite ni ictère; mais les tissus se décolorent lentement, progressivement, la rate est très volumineuse et l'examen du sang confirme le diagnostic.

Le diagnostic est parfois difficile entre le foie cancéreux et le foie *syphilitique*, car leurs caractères peuvent être communs: gros foie lobulé, déformé, ictère, ascite, œdèmes, cachexie; le seul signe distinctif, c'est que les accidents marchent vite dans le cancer et lentement dans la syphilis.

Le *pronostic* du cancer hépatique est absolument fatal, et le *traitement* est purement palliatif: il consiste à soutenir les forces du malade et à combattre les symptômes qui peuvent se présenter.

CANCER DES VOIES BILIAIRES

Le cancer de la vésicule biliaire et des voies biliaires est presque toujours *primitif*.

Le cancer *primitif* de la vésicule biliaire appartient aux variétés suivantes: épithéliome à cellules cylindriques, encéphaloïde, colloïde, squirrhe. La surface muqueuse de

la vésicule est bourgeonnante et vilieuse dans les points envahis par la néoformation. La cavité de la vésicule est généralement accrue; ses parois, et notamment la tunique musculieuse, sont hypertrophiées.

La bile contenue dans la vésicule est tantôt décolorée, tantôt brunâtre et épaisse. On trouve habituellement des *calculs biliaires* (14 fois sur 15 cas)¹ et il est probable que l'apparition du cancer précède la formation des calculs.

La tumeur cancéreuse née dans la vésicule envahit le canal cystique, le canal cholédoque, et rétrécit leur calibre². Les ganglions lymphatiques du voisinage sont atteints; le duodénum, le colon, l'estomac, sont le siège d'adhérences souvent infiltrées de carcinome; le foie est presque toujours cancéreux, et dans certains cas le cancer primitif de la vésicule est encore peu avancé, tandis que le foie est farci de tumeurs cancéreuses secondaires.

Le cancer peut envahir primitivement les gros canaux biliaires; Claisse a établi la statistique suivante: le cancer primitif des gros canaux excréteurs de la bile se localise souvent à l'extrémité juxta-duodénale du cholédoque. Néanmoins, la lésion cancéreuse peut avoir d'autres lieux d'élection. Dans les deux cas de Claisse, le noyau cancéreux atteint le canal hépatique et la partie moyenne du canal cholédoque. Dans le cas de Griffon et d'Artigue³, le noyau cancéreux n'est pas loin de la terminaison du cholédoque; toutefois il n'intéresse pas l'ampoule de Vater. Hebb, Birsch Hirschfeld et Kraus ont constaté la localisation du cancer sur la partie moyenne du cholédoque. Dans l'observation de Rabé⁴, le cancer siège à la partie moyenne du cholédoque et la vésicule est cancéreuse. Dans les deux cas de Naunyn et Schuppel, le cancer est localisé au canal hépatique ou à l'union des canaux hépatique et cystique. De

1. Bertrand. Th. de Paris, 1870.

2. Lancereaux. Cancer de la vésicule biliaire. *Semaine médicale*, 1887, p. 354. — Busson. *Cancer de l'ampoule de Vater*. Th. de Paris, 1890.

3. *Soc. méd. des hôpit.* Séance du 5 novembre 1897.

4. *Société anatomique*, 1896, p. 816.

même dans un cas de Jourdan. Dans un cas de Debove¹, le cancer siège entre le canal cystique et l'ampoule de Vater. Dans une observation personnelle, le cancer siègeait à l'union du canal cystique et du canal cholédoque.

Le cancer du cholédoque détermine habituellement un ictère permanent, le diagnostic en est bien difficile ainsi que nous le verrons au chapitre concernant l'oblitération permanente du cholédoque; quand il se généralise au foie, les symptômes se confondent avec les symptômes du cancer népatique. Cependant les hémorragies intestinales, le *melæna*, témoignent presque toujours du cancer des voies biliaires (Hanot). Le cancer de l'ampoule de Vater a fait l'objet d'un chapitre spécial.

§ 14. SYPHILIS HÉPATIQUE

Dans ce chapitre consacré à la syphilis du foie, nous allons étudier successivement: les accidents secondaires, les accidents tertiaires et la syphilis hépatique héréditaire.

A. ACCIDENTS SECONDAIRES — ICTÈRE SYPHILITIQUE

Ictère bénin. — L'ictère apparaît dans les premiers mois qui suivent l'infection syphilitique. La teinte de la peau est tantôt légère, tantôt foncée avec ou sans décoloration des matières fécales. Cet ictère peut apparaître à l'état de symptôme isolé, plus souvent il est accompagné de troubles digestifs, de diarrhée, et surtout de symptômes généraux: fièvre, lassitude, courbature, céphalée, qui appartiennent à cette période de la syphilis. La pathogénie de cet ictère est mal connue; il est probable qu'il est dû à un catarrhe des canaux biliaires analogue au catarrhe syphilitique secondaire des muqueuses du pharynx, du larynx ou des bronches.

1. *Soc. méd. des hôpit.* Séance du 5 novembre 1897.