

et au microscope on y découvre quelquefois de petits feuilletés stratifiés et quelques crochets. Toutefois l'absence d'éléments figurés caractéristiques n'est pas un argument certain *contre* les échinocoques. Sous le *rapport chimique*, la présence d'*acide succinique* et de *sucre* dans le liquide est peut-être un point à utiliser pour le diagnostic.

Très souvent, le diagnostic différentiel entre les échinocoques du foie et d'autres affections de cet organe est difficile et on ne sait le formuler qu'en prenant en considération l'ensemble des circonstances (étiologie, l'âge du malade, la fièvre, la forme de la tumeur, au besoin la ponction exploratrice, etc.). Des hydatides volumineuses qui ont envahi la cavité de la plèvre peuvent donner le change pour un exsudat pleurétique.

**Traitement.** Comme l'administration des remèdes internes, — l'*iodure de potassium* et les *préparations mercurielles* — qui sont particulièrement recommandées, est d'une efficacité douteuse, il n'y a que le *traitement chirurgical* qui ait quelque chance de succès. Cependant il n'est pas tout à fait exempt de danger et ne doit par conséquent être entrepris qu'au cas où des malaises considérables et des symptômes morbides graves rendent l'intervention réellement nécessaire. Vu que, pour ce qui concerne les détails des nombreux procédés opératoires qu'on a préconisés, nous renvoyons aux traités de chirurgie, nous pouvons nous borner à remarquer ici que la *simple ponction* avec évacuation du contenu kystique a parfois des résultats durables. Le kyste s'oblitére et la guérison complète s'ensuit. Dans quelques cas on a fait suivre la ponction d'une *injection de teinture d'iode* dans la poche hydatique. La plupart des autres méthodes ont pour but de provoquer l'adhésion du sac à la paroi abdominale antérieure et puis d'ouvrir et de vider. A la clinique chirurgicale de Leipzig on préfère, et avec chance de succès, ouvrir lentement le sac à l'aide de la pâte caustique de chlorure de zinc, qui, à la faveur de l'inflammation adhésive qu'elle produit, unit la paroi kystique à la paroi abdominale. La méthode de SIMON consiste à plonger plusieurs trocarts à quelque distance les uns des autres, et à les laisser en place jusqu'à ce qu'il s'établisse une adhérence entre la poche d'échinocoques et la paroi du ventre. Après, on réunit les points ponctionnés par une incision, on vide le sac, on le lave, on le désinfecte et on l'amène ainsi petit à petit à la guérison.

## CHAPITRE ONZIÈME.

### TROUBLES DE CIRCULATION DANS LE FOIE.

1. L'*anémie* du foie qui, dans son expression la plus élevée, n'est qu'un élément d'une profonde anémie générale, n'a pas de valeur clinique appréciable.

2. L'*hyperémie veineuse par stase* du foie (engorgement passif du foie) est un état plus fréquent et plus important qui se rencontre dans toutes les maladies donnant lieu à un trouble général de la circulation. On observe le plus souvent la stase veineuse du foie dans les *affections du cœur* (surtout dans les affections mitrales), puis dans l'*emphysème pulmonaire*, dans la *sclérose pulmonaire* chronique, etc. Le foie est augmenté de volume et gorgé de sang. Comme les veines hépatiques occupent le centre des acini, il en résulte que le milieu des lobules hépatiques a une teinte foncée particulière, tandis qu'à leur périphérie ils présentent un aspect plus clair et parfois jaune, à cause de l'infiltration graisseuse des cellules. De là vient que la surface de section du foie offre ces nuances panachées qui ont donné naissance à la désignation de *foie muscade*. Si la stase sanguine dure longtemps, elle provoque, surtout au centre des acini, une atrophie notable des cellules hépatiques, qui fait que le foie se réduit dans tous ses diamètres et que sa surface se couvre de granulations (*foie muscade atrophique*).

Les *signes cliniques* de l'engorgement veineux du foie sont principalement fournis par l'agrandissement de volume de l'organe. Si, au cours d'une affection chronique du cœur, de l'emphysème pulmonaire et d'autres états analogues, se développe un engorgement veineux du foie, la *matité hépatique* s'étend, et souvent le bord inférieur de l'organe ainsi qu'une partie de sa surface antérieure deviennent manifestement accessibles à la palpation. Dans les cas prononcés, le foie déborde de près d'un travers de main le rebord costal droit. Parfois la congestion veineuse du foie est accompagnée d'un *ictère* léger ou assez intense. Ce dernier résulte probablement de la pression exercée sur les canalicules biliaires de l'intérieur du foie par des vaisseaux sanguins dilatés. Comme il a été dit plus haut, ce teint particulier, formé du mélange de la coloration ictérique avec la nuance cyanotique de la peau, est caractéristique d'un grand nombre d'affections cardiaques.

Souvent aussi l'engorgement veineux du foie, quand il est considérable, produit des *malaises subjectifs* manifestes. Les malades éprouvent, dans la région hépatique, un sentiment de pression et de pesanteur qui prend les caractères d'une douleur véritable, quand la capsule est fortement distendue.

Le pronostic et le traitement de l'engorgement veineux du foie dépendent naturellement de la nature de la maladie fondamentale.

3. Nous n'avons que peu de données certaines sur l'*hyperémie active* (hyperémie congestive) du foie, qui jadis jouait un rôle important à titre d'élément constitutif de la « pléthore abdominale ». On suppose l'existence d'une hyperémie de cette nature chez les personnes qui se livrent aux plaisirs de la table et mènent en même temps une vie sédentaire, rarement interrompue par des exercices corporels. Dans ces conditions, la congestion passagère du foie qui a lieu à chaque digestion, se transforme souvent en une hyperémie continue, laquelle se traduit par un agrandissement du foie, des sensations douloureuses dans l'hypocondre droit, des troubles digestifs et une coloration sub-ictérique intercurrente de la peau, etc. Cet appareil symptomatique se rencontre en effet très fréquemment dans la pratique ; cependant il est assez difficile de séparer nettement l'hyperémie active du foie, de divers états morbides conduisant à des manifestations similaires (catarrhe chronique de l'estomac et de l'intestin, hypertrophie et désordres fonctionnels du cœur avec engorgement veineux du foie, foie gras, cirrhose hépatique commençante, etc.).

On attribue aussi un rôle important dans la production de l'hyperémie active du foie à l'usage des substances qui exercent une action particulièrement « irritante » sur cet organe. Il faut ranger dans cette classe diverses épices, le café et surtout l'alcool.

Signalons encore l'hyperémie parfois considérable du foie qui se déclare dans beaucoup de *maladies infectieuses aiguës*, notamment dans les formes malariales graves des pays méridionaux, dans le typhus, etc.

Enfin, des hyperémies hépatiques se produisent à la suite de la *suppression de diverses hémorrhagies*, surtout des hémorrhagies menstruelles et hémorrhoidales. Cependant les faits avancés à l'appui de cette hypothèse sont tous d'une interprétation douteuse. Bornons-nous à dire que l'ictère qu'on observe dans quelques cas de menstruation supprimée ou diminuée (*jaunisse menstruelle*) a été mis sur le compte d'une hyperémie vicariante du foie.

Comme cela se comprend, il n'y a pas moyen d'établir de règles générales sur la *marche* et la *durée* de l'hyperémie active du foie. Le *traitement* de ces formes d'hyperémie hépatique que nous venons de signaler chez les gens vivant plantureusement, consiste avant tout à observer un régime rigoureux, à faire beaucoup d'exercice au grand air (équitation) et à user de dérivatifs (rhubarbe, aloës, cures d'eaux en boisson à Karlsbad, Marienbad, Kissingen, Hombourg, etc.).

## CHAPITRE DOUZIÈME.

### ATROPHIE, HYPERTROPHIE ET DÉGÉNÉRESCENCE DU FOIE.

1. **Atrophie commune du foie.** L'atrophie commune du foie s'observe souvent dans le marasme sénile et dans les états d'inanition provenant des causes les plus diverses. Le foie est diminué dans des proportions plus ou moins considérables et ratatiné sur ses bords. Les acini sont notablement plus petits et les quelques cellules qui survivent sont atrophiées et en même temps fortement pigmentées.

L'atrophie du foie comme telle ne donne pas lieu à des symptômes cliniques particuliers. La réduction de la matité du foie, susceptible à la vérité d'être déterminée par la mensuration, est un symptôme trop équivoque pour qu'on puisse s'en prévaloir en faveur de l'existence de l'atrophie. Peut-être faut-il attribuer une certaine valeur diagnostique à la coloration claire non habituelle des garde-robes qu'on prétend avoir observée et qui dénoterait une diminution de la formation biliaire.

2. **Hypertrophie du foie.** Comme le foie, même dans les conditions ordinaires, présente d'assez grandes variations de volume, la limite au delà de laquelle ses dimensions deviennent anormales ne saurait être précisée. Parfois on trouve à l'autopsie des foies extraordinairement gros qui n'ont provoqué aucun symptôme et au développement desquels on ne peut assigner aucun motif.

Il y a lieu de signaler les hypertrophies du foie qui coïncident avec des maladies déterminées, comme le *diabète sucré*, la *malaria* chronique, la *leucémie* et le *rachitisme*. Les gros foies qu'on observe chez les *buveurs* (*foie des ivrognes*), sont en règle générale des hypertrophies simples. On a décrit également une hyperplasie hépatique qui donne lieu à des élevures sous forme de tumeurs aplaties à la surface du foie.

L'hypertrophie du foie n'est susceptible d'être démontrée par l'examen objectif (percussion et palpation) qu'après qu'on aura, en tenant compte des circonstances étiologiques éventuelles, éliminé les altérations de cet organe qui sont également de nature à en augmenter le volume (dégénérescence amyloïde, induration, etc.).

3. **Stéatose du foie.** On désigne sous le nom de « foie gras » l'*infiltration graisseuse* diffuse, excessivement développée, des cellules du foie. En conséquence, le foie s'élargit en tous sens, il est compact, exsangue et présente aussi bien à l'extérieur que sur la surface de section une coloration jaune uniforme. A l'examen microscopique, les cellules hépatiques, de