

Dans le cas suivant, il paraît y avoir eu un commencement de guérison spontanée de la tumeur et l'observation est intéressante à cause de la manière dont se fait probablement la guérison d'une tumeur hydatique, lorsque le contenu en a été retiré à l'aide d'un petit trocart et de la canule (v. pp. 72 et 85).

OBS. XLVII. — *Hydatide volumineuse du foie, pleine d'hydatides secondaires, mais ne contenant pas de liquide.*

Ce foie a été pris sur un sujet, âgé de trente-six ans, qui fut admis à l'Hôpital des Fiévres, le 2 décembre 1866, pour une variole hémorrhagique dont il mourut le 5 décembre. Il était trop mal pour qu'on pût le questionner sur ses antécédents.

Après sa mort, on trouva à la partie postérieure du lobe droit du foie une tumeur hydatique grosse comme une tête d'enfant. Les points les plus importants de ce cas, c'est que ce kyste se trouvait renfermer d'autres vésicules secondaires et qu'il ne contenait pas de liquide. Les vésicules secondaires étaient affaissées, mais montraient encore leur aspect naturel gélatineux. Elles n'étaient pas du tout opaques ni mêlées avec de la matière analogue à du mastic. Le kyste externe cependant présentait en plusieurs endroits un aspect athéromateux calcifié.

OBS. XLVIII. — *Hydatide volumineuse du foie guérissant spontanément par calcification du kyste et découverte après quarante-cinq ans.*

Le 10 février 1873, je fus prié par le docteur W. Steer Riding de voir M. W..., âgé de cinquante-six ans, pour une remarquable tumeur en connexion avec le foie. Cet organe ne remontait pas trop haut en avant ou en arrière, mais le bord inférieur du lobe droit descendait à deux pouces au-dessous de l'ombilic et on sentait que la portion de l'organe qui se trouvait au-dessous des côtes était dure comme un os, et lisse, et indolente. Le malade n'avait pas éprouvé de symptômes du fait de cette tumeur et il avait mené une vie active jusqu'au moment où un trouble pulmonaire peu sérieux amena le docteur Riding à découvrir cette tumeur dont le malade lui-même ignorait l'existence. Il se rappela cependant qu'étant enfant, au moins quarante-cinq ans auparavant, on l'avait conduit d'assez loin à Londres pour le montrer à Sir Astley Cooper et un autre chirurgien; qu'on disait à cette époque que son foie était quatre fois plus gros qu'à l'état normal et qu'il contenait probablement du liquide et qu'il avait été question d'y pratiquer une opération. On s'était finalement décidé à ne pas intervenir, et la tumeur avait ensuite graduellement diminué à mesure qu'il avait avancé en âge.

QUATRIÈME LEÇON.

AUGMENTATION DE VOLUME DU FOIE (SUITE).

Congestion. — Hépatite interstitielle. — Inflammation des voies biliaires
Obstruction du canal cholédoque.

MESSIEURS,

Dans les précédentes leçons, j'ai appelé votre attention sur les caractères distinctifs de quatre formes d'augmentation de volume du foie généralement non accompagnées de douleur. Il nous reste à examiner celles dans lesquelles l'élément douleur est le symptôme le plus saillant. Sept maladies sont dans ce cas : 1° la congestion du foie; 2° l'hépatite interstitielle; 3° l'inflammation des voies biliaires; 4° l'obstruction du canal cholédoque et la rétention biliaire; 5° les abcès pyoémiques; 6° les abcès des tropiques; 7° le cancer. On peut dire, d'une façon générale, que l'ictère, qui est un symptôme assez rare dans les formes d'augmentation de volume du foie non accompagnées de douleur, se présente avec plus ou moins d'intensité dans les formes dont nous allons maintenant nous occuper; l'abcès des tropiques est parmi ces dernières, la seule où la douleur manque le plus souvent. L'ascite est également un symptôme commun. Parmi les formes d'hypermégalie hépatique accompagnées de douleur, vient au premier rang la congestion du foie.

V. — CONGESTION DU FOIE (1).

Au point de vue de la pathogénie et du traitement de cet état morbide, il importe de se rappeler que la quantité de sang qui se trouve dans le foie varie considérablement à différents moments, sans cesser d'être à l'état physiologique, et même que ces variations normales peuvent sensiblement influencer le volume de l'organe. Ainsi l'alimentation est susceptible d'exercer une certaine influence sur la quantité de sang et le volume du foie qui se trouvent en effet augmentés à la suite des repas, surtout s'il y a eu ingestion copieuse d'aliments, ou s'il y a eu dans la nourriture excès de matières grasses, sucrées ou alcooliques. Quand nous parlons de congestion morbide du foie, nous comprenons un état

(1) Voir aussi, à propos de la congestion hépatique, la note de la page 142.

plus accentué que cela. On emploie trop souvent d'une façon très-vague le terme *congestion du foie* et on l'applique à des cas d'*indigestion* qui n'ont probablement pas grand'chose à voir avec le foie (1). La vraie congestion du foie se distingue par les caractères suivants.

Symptômes. — 1° L'augmentation de volume de l'organe est uniforme, pas plus grande dans un sens que dans l'autre, et rarement considérable. Le foie peut faire saillie d'un pouce ou un peu plus au-dessous du rebord costal sur la ligne mammaire droite. Dans la congestion veineuse par obstacle mécanique apporté à la circulation, l'augmentation de volume est ordinairement plus prononcée que dans la congestion active où l'engorgement commence dans les artères (2). Une autre particularité de cette augmentation de volume, c'est qu'elle est rarement permanente et que, après un certain temps, elle disparaît généralement. Même lorsque la cause de la congestion est la plus permanente, comme une obstruction mécanique de la circulation cardiaque par affection valvulaire du cœur, l'augmentation de volume fait place, au bout d'un certain temps, à un état opposé : la pression exercée par les veines hépatiques continuellement distendues amène l'atrophie des portions centrales des lobules et produit une espèce de foie granuleux, différent de la vraie cirrhose, où l'atrophie commence à la circonférence des lobules (3).

(1) Cette critique me paraît s'appliquer notamment à un travail assez important de Fleury (*Moniteur des hôpitaux*, 1852, et tirage à part), où sont réunis une vingtaine de cas dits de congestion du foie, mais qui pourraient la plupart être rapportés à la dyspepsie ou autres maladies, la congestion hépatique n'étant dans un certain nombre de ces cas qu'un épiphénomène ou un symptôme de troubles digestifs ou autres. Malgré ces restrictions, le mémoire dont je parle n'en est pas moins très-utile à consulter au point de vue des relations qu'ont entre eux ces phénomènes digestifs, hépatiques et nerveux. (N. D. T.)

(2) Monneret a fait des recherches très-intéressantes (*Archives générales de médecine*, 1861, t. 1, p. 545) sur la quantité de liquide que le foie contient à l'état physiologique et celle qu'on peut y faire contenir grâce à une pression suffisante, sans cependant déterminer de déchirure. Il résulte des 16 expériences qu'il a pratiquées sur des foies sains, que, à l'état normal, avec son sang de combinaison, la glande hépatique pèse en moyenne 1602 grammes et 1269 quand elle a été privée de son sang, ce qui donnerait à peu près 330 grammes pour le poids du sang qu'elle renferme ordinairement. Mais si on l'injecte fortement avec de l'eau, on arrive à lui faire peser 2523 grammes, ce qui fait une différence de 921 grammes avec l'état physiologique.

Sans attacher à ces chiffres une précision des plus rigoureuses, on peut en déduire cependant que la glande hépatique, à son plus haut degré de congestion, est susceptible de présenter une augmentation de volume de plus de moitié. (N. D. T.)

(3) Virchow a donné le nom d'*atrophie rouge* à cette altération du foie résultant de la stase sanguine prolongée. Bien que cette dénomination ait été adoptée par Rindfleisch (*Histologie pathologique*, traduct. de Gross, p. 460), elle ne me paraît pas heureuse, et le terme *foie muscade*, assez généralement adopté, est infiniment préférable. Il faut toutefois faire remarquer que cette désignation ne peut s'appliquer qu'aux congestions passives, ou, pour parler plus exactement, à celles qui reconnaissent pour origine un trouble circulatoire par lésion cardiaque ou pulmonaire. En effet, dans les hyperémies actives, surtout si elles sont récentes, le foie se présente sur une coupe sous un

2° La surface de la portion du foie qui dépasse les côtes est lisse.

3° Le malade accuse une sensation de constriction ou de distension douloureuse dans la région du foie, et la pression au-dessous du rebord costal détermine une sensibilité plus ou moins marquée, mais rarement très-aiguë. La douleur et la sensation de malaise peuvent s'étendre jusqu'à l'épaule droite par suite des connexions qui existent entre le nerf sous-clavier et le phrénique, et elles augmentent presque toujours après les repas, ou par le décubitus sur le côté gauche. Dans ce dernier cas, on constate une sensation de tiraillement ou de pesanteur dans la région hépatique, ce qui fait que la plupart du temps le malade dort sur le dos ou sur le côté droit.

4° L'ictère survient dans la plupart des cas au bout de deux ou trois jours, mais il est rarement intense et il est rare aussi de voir la bile disparaître des déjections. Lorsqu'il y a un ictère prononcé avec selles dépourvues de bile, il est probable qu'il est lié à un catarrhe des voies biliaires concomitant avec la congestion hépatique.

5° Il y a ordinairement des nausées, perte de l'appétit, céphalalgie, langue chargée, goût amer dans la bouche, de la flatulence et autres symptômes de mauvaise digestion; souvent il y a des vomissements ou de la diarrhée, ou les deux. La même cause qui détermine une congestion du foie peut amener un état analogue de l'estomac et des intestins; une légère irritation suffit alors pour produire une inflammation catarrhale de la muqueuse de ces organes, dont les vomissements et la diarrhée sont les symptômes saillants. Avec ces troubles digestifs, il n'est pas rare de trouver de l'anémie, une langueur et un affaiblissement généraux, de l'émaciation, la dépression des esprits, la tendance à l'assoupissement et l'hypochondrie.

6° Il n'est pas rare de rencontrer plus ou moins de dyspnée, même dans des cas où la maladie primitive n'intéresse pas la poitrine, et bien des malades sont exténués par une toux sèche et fréquente. La dyspnée peut offrir assez d'intensité pour faire naître des soupçons sérieux d'affection

aspect uniformément rouge, au lieu de la disposition spéciale qu'offre le foie noix muscade.

Un autre caractère anatomique qui sert à distinguer ces deux formes de congestion, c'est que dans le premier cas (congestion alimentaire, alcoolique, palustre, etc.), l'afflux sanguin étant sous la dépendance de la veine porte, affecte surtout la périphérie du lobule, tandis que la stase d'origine cardio-pulmonaire porte sur la veine hépatique, par conséquent sur la partie centrale du lobule.

On a encore proposé le terme *foie cardiaque* pour remplacer celui de *foie muscade*. Si cette dénomination a l'avantage de préciser une donnée pathogénique de la lésion, elle a le défaut de paraître limiter cette dernière aux affections du cœur, tandis qu'en réalité le foie muscade a une origine aussi bien pulmonaire que cardiaque.

Je n'insiste pas davantage sur cette question, d'autant mieux que, l'auteur y revient à propos des atrophies, dans la VIII^e leçon. (N. D. T.)

cardiaque ou pulmonaire, mais une bonne purgation en débarrasse souvent le malade complètement.

7° Il n'est pas rare de constater des signes d'obstruction de la circulation porte. Dans les cas aigus, il peut y avoir de la tension dans l'hypochondre gauche, et extension de la matité splénique; tandis que dans les cas de plus longue date il peut y avoir des hémorrhoides ou de l'ascite.

8° L'urine est ordinairement en petite quantité et fortement colorée; elle contient en outre plus ou moins de pigment biliaire, dépose souvent un sédiment abondant d'urates ou d'acide urique. L'albuminurie temporaire n'est pas rare (1).

9° Comme dans les autres formes d'augmentation de volume du foie, les circonstances dans lesquelles cet accroissement se produit aident efficacement au diagnostic de la nature réelle du cas.

La congestion hépatique peut être mécanique, active ou passive; voici les conditions principales dans lesquelles elle survient.

Étiologie. — A. *Congestion mécanique.* — Parmi les causes les plus communes de congestion hépatique dans ce pays, il faut signaler l'obstruction mécanique de la circulation dans la poitrine et particulièrement celle qui est liée à une affection valvulaire du cœur. Dans bien des cas de maladie cardiaque valvulaire, il vient un moment où les principaux symptômes sont ceux de congestion hépatique, et c'est surtout contre eux que doit être dirigé le traitement.

B. *Congestion active.* — Plusieurs causes contribuent à la produire :

a. Les *ingesta irritants*, sous forme d'alcool, de liqueurs fermentées, d'épices, ou une nourriture déficiente soit par sa qualité trop substantielle ou sa quantité excessive, peuvent amener la congestion du foie. L'augmentation temporaire d'afflux sanguin dans le foie qui suit toujours le repas, est susceptible de présenter un degré morbide et de devenir permanente, si les *ingesta* ont habituellement un caractère irritant. La congestion du foie sous l'influence de ces causes surviendra plutôt chez les personnes faibles, qui mènent une existence indolente et sédentaire, que chez celles douées d'une robuste constitution et qui font pas mal d'exercice en plein air.

b. On reconnaît généralement qu'une *température élevée* est une cause de congestion du foie; mais elle n'est probablement capable d'amener

(1) Je ferai remarquer en passant qu'on a signalé l'augmentation de la quantité d'urée comme un des caractères de l'urine dans la congestion du foie et, en général, dans tous les états pathologiques de cet organe pendant la période d'hyperémie qui marque une de leurs phases. Je n'insiste pas davantage, pour le moment, sur la question des rapports de l'urée avec le foie, parce que M. Murchison la traite dans plusieurs passages de cet ouvrage, et notamment dans la XIV^e leçon. (N. D. T.)

un pareil résultat que lorsqu'elle est aidée par l'action d'*ingesta irritants*. C'est à cette association de causes qu'il faut attribuer la fréquence de la congestion active du foie chez les Européens qui habitent les climats chauds (voyez leçon XVI).

c. Un *refroidissement* soudain ou prolongé peut déterminer la congestion du foie, surtout dans les climats chauds, chez les personnes qui ont trop bien vécu, ou après un exercice violent.

d. *Malaria et poisons du sang.* — Les individus qui ont eu des fièvres intermittentes ou qui habitent des pays à fièvre, sont très-disposés à être affectés de congestion hépatique susceptible de persister longtemps après que les symptômes fébriles ont disparu. Les militaires reviennent fréquemment de l'Inde avec un engorgement du foie lié à cette cause. Mais lorsqu'une augmentation de volume considérable et permanente succède à la fièvre intermittente ou rémittente, elle est plus probablement due à un dépôt cireux ou à une hépatite interstitielle qu'à une simple congestion (1). Il y a d'autres poisons du sang, outre la malaria, qui sont capables d'amener la congestion du foie : ainsi la fièvre jaune des tropiques et la fièvre à rechute de notre propre pays (2).

e. La congestion active du foie peut encore être d'origine traumatique et résulter de contusions, plaies, etc.

C. *Passive.* — La congestion passive du foie peut être l'effet des causes suivantes :

a. Suppression d'écoulements auxquels l'organisme est habitué, tels que les règles (3), ou les flux hémorrhoidaires. J'ai souvent vu la guérison d'hémorrhoides être suivie de congestion du foie et même de cirrhose.

b. Constipation habituelle.

c. Torpeur du système de la veine porte par suite de paralysie des nerfs sympathiques ou par toute autre cause.

d. Exercice musculaire insuffisant.

Traitement. — Dans le traitement de la congestion hépatique, il faut se guider sur les règles suivantes :

(1) Voyez p. 36 et obs. X, et aussi Morehead, *Researches on Diseases in India*, 1860, p. 428; et Sir Ranald Martin, in *The Lancet*, 1865, t. II, p. 615.

(2) Parmi les poisons du sang susceptibles de produire un engorgement congestif du foie, on doit apporter une attention spéciale à la syphilis. Il n'est pas rare de trouver le foie et la rate augmentés de volume chez les enfants atteints de syphilis héréditaire, et ce qui prouve que ce n'est pas à un engorgement cireux qu'on a affaire, c'est la rapidité avec laquelle il disparaît maintes fois complètement sous l'influence du traitement, ou sans traitement (voyez *British med. Journal*, 1877, t. I, p. 170). On rencontre parfois un semblable engorgement chez les adultes, dans la syphilis secondaire, quelquefois accompagné d'ictère catarrhal (v. pp. 160, 164).

(3) D'après Niemeyer (*Traité de pathol. int.*, 8^e éd., t. I, p. 748), un simple retard ou la prochaine arrivée de l'époque menstruelle suffirait pour déterminer, chez certaines femmes, une hyperémie fluxionnaire du foie. (N. D. T.)

1° Commencer dans tous les cas, si c'est possible, par éloigner la cause; ce que nous avons établi précédemment indique suffisamment les moyens à adopter dans ce but.

2° Dans la plupart des cas un peu intenses, il y aura avantage à recourir aux déplétions locales sous forme de sangsues ou de ventouses dans la région du foie, ou, ce qui est encore mieux, à l'application de quelques sangsues autour de l'anus. Si on juge que la déplétion soit inopportune, on peut faire appliquer des sinapismes sur la région hépatique. Quand on a retiré les sangsues ou les sinapismes, on doit mettre à leur place des cataplasmes de farine de lin ou de son. Des bains tièdes sont quelquefois utiles.

3° Le régime sera aussi doux que possible. On recommandera de ne prendre à la fois qu'une petite quantité de lait, de thé de bœuf, ou d'aliments farineux, et on interdira rigoureusement l'alcool, le vin, les liqueurs fermentées, les épices, la graisse et tous les aliments substantiels ou indigestes. Avec les habitudes actuelles de la pratique médicale, on fait souvent beaucoup de mal aux individus affectés de maladie cardiaque et de congestion hépatique en leur conseillant de fortes doses d'eau-de-vie.

4° Dans la plupart des cas, les purgatifs sont d'une grande utilité, à moins qu'il n'y ait une diarrhée spontanée, qu'il ne faut pas arrêter trop rapidement ou complètement. En fait, les purgatifs sont le meilleur moyen de faire cesser ces envies fréquentes d'aller à la garde-robe, mais sans résultat, dont se plaint le malade. Quant au choix à faire parmi les purgatifs, les salins sont les meilleurs, parce qu'ils augmentent l'exhalation aqueuse de la muqueuse intestinale; les sulfates de magnésie, de potasse et de soude, les sels de Sedlitz ou de Carlsbad, les eaux de Püllna ou de Friedrichshall. Ces sels doivent être pris dans un peu d'eau tiède, le matin à jeun. On peut aider leur effet par un peu de calomel, des pilules bleues ou du podophyllin, qui donnent d'abondantes selles bilieuses (1).

5° Lorsqu'on peut mettre la congestion sur le compte de l'irritation produite par les ingesta, on se trouvera bien de prescrire dès le début un émétique qui nettoiera l'estomac et le duodénum. La pression à laquelle le foie est soumis pendant l'acte du vomissement peut également aider à le débarrasser un peu du sang qu'il a en trop.

6° En présence de la persistance des symptômes de congestion — en-

(1) L'augmentation de l'excrétion biliaire dans ces cas, sous l'influence du calomel, n'est pas due à l'augmentation de la sécrétion biliaire dans le foie, mais probablement à ce que le mercure agit sur la partie supérieure de l'intestin grêle, de façon à le faire se débarrasser de la bile au lieu de l'y laisser se résorber (voir leçon IX). Si le calomel agissait en stimulant la sécrétion du foie, il serait nuisible dans les cas de congestion hépatique. Cette question est d'ailleurs discutée à nouveau dans la XVI^e leçon.

gorgement et sensibilité du foie avec ictère, — et spécialement dans ces cas où il y a un trouble gastrique prononcé, on s'adressera de préférence aux alcalins et à leurs sels à acides végétaux. On les fera prendre deux ou trois fois par jour, peu de temps avant le repas. Les eaux minérales alcalines, telles que celles de Vichy (1), Vals et Ems, ou les sels effervescents artificiels de Vichy, seront substitués avec avantage aux préparations alcalines de la pharmacopée.

7° On s'est très-bien trouvé, dans ce pays aussi bien que dans l'Inde, du chlorure d'ammonium pour combattre la congestion hépatique (2). A la dose de 1^{er},30 deux à trois fois par jour, il amène une bonne diaphorèse, augmente la quantité d'urine, diminue la congestion du système porte et soulage les douleurs qui proviennent du foie. On croit aussi qu'il stimule l'absorption, principalement dans le foie, et contribue ainsi à la résorption des abcès hépatiques. On peut le donner combiné aux acides ou aux alcalis.

8° Le docteur Maclean a recommandé l'ipécacuanha (3) comme un des meilleurs et des plus sûrs remèdes dans l'hyperémie aiguë du foie, qui dans les climats tropicaux est si souvent le précurseur de l'inflammation suppurative. Il croit que c'est un dépuratif du sang : l'ipécacuanha augmente les sécrétions hépatique et cutanée, et c'est pourquoi on ne peut douter qu'il ne soit efficace dans les cas dont il est ici question. Un fait important à noter, c'est que depuis que l'ipécacuanha est devenu d'un usage général dans le traitement de la dysentérie, dans l'Inde, on a remarqué que les abcès du foie étaient bien moins fréquents. De même que dans la dysentérie, il faut le donner à hautes doses (1^{er},30 à 2 grammes) toutes les six ou douze heures, suivant l'intensité du cas. Un centigramme et demi d'émétique et un gramme de nitrate de potasse, donnés toutes les demi-heures jusqu'à soulagement du mal, paraissent agir de la même manière.

9° Lorsque les symptômes les plus pressants se sont dissipés, et qu'il reste surtout de l'anémie, de la faiblesse et de la dyspepsie, avec légère augmentation de la matité hépatique, avec ou sans hypochondrie, il faut

(1) Vichy jouit, sous ce rapport, d'une spécificité d'action universellement reconnue. L'efficacité de ses sources tient non pas seulement à leur richesse en sels alcalins, comme on s'est trop plu à le répéter, mais aussi aux autres principes connus ou inconnus qu'elles renferment et qui contribuent également à l'influence reconstituante en même temps que résolutive qu'elles exercent. Dans ces cas, de même que dans la grande majorité des cas de tout genre qu'on envoie à Vichy, c'est sur les voies digestives que l'action salutaire des eaux se fait sentir tout d'abord : le foie est beaucoup plus lent à témoigner de quelque effet bien marqué, mais le bénéfice qu'il en retire, tout en étant aussi assuré, en est peut-être plus durable. (N. D. T.)

(2) Bien que cette substance ait été depuis longtemps employée dans divers troubles hépatiques, c'est le docteur William Stewart, médecin militaire, qui a le premier fait connaître sa valeur dans le traitement de la congestion hépatique.

(3) Reynold's *System of Med.*, t. III, p. 337.

modifier le traitement. On se trouvera bien alors des acides minéraux et des toniques végétaux tels que le pissenlit, la noix vomique, ou la gentiane. La quinine et le fer sont particulièrement indiqués chez les malades qui ont eu les fièvres intermittentes; mais on ne doit les donner qu'avec grande précaution aux goutteux et aux individus habitués à bien vivre. Le régime doit également être plus tonique tout en ayant soin d'éviter tout élément d'irritation. Il faut proscrire les liqueurs fermentées, et si l'on permet du vin, que ce soit en petite quantité et coupé d'eau. Les vins du Rhin, le bordeaux et le sherry sec sont les meilleurs. Un exercice régulier en plein air doit être en même temps conseillé; s'il y a une grande faiblesse, l'équitation donnera les mêmes avantages que l'exercice, sans fatiguer le malade. Il faut veiller attentivement à l'état des intestins, et sous ce rapport il y aura profit à prescrire des eaux minérales dans lesquelles le fer est associé à un élément purgatif, ainsi les eaux d'Harrogate, de Cheltenham, de Leamington, de Hombourg et de Kissingen.

10° C'est dans l'état chronique dont j'ai parlé précédemment, qu'on se trouvera bien des bains nitro-chlorhydriques, tels que les préconise Sir Ranald Martin (1). On prépare le bain avec deux onces d'acide nitrique pour 9 litres d'eau (soit environ 1 pour 100), et on le chauffe à 35 ou 36°. On met les deux pieds dans le bain, on éponge alternativement la partie interne des jambes et des cuisses et le côté droit, dans la région du foie, et on enveloppe l'abdomen de flanelle trempée dans ce bain. Cette pratique doit avoir une demi-heure de durée et être faite matin et soir (2). Dans les cas rebelles, il y aura parfois avantage à employer la ceinture hydropathique ou à faire faire des onctions avec le liniment au biiodure de mercure.

Comme exemple de congestion du foie résultant d'obstacle mécanique à la circulation dans la poitrine, je vous signalerai le cas suivant.

OBS. XLIX. — *Rétrécissement mitral. — Hydropisie et congestion du foie. — Mort.*

Emma F., âgée de treize ans, fut admise le 24 octobre 1865 à l'hôpital Middlesex, pour une toux intense, une grande dyspnée et anasarque considérable des extrémités inférieures. La matité cardiaque occupe le double de sa

(1) *The Lancet*, 9 décembre 1865, p. 641.

(2) Le bain, préparé ainsi qu'il a été indiqué, peut servir pendant quelques jours, en ayant soin d'y ajouter tous les jours environ 4 grammes d'acide chlorhydrique et 2 grammes d'acide nitrique avec 1/2 litre d'eau pour compenser la déperdition. On chauffe dans un pot de terre à peu près le quart du liquide de façon à amener la totalité de la masse à la température de 35°,5 à 36°,6. Il faudrait se servir de baignoires en terre vernie ou en bois et maintenir les éponges et les serviettes dans l'eau froide pour empêcher l'acide de les brûler.

surface normale, et on entend un bruit de souffle prolongé au sommet gauche. Il y avait tous les signes d'une bronchite généralisée; et en outre les conjonctives et la peau étaient légèrement ictériques. La matité hépatique était très-étendue: elle mesurait plus de 5 pouces sur la ligne mammaire droite et descendait presque jusqu'à l'ombilic. La matité de la rate dépassait aussi ses limites normales. Sensibilité vive au-dessous des côtes droites. Langue chargée. Nausées fréquentes et parfois des vomissements; relâchement des intestins, 4 à 5 évacuations par jour, matières pâles malgré la présence de la bile. L'urine contenait un peu de pigment biliaire, mais pas d'albumine. Cinq ou six ans auparavant, cette malade avait eu une scarlatine, suivie de rhumatisme articulaire et d'hydropisie. Depuis, elle avait éprouvé de la dyspnée et des palpitations augmentant par le mouvement. C'est environ dix jours avant son entrée qu'elle commença à se plaindre de toux, de mal de tête et de vomissements, et à remarquer une enflure des malléoles qui ne fit que gagner.

Comme traitement, on administra des purgatifs et des diurétiques, et particulièrement le bitartrate de potasse et la teinture de digitale, et on appliqua des sangsues, des sinapismes et des cataplasmes de graine de lin sur l'hypochondre droit. Tout d'abord il y eut une amélioration manifeste de tous les symptômes; mais au bout d'une quinzaine de jours après son entrée, les signes d'obstruction de la circulation par lésion cardiaque s'aggravèrent: la dyspnée et l'hydropisie augmentèrent, les lèvres et la face devinrent livides; l'ictère s'accrut davantage, les vomissements devinrent plus fréquents, les matières contenaient moins de bile. Le pouls était très-rapide; le 10 novembre, c'est à peine si on pouvait le sentir. La malade succomba ce même jour à 11 heures du soir.

A l'autopsie, on trouva le cœur très-hypertrophié, pesant près de 400 grammes; valvule mitrale très-épaissie et ses bords adhérents de telle sorte que l'orifice était contracté et que sa circonférence ne mesurait que quinze lignes. Les deux poumons très-congestionnés et présentant les caractères anatomiques ordinaires de la bronchite, mais nulle part imperméables. Environ 1/2 litre de sérosité claire dans le péritoine. Le foie très-gros, pour l'âge du sujet, et pesant près de 4 livres; surface externe de l'organe lisse; à la coupe, on voit les veines hépatiques gorgées d'un sang noir, contrastant fortement avec la teinte jaune pâle du tissu hépatique ambiant. L'examen microscopique montre que la quantité d'huile existant dans les cellules hépatiques n'est pas augmentée. La rate pèse 6 onces 1/4, elle est ferme et rouge sombre à la coupe. Les pyramides des reins sont très-congestionnées, mais sauf cela le tissu rénal est normal. La muqueuse de la moitié pylorique de l'estomac présentait les caractères ordinaires de l'inflammation catarrhale.

Comme exemple de congestion du foie provenant d'autres causes, je puis vous rapporter le cas suivant.

OBS. L. — *Indigestion par excès habituels de nourriture. — Résidence dans les pays tropicaux. — Exposition au froid. — Congestion du foie.*

M. C., âgé de trente ans, très-adonné aux plaisirs de la table, me consulte

en juin 1867, à son retour de l'Inde. Il a eu pendant plusieurs années de la constipation, de la flatulence, et une sensation de pesanteur et d'oppression dans la région du foie. Environ six semaines avant que je le visse, il fut pris de douleur au foie suivie de vomissement et d'ictère après avoir dormi sous une véranda, exposé à l'air de la nuit, dans l'Inde. On lui appliqua des sangsues à la région du foie et on le renvoya immédiatement chez lui. Je le trouvai encore un peu ictérique; le foie était gros et mesurait 5 pouces sur la ligne droite mammaire; il était un peu sensible. Pas de vomissements; constipation, goût amer dans la bouche et nausées; selles peu colorées mais contenant de la bile; urine en petite quantité, foncée, contient du pigment biliaire et dépose beaucoup d'urates; elle devient très-foncée par addition d'acide nitrique après l'avoir chauffée. On le traita par les purgatifs salins et de temps en temps des pilules de coloquinte composée (40 centigr.), podophyllin (2 centigr.), et de l'extrait de jusquiame (13 centigr.); on lui fit prendre trois fois par jour un mélange effervescent de citrate de potasse; un bain tiède trois fois par semaine; de l'exercice, régime simple avec exclusion absolue d'alcool sous n'importe quelle forme. Au bout de dix jours, le malade était beaucoup mieux, l'ictère avait presque disparu et la matité hépatique avait diminué d'étendue. Au traitement précédent on substitua alors une mixture d'acide nitrique et d'infusion de gentiane composée, et deux ou trois semaines plus tard, le malade avait recouvré sa santé habituelle.

VI. — HÉPATITE INTERSTITIELLE (1).

Cette forme de foie gros est une suite ordinaire de l'hyperémie chronique. Voici ses caractères cliniques :

1° L'augmentation de volume est uniforme dans toutes les directions et peut-être plus grande que dans la congestion simple. Le foie peut atteindre en haut jusqu'au mamelon et en bas jusqu'à l'ombilic et même

(1) Entre la congestion et l'hépatite interstitielle, il me paraît bon de dire un mot d'un état morbide qui tient des deux maladies que je viens d'indiquer.

Dans la pratique courante, on désigne sous le nom d'ENGORGEMENT DU FOIE un ensemble symptomatique assez complexe, susceptible de présenter, dans le détail, des variations très-marquées, mais dont les lignes fondamentales persistent à travers la diversité des formes. Cet appareil pathologique ne se trouve pas décrit dans les ouvrages didactiques précisément parce que c'est un état multiforme, qui confine à plusieurs modalités bien définies et leur emprunte à chacune un ou plusieurs de leurs caractères. Si on examine, en effet, l'exposé le plus fidèle et le plus étendu qui en ait été fait (Durand-Fardel, *Traité des maladies chroniques*, t. II, p. 166), on n'a pas de peine à reconnaître dans cet engorgement du foie tantôt une hyperémie chronique simple ou compliquée, tantôt une hépatite interstitielle chronique localisée ou générale, ou encore une périhépatite diffuse. Dans quelques cas même de cet engorgement hépatique, on a eu affaire évidemment à une vraie cirrhose commençante.

S'il s'agissait d'une maladie bien nette, à lésions anatomiques bien définies, on ne saurait se contenter d'une description qui laisserait la porte ouverte à plusieurs états pathologiques assez différents. Mais si l'on remarque que ces derniers présentent de nombreux points de contact, que leur pathogénie en paraît souvent obscure et que dans la pratique il est maintes fois impossible, dans ce genre d'affections hépatiques, de

plus bas, mais son bord inférieur est souvent masqué par du météorisme ou de l'ascite.

2° Sa surface est lisse ou légèrement inégale, dense et résistante, et plus ou moins sensible. Parfois la sensibilité prend un caractère aigu par suite des attaques intercurrentes de périhépatite.

3° Les symptômes sont tout d'abord ceux d'une hyperémie active, que je vous ai déjà décrits, de sorte que parfois il peut être difficile de dire s'il y a simplement congestion ou s'il y a en outre de l'hépatite interstitielle.

4° Mais quand la maladie est plus prononcée, ses caractères saillants sont un teint blême ou légèrement ictérique, stigmata veineux sur les joues, des nausées et des vomiturations surtout le matin en se levant, de la répugnance pour la nourriture solide, particulièrement au commencement de la journée, de la diarrhée alternant avec de la constipation, des hémorrhôides, les urines rares, foncées et chargées d'urates, dans quelques cas un peu d'albuminurie, de l'abattement, des sensations de défaillance et un désir très-accentué de stimulants. Parfois il y a un peu de fièvre.

5° Dans une période encore plus avancée, il y aura divers symptômes d'obstruction du système porte que je vous décrirai en détail lorsque nous étudierons dans une autre leçon la cirrhose, à propos des diminutions de volume du foie. La forme de foie gros que je suis en train de vous exposer est la maladie connue sous le nom de cirrhose, bien que lorsque les symptômes de cette affection sont très-prononcés, le foie soit plus ordinairement contracté. Contrairement à l'opinion exprimée par Todd (1), plusieurs observateurs, tels que Saunders, Bright (2), Budd, Frerichs (3) sont d'avis que dans la cirrhose la con-

pousser le diagnostic à un degré de précision qui pourrait être légitimement réclamé pour d'autres organes, on ne sera pas étonné de voir régner un peu de confusion dans ce qu'on est convenu d'appeler l'engorgement hépatique.

Il en est d'ailleurs pour le foie comme pour l'utérus. L'engorgement utérin joue dans la pratique gynécologique le même rôle que l'engorgement hépatique dans les affections chroniques de la partie supérieure de l'abdomen : il est évident que cet état morbide sert à désigner tantôt une hyperémie chronique, mécanique ou passive, tantôt une métrite ou une péri-métrite, toujours à forme chronique, et que parfois même ces manifestations coexistent avec un début de processus néoplasique dont elles sont la cause ou l'effet.

Ces réserves ne m'empêchent pas d'admettre qu'en somme on peut conserver la dénomination usuelle d'engorgement pour désigner cette forme d'augmentation de volume du foie accompagnée de phénomènes assez complexes, mais dont les plus saillants indiquent soit une hyperémie chronique ou un travail subinflammatoire également chronique affectant un territoire limité ou la totalité de l'organe. Seulement il faut faire des vœux pour que cette dénomination ne soit pas trop facilement adoptée en vue de s'épargner la recherche quelquefois pénible d'une détermination anatomique plus rigoureuse. (N. D. T.)

(1) *Clinic. lect. on Urinary Diseases and Dropsies*, 1857, p. 113.

(2) *Guy's Hosp. Rep.*, 1st ser., t. I, p. 612.

(3) *Op. cit.*, éd. française, 2^e éd.