

pour les expliquer. La première, dont LEYDEN surtout s'est fait le défenseur, admet comme cause de l'ictère grave, la *cholémie*, c.-à-d. la résorption et l'accumulation des éléments constitutants de la bile, principalement des acides biliaires, dans le sang. Cette accumulation est d'autant plus forte que la sécrétion rénale est diminuée du chef de l'ictère. Cette théorie de la « cholémie » est controuvée, puisque le grave complexe symptomatique susdit peut se rencontrer, en dehors de tout ictère intense par stase.

TRAUBE estime que l'*anémie* du cerveau qui succède aux troubles graves de la nutrition est la cause principale des accidents nerveux, opinion à laquelle Cohnheim s'est rallié dans des termes un peu modifiés.

L'explication que nous croyons se rapprocher le plus de la vérité, a été donnée par FRERICHS. Il a créé le terme d'*acholie* pour désigner l'appareil symptomatique en question et en recherche la cause dans l'influence toxique qu'exercent certaines substances accumulées dans le sang (et dans les tissus) et qui dans les circonstances normales fournissent les matériaux aux dépens desquels le foie fabrique de la bile. Au surplus, cette théorie, comme FRERICHS l'avait suggéré lui-même et à laquelle, selon nous, il faut attacher une valeur particulière, ne doit pas seulement s'appliquer à la fonction biligénique du foie, mais aussi à toutes les autres métamorphoses dont il est le théâtre (uropoèse). D'ailleurs, il est très possible qu'*indépendamment* de l'« acholie », l'intoxication cholémique joue parfois aussi un rôle.

La *terminaison* de la cholémie ou de l'acholie est presque inmanquablement aussi funeste que celle de l'atrophie jaune aiguë du foie. Disons encore que dans les cas de l'espèce on trouve communément dans le foie, outre les autres altérations anatomiques, une dégénérescence graisseuse avancée des cellules hépatiques.

CHAPITRE SEPTIÈME.

ICTÈRE DES NOUVEAU-NÉS.

Chez les enfants, du deuxième au quatrième jour après la naissance, on voit souvent la couleur rosée normale de la peau faire place à une teinte manifestement jaune, ictérique, qui se montre principalement à la face et au tronc, et à un moindre degré aux extrémités. Cet état ne coïncide pas avec d'autres désordres généraux ou des troubles digestifs. Cependant, on peut considérer comme règle que l'ictère des nouveau-nés se déclare plus fréquemment chez les enfants faibles que chez les enfants forts. Cette coloration disparaît presque toujours après une ou deux semaines, sans laisser de traces. L'issue n'est funeste que grâce à quelque complication particulière qui n'a rien à faire avec l'ictère comme tel.

On a discuté beaucoup sur la cause de l'ictère chez les nouveau-nés. Un grand nombre de théories ont été édifiées, dont aucune jusqu'à ce jour n'est acceptée définitivement. Autrefois on inclinait assez à considérer cet ictère comme *hématogène*, c'est-à-dire à admettre que le pigment biliaire était formé aux dépens du pigment sanguin, provenant de la destruction des globules rouges. La *coloration claire (non-ictérique) de l'urine* et la *coloration jaune (bilieuse) des selles* chez les nouveau-nés ictériques, semblaient plaider en faveur de cette hypothèse. Mais des recherches plus précises ont démontré depuis, que dans l'urine ainsi que dans les reins des enfants morts accidentellement au cours de l'ictère, on peut retrouver la matière colorante de la bile. Comme d'autre part il est établi que les transsudats séreux renferment aussi des *acides biliaires*, on est actuellement autorisé à dire que l'ictère des nouveau-nés est un *ictère par stase* ou un *ictère hépatogène*. Mais on n'est pas encore fixé sur le mode de formation de cette stase biliaire. Peut-être n'est-ce que la faiblesse originelle des forces expulsives des voies biliaires et leur étroitesse, ou une oblitération passagère de ces conduits par une desquamation épithéliale, etc. qui occasionnent la rétention de la bile et la production de l'ictère. BIRCH-HIRSCHFELD a démontré qu'après la naissance il se produit facilement une hyperémie veineuse considérable du foie et partant de l'œdème de la capsule de Glisson avec compression des canalicules hépatiques interlobulaires. Il faut considérer encore, circonstance sur laquelle HOFMEIER a appelé l'attention, que, selon toute apparence, pendant les premiers jours qui suivent la naissance, il s'opère une sécrétion relativement considérable de bile, sous l'influence d'une destruction plus abondante d'hématies.

Pour finir, rappelons en passant que dans des cas très rares on a constaté une *oblitération congénitale complète* ou même une *absence totale des grandes voies biliaires*. La conséquence de cette anomalie, c'est la manifestation d'un ictère intense peu après la naissance, et qui ne rétrocede pas. Ces enfants meurent sans exception au bout de quelques semaines après avoir subi un amaigrissement général très prononcé.

CHAPITRE HUITIÈME.

SYPHILIS DU FOIE.

Étiologie et anatomie pathologique. Les affections syphilitiques du foie se rencontrent aussi bien dans la syphilis congénitale que dans la syphilis acquise. La *syphilis congénitale du foie* se présente à l'état de petites cellules et sous forme d'infiltration diffuse ou de foyers disséminés. Quand

les altérations sont étendues, le foie est manifestement agrandi et induré ; dans d'autres cas, le tissu cellulaire de nouvelle formation se rétracte, d'où suit que l'organe se rapetisse et se couvre de rugosités. Dans la syphilis héréditaire on observe parfois quelques gomme hépatiques de grande dimension.

Les modifications qui s'opèrent dans le foie par suite de la *syphilis acquise*, appartiennent à la période dite *tertiaire* de la maladie et ne se développent d'ordinaire, au moins à un haut degré, qu'un certain ou un grand nombre d'années après l'infection primitive. Au point de vue de la forme, on distingue également l'*hépatite syphilitique diffuse* et la *gomme* circonscrite (syphilome). La première ne s'écarte pas essentiellement, au point de vue anatomique, de la cirrhose commune. La seconde, au contraire, constitue le type le plus caractéristique et cliniquement le plus important. Les nodosités gommeuses, prises à part, peuvent atteindre la dimension d'une pomme et plus encore. La surface convexe du foie, surtout le voisinage du ligament suspenseur, puis les environs du hile du foie (capsule de Glisson), semblent être des lieux de prédilection des néoplasies syphilitiques. Dans la plupart des cas d'amphithéâtre, les gomme sont déjà entrées dans la période de rétraction. Alors le foie est le plus souvent réduit de volume, creusé de scissures et de profonds sillons (*foie lobulé*). Ces parties rétractées sont formées de travées cicatricielles d'un tissu connectif dense, au milieu desquelles on reconnaît encore des débris nécrosés et caséux, ou la gomme proprement dite. A côté se voient souvent des nodosités gommeuses non altérées. Les petits rameaux, parfois aussi les grosses branches de l'artère hépatique et de la veine-porte, présentent les altérations évidentes de l'*endarterite syphilitique*.

Symptômes cliniques et marche de la maladie. Les altérations syphilitiques circonscrites du foie sont souvent exemptes de symptômes. C'est seulement quand le mal a pris assez d'extension, ou que d'aventure il s'est placé de manière à entraver considérablement la circulation-porte, que se déroule un tableau morbide qui, pour des motifs faciles à comprendre, doit complètement concorder dans ses traits essentiels avec la cirrhose commune. Du moment que, grâce au processus rétracteur de la syphilis hépatique, un grand nombre de rameaux de la veine-porte s'oblitérent, ou qu'une gomme accidentellement située au hile du foie comprime le tronc principal de la veine, on voit se dessiner les conséquences nécessaires de toute stase du système-porte, notamment l'*ascite* et la *tumeur splénique*. En outre l'appétit et le travail digestif sont compromis par suite des troubles circulatoires qui affectent le tractus gastro-intestinal. L'*ictère* en cas de foie syphilitique est, comme l'expérience l'apprend, un phénomène rare, néanmoins il peut se montrer quand de gros conduits biliaires

ou de petits canalicules en grand nombre sont compris d'une manière ou de l'autre dans les processus anatomiques.

L'*examen du foie* donne des résultats différents d'après la nature et la période de l'affection. Parfois on perçoit à travers la paroi abdominale de grosses gomme sous forme de tumeurs manifestes ou d'hémisphères aplatis. On palpe aussi quelquefois le rebord inférieur, ordinairement arrondi, du foie hypertrophié. Dans d'autres cas enfin on sent des bosselures et des proéminences isolées. Les données fournies par la *percussion* dépendent nécessairement des dimensions de l'organe.

Il est à remarquer que le foie syphilitique occasionne souvent (mais pas toujours) de vives *douleurs*, qui tantôt sont répandues dans toute l'étendue de l'organe, tantôt ne se font sentir qu'en des endroits circonscrits. En ce cas l'organe est parfois très sensible à la pression.

La *marche* de la maladie est ordinairement lente et s'étend à plusieurs années. Les lésions anatomiques existent vraisemblablement depuis longtemps, avant d'éveiller des manifestations cliniques. Comme dans la cirrhose c'est l'*ascite* qui, dans le foie syphilitique, constitue le premier symptôme qui attire l'attention des malades. On observe plus souvent que dans la cirrhose commune des améliorations et des haltes passagères. Cependant l'*issue* finale est funeste dans la plupart des cas à lésions anatomiques étendues.

Le **diagnostic** de la syphilis hépatique n'est pas toujours aisé ni assuré. D'ordinaire, l'ensemble des symptômes (modifications objectives au foie, ascite, tumeur splénique) permet de diagnostiquer une affection du foie, mais la détermination de sa nature intime reste souvent douteuse. Il est clair qu'il faut avant tout s'en rapporter aux *données étiologiques*. S'agit-il d'un buveur endurci, on songera tout d'abord à la forme commune de la cirrhose. Mais si le commémoratif relate une vérole antécédente et qu'en même temps on découvre des indices avérés de la syphilis (exostoses, cicatrices dans l'arrière-bouche, etc.) il va sans dire que l'hypothèse d'une affection syphilitique du foie s'impose. Parmi les symptômes spéciaux, il faut, dans l'idée de l'existence du foie syphilitique, avoir égard aux *grosses* inégalités de la surface du foie (à l'opposé des granulations plus fines de la cirrhose commune) et éventuellement aux douleurs violentes qui ont pour siège la région hépatique. Il importe en outre de considérer que la syphilis hépatique a d'ordinaire une durée beaucoup plus longue que la cirrhose commune.

Traitement. En présence du diagnostic certain et même du simple soupçon de l'existence d'un foie syphilitique, on commencera toujours par faire l'essai du *traitement spécifique* (mercuriaux, et de préférence l'iode)

de potassium). Mais on ne s'attendra à un résultat avantageux que pour autant que l'affection se trouve encore dans la période de formation gommeuse. Le traitement n'a plus d'influence sur les rétractions cicatricielles ; — et ce sont elles précisément qui donnent lieu aux symptômes cliniques. C'est pour cela qu'en général le traitement anti-syphilitique ne réussit guère dans les phases avancées de la maladie.

Nous renvoyons à l'article cirrhose pour tout ce qui concerne le *traitement symptomatique*.

CHAPITRE NEUVIÈME.

CANCER DU FOIE ET DES CONDUITS BILIAIRES.

Étiologie et anatomie pathologique. Si le *cancer primitif* est très rare dans le foie, les *productions cancéreuses secondaires et métastatiques* de cet organe se présentent à l'observation dans une proportion considérable. La cause en réside surtout dans la *lenteur du courant sanguin* à travers le foie, lenteur qui facilite évidemment l'arrêt des germes cancéreux charriés par le sang.

Les *carcinomes secondaires du foie* peuvent se développer à la suite de tout cancer primitif d'un autre organe quelconque. On les observe de préférence cependant quand le cancer primitif siège dans un organe relevant du domaine du système-porte, notamment à la suite des carcinomes primitifs de l'estomac, de l'intestin (gros intestin, rectum), de l'œsophage, du pancréas, etc. Dans quelques circonstances on peut directement remonter aux radicules de la veine-porte qui ont donné accès à la végétation néoplasique et admettre, à bon droit, que le courant métastatique est parti de là. Les carcinomes secondaires du foie sont quelquefois en nombre considérable. Ils occupent tantôt l'intérieur, tantôt la superficie de l'organe. Dans ce dernier cas, ils forment des éminences aplaties dont le centre est parfois légèrement déprimé (*ombilic cancéreux*). Quand la végétation cancéreuse est abondante, le foie est souvent agrandi dans tous ses diamètres et remplit une grande partie de la cavité de l'abdomen.

Comme nous venons de le dire, le *cancer primitif du foie* est très rare. On le rencontre tantôt sous forme de *gros noyaux isolés*, tantôt à l'état d'*infiltration diffuse* qui envahit une grande partie de l'organe. Eu égard à leur structure histologique, les carcinomes primitifs sont à cellules cylindriques et naissent probablement de l'épithélium des petits conduits biliaires, et aussi, selon quelques auteurs, des cellules hépatiques elles-mêmes.

Les *cancers primitifs des grands canaux biliaires* sont plus fréquents que ceux du foie proprement dits et ont par conséquent une plus grande importance clinique. Dans la *vésicule biliaire* comme dans les grands conduits de la bile (canal cholédoque), on rencontre le cancer primitif qui donne lieu à de nombreux transports métastatiques dans l'intérieur du foie.

Nous avons peu de chose à dire sur l'*étiologie*. Comme le cancer en général, celui du foie atteint de préférence les personnes d'un *âge avancé* (40 à 60 ans). On n'en connaît pas les causes occasionnelles. Parfois on a cru reconnaître une tare héréditaire. Souvent aussi les *calculs biliaires* semblent avoir donné l'impulsion à la formation du carcinome.

Symptômes et marche de la maladie. Diagnostic. Le foie peut être envahi par de grosses nodosités centrales et cachées dans sa profondeur, et même par une infinité de petits noyaux qui ne se révèlent par aucun symptôme clinique quelconque. S'agit-il d'un carcinome primitif existant positivement dans un autre organe (surtout dans l'estomac), il faut toujours songer à la *possibilité* de métastases cancéreuses dans le foie. Mais on ne peut les admettre qu'après que l'examen objectif y a fait découvrir des altérations évidentes. On est autorisé cependant à en présumer l'existence quand se manifestent des phénomènes de compression de la veine-porte ou des grandes voies biliaires (l'ascite et le gonflement de la rate d'une part, l'ictère de l'autre).

À la *palpation du foie*, on perçoit manifestement dans beaucoup de cas de carcinome une ou plusieurs tumeurs. On détermine le point de départ de la tumeur en la localisant dans la région hépatique et en démontrant qu'elle fait corps avec le foie, dont on circonscrit les limites à l'aide de la percussion et par la perception de son rebord inférieur. En outre, un signe caractéristique de presque toutes les tumeurs émanant du foie, c'est qu'elles sont animées d'un mouvement de *glissement respiratoire* manifeste, puisqu'à chaque abaissement inspiratoire du diaphragme elles sont portées vers le bas, concurremment avec le foie. La *percussion* au niveau de la tumeur hépatique donne presque toujours un son complètement mat (à l'opposé de beaucoup de tumeurs appartenant à l'estomac).

La donnée clinique la plus probante est fournie par le foie, dans les cas rares où il est le siège de nombreux noyaux cancéreux. Alors l'organe est considérablement *augmenté* de volume. Parfois on voit se dessiner à travers la paroi abdominale flasque et atrophiée, une grande saillie lobulée qui occupe la région hépatique et s'étend vers le bas jusqu'à la ligne de l'ombilic et même au delà. À la palpation, presque toute la face antérieure du foie est couverte de nodosités, de la grosseur d'une noix jusqu'à celle d'une pomme. Le bord inférieur est parfois nettement perceptible et présente