

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

préférence celles qui occupent la périphérie des acini, sont remplies de gouttelettes de graisse plus ou moins grandes.

Les causes du foie gras ne sont aucunement tirées au clair. Parfois on le rencontre chez les personnes d'ailleurs chargées d'embonpoint, chez qui il y a lieu de supposer qu'il se fait un apport surabondant de graisse alimentaire au foie. Cependant il arrive que le foie renferme proportionnellement peu de graisse, alors que le pannicule adipeux est épais et que la graisse abonde dans d'autres organes. Chez les *buveurs*, le foie est souvent anormalement gras. Il est étonnant que le foie gras se rencontre chez les *personnes cachectiques*, et tout spécialement chez les *phthisiques*, plus rarement chez les malades affligés de marasme pour une autre cause (cancéreux, enfants atrophés, etc.). Les motifs spéciaux pour lesquels dans ces cas la graisse alimentaire ou celle dérivant d'autres organes et transportée au foie, n'est pas consommée, nous sont inconnus.

Attendu que nous ignorons complètement les troubles fonctionnels qui accompagnent la dégénérescence grasseuse du foie, les *symptômes cliniques* qu'elle fournit se rapportent uniquement à l'augmentation de volume de l'organe. Chez les *phthisiques* en particulier nous pouvons affirmer l'existence certaine de la stéatose hépatique, quand le foie est agrandi d'une manière appréciable et que les autres causes d'agrandissement (principalement la dégénérescence amyloïde) peuvent, d'après toutes les apparences, être éliminées. Si l'on perçoit le bord inférieur du foie adipeux, il est le plus souvent remarquablement obtus et arrondi.

Le traitement de la stéatose hépatique concorde avec celui de la maladie fondamentale.

4. **Dégénérescence amyloïde du foie** (*foie lardacé*). Le foie amyloïde est presque toujours un élément d'une affection amyloïde étendue à plusieurs organes internes (rate, reins, intestins, etc.). Il se développe de préférence au cours de certains états cachectiques, de suppurations de longue durée (carie osseuse, empyème fistuleux, etc.), de la tuberculose pulmonaire chronique, de la vérole constitutionnelle, etc.

La dégénérescence amyloïde donne d'ordinaire lieu à un agrandissement de tous les diamètres du foie. Quand la maladie est prononcée, il peut atteindre près du double de son volume normal. Très ferme et dur au toucher, il a une surface parfaitement unie et son bord inférieur est légèrement mousse. La surface de section présente un aspect caractéristique d'un brun grisâtre, luisant, « lardacé ».

L'examen microscopique fait voir que la dégénérescence amyloïde atteint de préférence les *parois des capillaires hépatiques*, tandis que les cellules mêmes renferment rarement, et seulement en proportion minime, de la matière

amyloïde. Très souvent les cellules du foie sont atrophiées et en partie infiltrées de graisse.

Le diagnostic du foie lardacé se base en première ligne sur l'augmentation de volume de l'organe, constatable par la percussion et la palpation. Souvent on sent parfaitement la fermeté et la dureté d'une grande partie de la surface antérieure du foie et son bord inférieur qui descend quelquefois jusqu'à la ligne de l'ombilic. Mais le diagnostic n'acquiert de certitude que grâce à la présence d'une des maladies fondamentales qu'on sait par expérience être une cause prédisposante de la dégénérescence amyloïde, et à la découverte de cette dégénérescence dans d'autres organes, surtout dans la *rate* (tumeur splénique) et dans le *rein* (albuminurie).

Les autres signes morbides, de même que le pronostic et le traitement, dépendent principalement de la maladie fondamentale préexistante. On trouvera de plus amples détails sur l'affection amyloïde en général, au chapitre de la dégénérescence amyloïde du rein (T. II).

CHAPITRE TREIZIÈME.

ANOMALIES DE FORME ET DE SITUATION DU FOIE.

1. **Foie à empreintes, foie étranglé.** A la suite de la constriction continue subie par le foie de la part de la partie inférieure de la cage thoracique, il se produit souvent à l'endroit comprimé une *atrophie par pression*, qui creuse un profond sillon transversal sur la surface antérieure de l'organe. Cette *empreinte* marque de préférence le lobe *droit*. Elle correspond d'ordinaire au rebord costal inférieur, et la dépression est parfois si profonde qu'elle sépare le foie en deux segments, dont l'inférieur de forme globuleuse ne tient au corps de l'organe que par un mince pédicule. Au niveau de l'étranglement la capsule est presque toujours fortement épaissie. Très souvent on peut faire basculer le segment inférieur en haut comme autour d'une articulation.

Le foie à empreinte se rencontre assez fréquemment chez les *vieilles femmes*, exceptionnellement chez les hommes (par ex. les soldats). A un faible degré il n'est pas reconnaissable pendant la vie et ne produit presque aucun malaise. Les foies fortement étranglés sont en général exempts de symptômes particuliers, mais on les perçoit nettement du dehors quand les parois abdominales sont flasques. Dans ces conditions, les doigts pénètrent dans le sillon transversal et sentent la partie étranglée qui lui fait suite, avec son rebord arrondi. C'est surtout chez les femmes âgées qu'il faut