

de l'arrière-gorge; 2° bronchite; 3° asthme spasmodique. — VIII. *Troubles des organes urinaires*: 1° dépôts d'acide urique et d'urates dans l'urine; 2° calculs rénaux; 3° maladies des reins; 4° cystite; 5° uréthrite aiguë; 6° uréthrite chronique; 7° orchite. — IX. *Manifestations du côté de la peau*: 1° eczéma, lèpre, psoriasis et lichen; 2° urticaire; 3° furoncles et anthrax; 4° plaques de pigment; 5° xanthelasma; 6° prurit.

C. CAUSES DES TROUBLES FONCTIONNELS DU FOIE. — I. *Secondaires*: 1° maladies organiques du foie; 2° troubles gastriques et intestinaux; 3° maladies du cœur et des poumons; pyrexie. — II. *Primitives*: 1° écarts de régime; 2° oxygénation insuffisante; 3° température élevée; 4° influences nerveuses; 5° particularités constitutionnelles; 6° poisons.

D. TRAITEMENT DES TROUBLES FONCTIONNELS DU FOIE. — 1° régime; 2° large oxygénation; 3° diluants; 4° bains; 5° purgatifs, cholagogues; 6° alcalins; 7° chlore, brome, iode et leurs sels; 8° acides minéraux; 9° toniques; 10° opium. — Conclusion..... 597

APPENDICE..... 633  
Table alphabétique des matières..... 641

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

## LEÇONS CLINIQUES

SUR LES

# MALADIES DU FOIE

## PREMIÈRE LEÇON

### AUGMENTATION DE VOLUME DU FOIE

Observations préliminaires. — Dimensions normales et limites du foie. — Circonstances qui peuvent faire croire à une augmentation de volume qui n'existe pas, et moyens de reconnaître ces pseudo-augmentations de volume du foie: 1° malformations congénitales; 2° influence du jeune âge; 3° rachitisme; 4° habitude de se serrer étroitement; 5° certaines affections de la poitrine; 6° tumeur entre le foie et le diaphragme; 7° conditions anormales des viscères abdominaux; 8° conditions anormales des parois abdominales; 9° observations à l'appui.

MESSIEURS,

Dans des leçons didactiques sur la médecine, il est d'usage de décrire en détail les nombreux symptômes qui caractérisent les divers états pathologiques. Toutefois, il ne faut pas beaucoup d'expérience pour reconnaître qu'il y a des symptômes et des signes qui sont communs à une foule de maladies et qu'il est souvent assez difficile de déterminer à laquelle de ses nombreuses sources tel symptôme doit être rapporté. Dans la pratique, cependant, cette détermination doit être votre première préoccupation. Vous ne devez jamais vous contenter de ne traiter qu'un symptôme, sans faire tous vos efforts pour arriver à une notion précise de l'état local ou général auquel il se rattache. Dans tous les cas de maladie présentant quelque symptôme prédominant, vous devez vous poser ces deux questions: 1° quelles sont les différentes causes qui peuvent donner lieu à ce symptôme et 2° quelle est la cause la plus probable dans le cas dont il s'agit? Tant que vous n'aurez pas répondu à ces questions d'une façon satisfaisante, vous ne serez pas en mesure d'établir un pro-

nostic avec quelque certitude, ni d'adopter une méthode rationnelle de traitement.

Il n'est pas de classe de maladie à laquelle ces remarques s'appliquent mieux qu'aux affections du foie. Il y a peu de maladies plus difficiles à reconnaître, et il n'y en a peut-être pas où les erreurs de diagnostic soient plus fréquentes; d'autre part, on voit tous les jours des symptômes dépendant de maladies de l'estomac, des intestins, des reins, et même du cœur, des poumons, ou du cerveau, être attribués à des troubles hépatiques. Je m'attacherai, dans ces leçons, à vous faire remarquer les principaux signes et symptômes auxquels donnent lieu les affections du foie, les différents états morbides dont chacun d'eux peut provenir, les règles qui devront généralement vous guider pour poser le diagnostic de chaque cas et les conclusions auxquelles vous devez ainsi être amenés quant au pronostic et au traitement.

Nous commencerons donc par discuter les différentes causes qui produisent l'augmentation de volume du foie et, dans les leçons suivantes, nous nous occuperons des causes de l'atrophie du foie, de l'ictère, de l'hépatalgie, de l'ascite, etc.



Fig. 1. — Situation normale du foie tel qu'on le voit quand on a enlevé la paroi antérieure de la poitrine et de l'abdomen. (Modifié d'après l'*Anatomie médicale* de Sibson.)

A, foie. B, colon ascendant. C, colon transverse. D, colon descendant. E, intestin grêle. F, estomac. G, cœur. H, poumon droit. I, poumon gauche.

Avant de procéder à l'examen des diverses causes qui amènent l'augmentation réelle du volume du foie, il faut avoir une connaissance exacte de ses dimensions normales et de ses limites et ne pas oublier certaines conditions qui, durant la vie, peuvent simuler une augmentation de volume.

#### Situation normale et dimensions du foie. — Le foie est situé

#### AUGMENTATION DE VOLUME DU FOIE.

le côté droit de la poitrine; une grande partie de cette surface est en rapport immédiat avec les côtes, mais la portion la plus élevée (dans le sens vertical) est séparée de la paroi thoracique par la mince lame qui constitue le bord inférieur du poumon droit (voir fig. 1). D'où il suit que la percussion du foie pendant la vie donne deux zones différentes de matité: l'une occupant la région où l'organe est en contact avec les parois thoraciques et où la matité est absolue l'autre correspondant à la partie tout à fait supérieure du foie et comprenant l'espace où cet organe se trouve recouvert par une mince lame de tissu pulmonaire, endroit où la percussion donne un bruit qui sert de transition entre la matité hépatique et la résonance pulmonaire. C'est cette dernière zone qui est considérée généralement comme répondant à la vraie limite supérieure du foie (voir fig. 3).

La limite supérieure présente cette particularité qui a quelque importance pratique, c'est qu'elle n'est pas horizontale mais arquée. Commencant en arrière à peu près au niveau de la dixième ou onzième vertèbre dorsale, elle monte légèrement vers l'aisselle et le mamelon et descend ensuite graduellement vers la ligne médiane antérieure. Les diagrammes figurés d'autre part

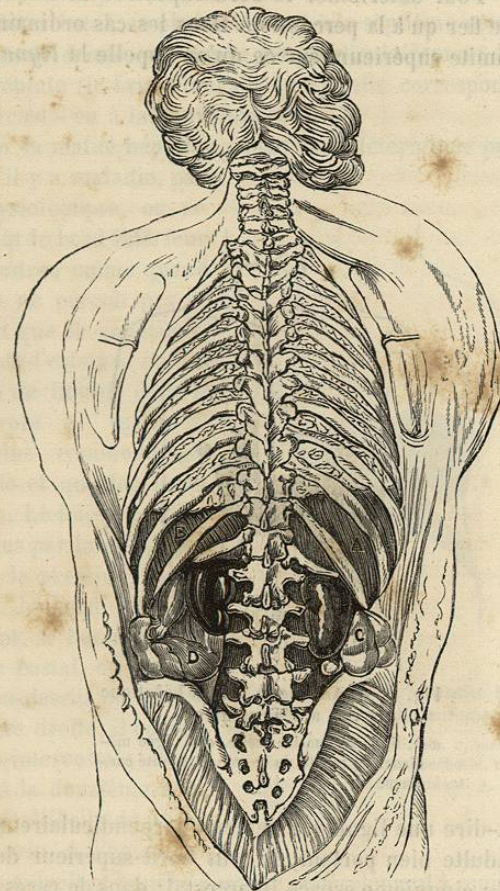


Fig. 2. — Situation normale du foie tel qu'on le voit quand on a enlevé la paroi postérieure de la poitrine et de l'abdomen. (Modifié d'après la *Medical Anatomy* de Sibson.)

Le foie est couvert par le diaphragme qui cache aussi à gauche (B), la rate et une portion de l'estomac. A, lobe droit du foie. C, colon ascendant. D, colon descendant.

montrent cette disposition curviligne de la face supérieure du foie (fig. 3, 4 et 5).

Pour déterminer le bord supérieur de la matité hépatique, il ne faut se fier qu'à la percussion. Dans les cas ordinaires, il suffit de noter cette limite supérieure sur ce qu'on appelle la *ligne mammaire droite*, c'est-

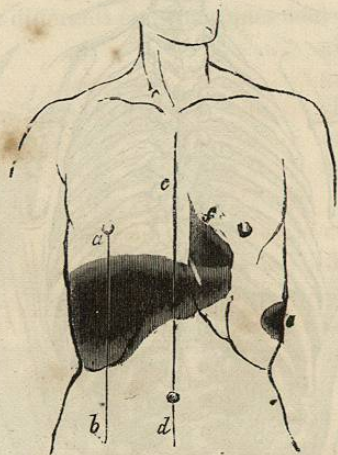


Fig. 3. — Aire de la matité hépatique vue antérieurement.

*a-b*, ligne mammaire droite. *c-d*, ligne médiane. *e*, matité de la rate. *f*, matité cardiaque.

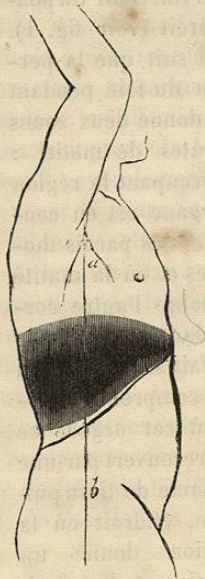


Fig. 4. — Aire de la matité hépatique vue du côté droit.

*a-b*, ligne axillaire droite.

à-dire une ligne qui descend perpendiculairement du mamelon. Chez un adulte bien portant, le *vrai* bord supérieur du foie est situé au niveau du cinquième espace intercostal; dans de rares cas, il se trouve au niveau de la quatrième côte ou du quatrième espace intercostal. A cet endroit, le foie est recouvert par le poumon dans une étendue d'un pouce environ. Mais, dans tous les cas où l'on suppose quelque affection hépatique, le bord supérieur de la matité doit être déterminé dans tout son cours. Au niveau de la *ligne médiane antérieure*, elle correspond généralement à la base du cartilage xyphoïde, ou bien elle s'élève un peu au-dessus. A gauche de la ligne médiane il est difficile ou même impossible de distinguer la limite supérieure de la matité hépatique de la limite inférieure du cœur, les deux se juxtaposant; mais une ligne menée du bord supérieur de la matité hépatique, sur la ligne médiane, à la pointe du

cœur correspondra ordinairement à la ligne de démarcation. Sur la *ligne axillaire droite*, c'est-à-dire une ligne qui tombe perpendiculairement du centre de l'aisselle, la limite supérieure de la matité hépatique correspond au septième espace intercostal, ou plus rarement à la septième côte. Au niveau de la *ligne dorsale droite*, qui tombe perpendiculairement de l'angle inférieur de l'omoplate (le bras étant pendant), elle correspond au neuvième espace intercostal ou à la neuvième côte.

La limite inférieure de la matité hépatique peut être déterminée par la percussion, et aussi, s'il y a maladie, par la palpation. A l'état physiologique, on ne peut sentir bien nettement le bord inférieur du foie, excepté à l'épigastre; même quand l'organe est malade, on ne perçoit pas ce bord inférieur aussi bien que le supérieur, parce que la distension de l'estomac ou des intestins, ou la présence de liquide dans le péritoine viennent souvent le masquer. Aussi l'examine-t-on plus commodément lorsque l'estomac est vide et que les intestins ont été bien évacués. Le foie peut alors être distingué des intestins par la résistance plus grande qu'il offre à la pression. Sur la ligne mammaire droite, le bord inférieur correspond ordinairement, à l'état physiologique, au bord de l'arc costal, ou bien se trouve un demi-pouce au-dessus ou au-dessous. Sur la ligne axillaire droite, il correspond au dixième espace intercostal; et sur la ligne dorsale droite, à la douzième côte, bien qu'à ce niveau il soit difficile de le distinguer de la matité du rein. A l'épigastre, le bord inférieur des lobes droit et gauche descend généralement à moitié chemin du cartilage xyphoïde et de l'ombilic.

L'étendue ordinaire de la matité hépatique, chez un adulte de taille moyenne, est de 4 pouces sur la ligne mammaire droite, 4 pouces et demi ou 5 pouces sur la ligne axillaire droite, 4 pouces sur la ligne dorsale droite et 3 à 4 pouces sur la ligne médiane antérieure.

Mais il ne faut pas oublier que, chez le même individu, le foie est constamment sujet à de légères variations dans sa situation, concomitantes avec l'état physiologique. Pendant l'acte de l'inspiration, l'organe tout entier est légèrement abaissé, d'un demi-pouce environ, et sa face supérieure s'aplatit un peu; durant l'expiration, l'organe remonte. De plus, dans la

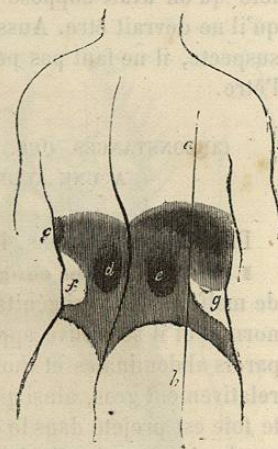


Fig. 5. — Aire de la matité hépatique vue postérieurement.

*a-b*, ligne dorsale droite. *c*, matité de la rate. *d*, rein gauche. *e*, rein droit. *f*, colon descendant. *g*, colon ascendant.

station debout, le bord inférieur s'étend un peu plus bas que dans le décubitus dorsal. Si, dans cette dernière position, il correspond sur la ligne mammaire au bord inférieur de l'arc costal, dans la première il peut être un quart ou un demi-pouce plus bas. Ces variations sont d'ailleurs légères et ne sont guère de nature à compliquer le diagnostic.

Mais on peut voir quelquefois surgir des difficultés de diagnostic au sujet des limites du foie, telles que je les ai indiquées tout à l'heure : en effet ces limites peuvent être grandement dépassées sans qu'il y ait augmentation réelle du volume du foie. On trouve souvent, après la mort, qu'un foie qu'on avait supposé très-gros pendant la vie, est même plus petit qu'il ne devrait être. Aussi, dans tous les cas d'augmentation de volume suspecte, il ne faut pas perdre de vue que le foie peut paraître gros sans l'être.

CIRCONSTANCES QUI PEUVENT FAIRE CROIRE PENDANT LA VIE  
A UNE AUGMENTATION DE VOLUME DU FOIE.

Parmi ces conditions, les principales sont les suivantes.

**I. Malformations congénitales, etc.** — Dans de rares cas, par suite de malformation congénitale, le foie est plus carré et globulaire qu'à l'état normal et il se trouve appliqué sur une plus grande étendue contre les parois abdominales et thoraciques. Dans d'autres cas, le lobe gauche est relativement gros, ainsi que chez le fœtus. Dans des cas encore plus rares, le foie est projeté dans le côté droit de la poitrine à travers une ouverture pratiquée dans le diaphragme et qui peut être congénitale ou accidentelle. J'ai vu assez récemment un cas de ce genre où, grâce apparemment à une ouverture diaphragmatique datant de longtemps, la plus grande portion du lobe droit du foie s'était logée dans la plèvre droite, et conséquemment la matité hépatique montait à la hauteur de la troisième côte. (On trouvera les détails de ce cas dans les *Pathological Society's Transactions*, t. XVII, p. 164). Le diagnostic de semblables conditions, durant la vie, doit du reste être toujours difficile; on l'établira principalement sur les circonstances suivantes :

- 1° L'absence de symptômes indiquant une maladie de foie;
- 2° L'absence d'autres circonstances susceptibles de donner lieu à une fausse augmentation de volume;
- 3° Le fait d'une extension de la matité hépatique persistant depuis le jeune âge (sauf le cas de hernie diaphragmatique résultant d'accident).

**II. Influence du jeune âge.** — Le foie est relativement plus gros dans l'enfance et l'adolescence que chez les adultes. L'organe ne se développe pas proportionnellement au reste du corps. Chez l'adulte, le poids moyen du foie est de  $\frac{1}{40}$  de celui du poids total du corps, tandis qu'avant la

puberté il peut-être de  $\frac{1}{30}$  et même  $\frac{1}{20}$ . Les dimensions varient pareillement de telle sorte que la limite supérieure de la matité hépatique est souvent plus haute chez l'enfant que chez l'adulte, et que la limite inférieure descend au-dessous de l'arc costal sur la ligne mammaire droite. Il s'ensuit donc qu'une étendue de matité hépatique qui, chez l'adulte serait anormale, peut être parfaitement normale chez l'enfant. J'ai eu maintes fois l'occasion, à l'hôpital, de vous faire remarquer cette particularité que présente le foie dans le jeune âge.

**III. Rachitisme.** — En produisant la torsion latérale de la colonne vertébrale et la difformité connue sous le nom de *poitrine de pigeon*, le rachitisme peut amener une augmentation apparente du volume du foie, due à ce que l'organe est déprimé et allongé dans le sens vertical par suite de compression latérale. L'apparence d'augmentation de volume peut prendre plus de vraisemblance ultérieurement par suite du retrait disproportionné des côtes immédiatement au-dessus du foie, ce qui a pour résultat de faire paraître bombée la région hépatique. Il s'ensuit que si l'on rencontre une torsion latérale du rachis et la *poitrine de pigeon*, il ne faut pas trop se hâter de diagnostiquer une augmentation de volume du foie.

**IV. L'habitude de se serrer étroitement** est susceptible de causer des déplacements et des malformations du foie qui peuvent simuler une augmentation de volume et soulever des difficultés de diagnostic. Cette pratique peut agir sur le foie de trois façons, suivant le degré, le lieu et enfin la durée de la compression.

- a. Le foie peut être déplacé en haut ou en bas, suivant que la pression

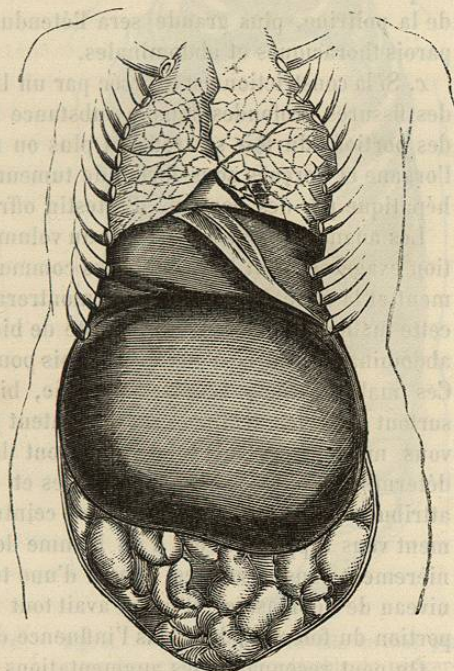


Fig. 6. — Augmentation apparente du volume du foie par suite de constriction. (Modifiée d'après Frerichs.)

Le foie est déprimé, et son diamètre vertical est allongé. Un profond sillon transversal correspond au siège de la constriction.