

son peu de fréquence dans nos climats, n'a été étudiée que par quelques auteurs. Aussi nous en trouvons seulement un nombre d'observations, relativement très-faible, dans les ouvrages d'Abercrombie (1), de Louis (2) et d'Andral (3). Les cas de l'espèce qui nous occupe sont seulement fréquents dans les régions tropicales, aussi, sommes-nous redevables aux médecins qui ont séjourné dans ces contrées, des meilleurs travaux qui existent sur l'hépatite suppurative. Parmi ces travaux, nous citerons ceux d'Annesley (4), de Cambay (5), de Haspel (6), de Charles Morehead (7), et ceux de quelques anciens auteurs, tels que : Bontius (8), de W. Saunders (9), de Griffith, etc., etc.

L'étude de l'hépatite suppurative est, pour tous ceux qui comme nous vivent sous un climat tempéré, beaucoup moins intéressante que celle de deux autres formes d'inflammation du foie, dont l'une a pour conséquence l'induration simple ou granulée, et l'autre, le ramollissement et l'atrophie aiguë de la glande.

L'une de ces deux espèces était déjà connue des anciens, toutefois, c'est seulement dans ces derniers temps qu'elle est devenue l'objet de recherches approfondies ; nous lui avons consacré un article spécial. L'autre, la seconde, n'a été étudiée et isolée que tout récemment, son histoire se confond en grande partie avec celle de l'ictère typhoïde malin, dont nous avons précédemment parlé à propos de l'acholie.

*Divisions.* — L'inflammation du foie est un état morbide complexe et difficile à exposer d'une manière générale, parce que chacun des éléments composant cet organe compliqué peut être affecté isolément, et, en outre, parce que l'affection elle-même peut être plus ou moins intense, plus ou moins étendue, et avoir ainsi des conséquences fort variables.

L'inflammation peut siéger dans le tissu conjonctif qui forme l'enveloppe de la glande, et dans la capsule de Glisson qui accompagne les vaisseaux ; elle peut encore attaquer le parenchyme glandulaire, ou bien les rameaux de la veine porte, ou enfin les conduits de la bile.

(1) *Loc. cit.*

(2) *Recherch. anatom. patholog. sur diverses maladies.*

(3) *Clinique médicale*, t. II.

(4) *Researches into the causes, nature, and treatment of the more prevalent diseases of India.* London, 1841.

(5) *Traité de la dysentérie des pays chauds.* Paris, 1847.

(6) *Maladies de l'Algérie.* Paris, 1852, t. II.

(7) *Clinical researches on disease in India.* London, t. II, 1856.

(8) *De medicina Indorum.* Pars III, chap. vii, 1645.

(9) *Observat. on hepatitis in India.* London, t. 809.

Nous laisserons de côté les deux dernières espèces, afin de les décrire plus tard séparément.

L'inflammation du parenchyme hépatique est tantôt circonscrite et donnant lieu à la formation d'abcès ou de rétraction cicatricielle, tantôt elle est diffuse, étendue à tout l'organe ; alors, suivant qu'elle atteint tous les éléments du tissu glandulaire, ou bien qu'elle reste bornée à la charpente celluleuse placée entre les lobules, elle entraîne, soit un ramollissement et une atrophie aiguë, soit une induration et une dégénérescence cirrhotique.

**Art. 1<sup>er</sup>. — Inflammation de l'enveloppe du foie et de la capsule de Glisson.**

(Perihepatitis, peritonitis hepatica.)

On trouve souvent dans l'enveloppe du foie et dans les prolongements qui en émanent, les résidus d'un travail inflammatoire. Rarement celui-ci produit des altérations profondes, et, par exception seulement, il devient une menace pour l'ensemble de l'organisme ; ceci n'arrive, d'après nos propres observations (1), qu'autant que l'inflammation se propage jusqu'à la veine porte ou aux veines hépatiques, ou bien quand elle amène l'occlusion des canaux biliaires ; accidents, du reste, généralement très-rares.

La périhépatite peut procéder de causes diverses. On l'observe comme phénomène partiel de la péritonite générale, elle n'entraîne alors ordinairement aucune conséquence spéciale. On trouve dans ce cas l'enveloppe du foie recouverte, soit par une couche formée d'exsudats ou de pus, soit, lorsque la péritonite est de nature cancéreuse ou tuberculeuse, par un grand nombre de petites nodosités, qui ne peuvent altérer d'une manière notable l'exercice de la fonction hépatique. Dans quelques cas seulement, j'ai vu des masses de pus enkystées, situées sur la face convexe de la glande, déterminer un peu d'atrophie. Dans un cas de péritonite cancéreuse, la dégénérescence avait pénétré profondément dans le foie en suivant la gaine de la veine porte ; cependant, ni la circulation du sang ni l'excrétion de la bile n'avaient été empêchées. Rarement cette inflammation est le résultat d'une violence extérieure ayant porté sur la région du foie ; dans ce cas, la capsule s'épaissit dans une étendue limitée, la saillie qu'elle forme ne

(1) Andral (*Cliniq. médic.*, t. IV, p. 310) rapporte un cas où du pus formé sur la capsule hépatique se répandit dans le péritoine, et devint cause d'une péritonite mortelle.



pénètre, d'habitude, que les couches les plus superficielles de la glande, et n'amène qu'exceptionnellement une dépression profonde.

La cause la plus fréquente de cette sorte d'inflammation est une affection du foie; lorsque des abcès se sont formés dans cet organe, quand il est le siège d'une induration simple ou cirrhotique, on trouve la plupart du temps son enveloppe épaissie et unie, par de nombreuses adhérences de tissu conjonctif, aux parties voisines, telles que le diaphragme, la paroi costale et l'intestin. Cet état est bien moins prononcé avec le cancer et les échinocoques; ceux-ci acquièrent parfois un volume considérable sans provoquer d'épaississement ni d'adhérences de la capsule. Dans un grand nombre de cas, la périhépatite résulte de l'irradiation d'un travail morbide voisin; c'est ainsi qu'avec la pleurésie du côté droit, on trouve la membrane séreuse qui revêt le diaphragme et le foie, atteinte çà et là; avec l'ulcère simple ou carcinomateux de l'intestin, l'inflammation se propage soit à l'aide du ligament hépatoduodénal, soit à partir de la petite courbure de l'estomac, et en suivant le ligament coronaire du foie jusqu'à la capsule de cet organe. Par le premier mode de propagation, l'altération pénètre profondément avec la capsule de Glisson jusque dans le parenchyme; par le second, il atteint seulement çà et là les parois de la veine cave et des veines hépatiques.

Souvent l'épaississement de la capsule de Glisson existe sans qu'on en puisse préciser la cause. On voit la veine porte, les veines hépatiques et même les nerfs, entourés d'une gaine épaisse (1) qui les accompagne jusque dans leurs ramifications les plus ténues, et cependant, ni la lumière du vaisseau, ni le parenchyme de la glande ne sont altérés. Jamais, dans de semblables circonstances, je n'ai observé d'une manière évidente la texture granulée du parenchyme. Je ne puis donc partager l'avis de ceux qui font dériver la cirrhose du foie de l'épaississement de la capsule de Glisson. Cependant, l'altération qui nous occupe exerce assez souvent un effet préjudiciable sur la veine porte. Maintes fois j'ai trouvé alors le tronc et les branches de ce vaisseau dilatés, tandis que la membrane interne de ses petites ramifications,

(1) J'ai vu une fois, dans la capsule de Glisson, du pus desséché et d'aspect caséiforme, chez un individu qui succomba au milieu de symptômes fébriles, de perte d'appétit, d'une toux courte et sèche, et d'accidents typhoïdes, mais sans, toutefois, pendant la vie, aucune lésion locale ait été découverte. Cruveilhier a trouvé le tissu cellulaire qui entoure la veine porte, infiltré de pus; il existait de petits abcès le long des vaisseaux du mésocolon et du mésorectum. Dans ce cas, l'inflammation de la gaine des vaisseaux s'était propagée, à partir de points éloignés, jusque dans l'intérieur du foie dont la substance glandulaire était restée intacte.

devenue rugueuse et brune, nous attestait ainsi l'envahissement de l'état morbide. Le système capillaire (fig. 43) était détruit dans une étendue notable, le parenchyme atrophié avait disparu. (Voy. *Atrophie chronique*, p. 214, *Observation XXIII.*)

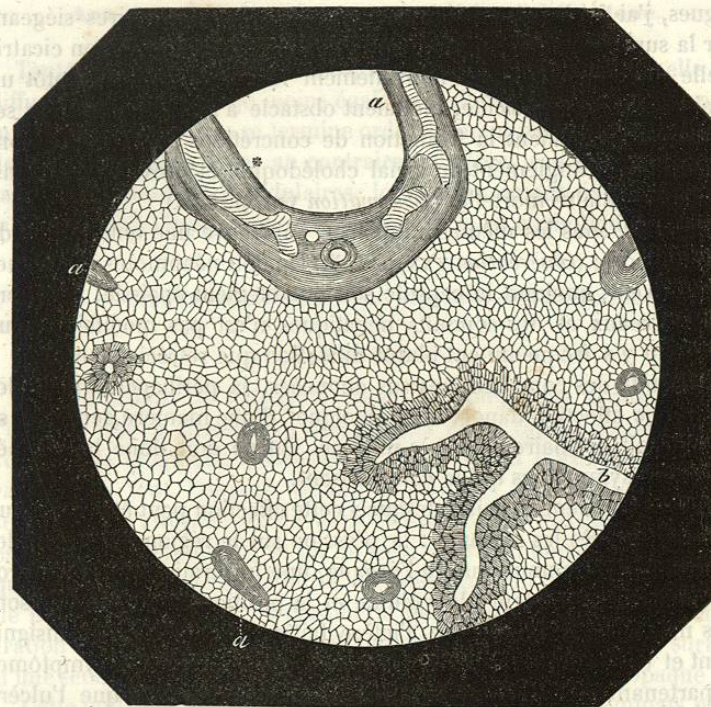


Fig. 43.

Nous avons trouvé une fois le travail pathologique encore bien plus prononcé aux dépens de la veine cave et des branches des veines hépatiques. Dans ce cas, l'inflammation s'était propagée de la membrane qui recouvre le diaphragme jusqu'aux parois des vaisseaux, et elle avait déterminé une oblitération des branches les plus petites des veines hépatiques. La paroi interne de la veine cave était plissée, et ses plis étaient réunis çà et là par des adhérences celluluses. Dans les veines hépatiques notablement épaissies, on découvrit un thrombus d'un gris jaune, fortement adhérent au vaisseau dont il obstruait presque entièrement la lumière; quelques branches même de ces veines étaient complètement oblitérées. (Voy. *Atlas*, pl. XIII, fig. 4 et 5.) Ce cas, que nous décrivons explicitement au chapitre des *Ma-*



*ladies des vaisseaux du foie*, se termina par la mort, et fut accompagné des symptômes propres à l'oblitération de la veine porte. Le bord postérieur du foie était intimement uni au diaphragme par des couches de tissu conjonctif épaisses et résistantes. Dans des circonstances analogues, j'ai été à même d'observer des états inflammatoires siégeant sur la surface concave du foie, qui, par suite de la rétraction cicatricielle du tissu conjonctif nouvellement formé, causaient tantôt un tiraillement de la vésicule, mettaient obstacle à l'évacuation de la sécrétion, et amenaient la formation de concrétions; tantôt occasionnaient un étranglement du canal cholédoque, et provoquaient ainsi une stase biliaire mortelle. (*Observation VIII*, p. 131.)

Une fois, sous les mêmes influences, j'ai trouvé une oblitération de la veine porte. (*Observation XXX*, p. 225.) On doit néanmoins remarquer que souvent, quoique la capsule soit notablement épaissie, le calibre des vaisseaux et des conduits hépatiques n'est pas modifié, et que même, il y a fréquemment plutôt dilatation que rétrécissement.

Par suite des complications sus-énoncées, la périhépatite peut devenir une affection dangereuse, quoique, d'une manière générale, sa gravité soit ordinairement très-minime. On ne doit donc jamais négliger les symptômes qui la caractérisent.

Les phénomènes à l'aide desquels cette affection peut être reconnue sont à peu près les suivants : la pression sur la région hépatique, les mouvements communiqués à l'organe, une inspiration profonde provoquent de la douleur; le volume et la position de l'organe ne sont pas modifiés (1). D'habitude, l'ictère fait défaut, ou bien est insignifiant et de courte durée. En outre, il y a coexistence des symptômes appartenant aux maladies ayant servi de causes, telles que l'ulcère simple ou cancéreux de l'estomac, la pleurésie droite, etc., etc. Rarement on observe une excitation fébrile du système vasculaire. Dès que la veine porte, les veines hépatiques et les conduits biliaires sont intéressés, on voit apparaître les symptômes qui caractérisent les affections des vaisseaux hépatiques, ceux de l'atrophie chronique ou de la stase de la bile.

*Traitement.* — Les saignées locales, les cataplasmes chauds, le calomel, les sels neutres, le repos, un régime sévère, et l'observation attentive des indications provenant des causes; tels sont les procédés les meilleurs pour combattre cette forme d'inflammation du foie. Quant aux affections secondaires qui en dérivent, elles exigent, sui-

(1) De même que l'empyème du côté droit, les collections purulentes enkystées entre le diaphragme et le foie repoussent cette glande en bas.

vant leur nature, un traitement particulier qui du reste est presque toujours impuissant.

#### Art. 2. — Inflammation du parenchyme hépatique.

Tantôt elle est circonscrite et répartie en foyers isolés, tantôt elle est diffuse et s'étend plus ou moins également dans tout l'organe. La première des deux formes se termine ordinairement par la suppuration et des abcès; la deuxième, au contraire, entraîne, soit une dissolution rapide des éléments glandulaires, le ramollissement et l'atrophie de la glande, soit l'induration et la dégénérescence cirrhotique.

#### § 1<sup>er</sup>. — INFLAMMATION DIFFUSE DU FOIE (*Hepatitis diffusa, parenchymatosa*).

##### A. Forme aiguë.

Déjà, à propos de l'atrophie aiguë du foie, nous avons formulé l'opinion que la dissolution des cellules et la rapide diminution du volume de la glande provenaient d'un travail d'exsudation généralisé dans tout l'organe. Quand la période d'exsudation est passée, et que l'atrophie existe déjà, l'existence de l'exsudat lui-même est difficile à démontrer, et on ne peut guère en découvrir la preuve que là où persiste le stade initial de l'affection. On trouve alors, à côté de points hyperhémisés, la périphérie des lobules imbibée d'une infiltration grisâtre, tandis qu'un fluide albumineux sourd à la surface d'une section de la glande, et que la capsule est rugueuse et opaque (1).

Cette infiltration du parenchyme hépatique par des albuminats n'entraîne pas toujours une diminution rapide du volume de la glande, une atrophie aiguë; dans deux cas (*Observations XLIX et L*), j'ai trouvé l'organe hypertrophié, dans un autre cas, ses dimensions étaient à peine modifiées, mais en revanche, il était extrêmement ramolli. (*Observation LI*). Du reste, il est toujours possible de constater la destruction des cellules.

L'existence ou l'absence de l'atrophie dépend, soit de la période où la maladie est devenue fatale, soit de l'état dans lequel était le foie quand l'infiltration a commencé à se produire. En effet, la dégénérescence grasseuse et l'hypertrophie de la charpente conjonctive de l'organe, modifient essentiellement, ainsi que les *observations XLIX et L* nous l'ont montré, les résultats anatomiques.

(1) Voyez la description détaillée donnée page 187, et l'*Atlas*, pl. III, fig. 1.