

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 consumée, 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



songer à la possibilité du foie étranglé, parce qu'on pourrait facilement le confondre avec d'autres développements du foie (engorgement par stase, foie lardacé, etc.), même avec des tumeurs.

Dans des cas rares les foies à forte empreinte donnent lieu à des *symptômes cliniques* particuliers. Ils occasionnent une sensation continue de pesanteur et de traction dans la région du foie. Parfois, à la suite d'une stase sanguine, il se produit une turgescence passagère de la partie étranglée, qui s'associe à des douleurs vives et à des symptômes d'irritation péritonéale (vomissements, faible degré de collapsus). Ces malaises se dissipent rapidement par le repos au lit et des applications froides, mais ils sont sujets à récidiver.

**2. Foie mobile.** Le foie mobile est une affection très rare qu'on n'a observée jusqu'ici que chez la femme. La cause de l'affection n'est pas exactement connue. Il est probable que la longueur excessive du ligament suspenseur y est pour quelque chose. Le foie n'occupe plus sa place habituelle, mais est descendu dans les parties inférieures de l'abdomen. Là on le perçoit nettement et par un léger effort exercé de l'extérieur on le ramène facilement dans sa position normale. Il est mobile en tous sens et change de place quand le malade varie de décubitus.

Le plus souvent le foie mobile provoque d'assez *grands malaises* qui consistent en douleurs, en troubles digestifs, etc. Cet état n'est susceptible d'amélioration que si l'on parvient, par un bandage bien adapté, à maintenir dans sa position normale le foie réduit.

## CHAPITRE QUATORZIÈME.

### PYLÉPHLÉBITE SUPPURATIVE.

(Inflammation purulente de la veine-porte et de ses branches.)

**Étiologie.** La pyléphlébite purulente n'est que par exception une maladie primitive et autonome. Dans la plupart des cas, elle naît par *propagation* à la paroi veineuse d'une *inflammation purulente du voisinage*. Il est rare que le tronc principal de la veine-porte soit directement atteint. Le plus souvent l'inflammation part des rameaux hépatiques ou des racines de la veine-porte et de là se communique au tronc de ce vaisseau.

On observe le plus fréquemment la pyléphlébite purulente à la suite d'*abcès pérityphlitiques*, l'inflammation ayant gagné une veine mésentérique d'où elle se continue plus loin. D'une façon tout à fait analogue, quoique avec moins de fréquence, se développe la pyléphlébite qui a pour

point de départ un *ulcère de l'estomac*, des *processus ulcéreux de l'intestin*, surtout du gros intestin (dysenterie), des *abcès de la rate*, puis des foyers purulents situés au *hile du foie* et dans le *foie* même (abcès calculeux).

Les *enfants nouveau-nés* présentent une forme particulière de pyléphlébite. Ici l'inflammation provient de la *veine ombilicale*, et il est à peine nécessaire de faire remarquer que la cause de l'inflammation doit être recherchée dans une infection septique de la plaie ombilicale.

Dans quelques cas on a constaté que la cause de l'inflammation de la veine-porte réside dans la pénétration de la veine par un corps étranger dégluti (par ex. une épingle). Il va sans dire que ce sont les bactéries adhérentes au corps étranger qui constituent à proprement parler les agents d'inflammation.

**Anatomie pathologique.** Au point où la paroi veineuse est enflammée le vaisseau est plus épais, le tissu cellulaire ambiant est quelquefois infiltré de pus et parsemé de petites ecchymoses. En incisant la veine on voit que la tunique interne est trouble et parfois ulcérée superficiellement. La lumière du vaisseau est remplie de masses thrombotiques, pour la majeure partie transformées en débris purulents qui s'écoule hors de la veine à l'état d'un liquide putride ou sanieux à odeur fétide. On se représente la succession des phénomènes, en admettant que l'inflammation commence par attaquer la paroi veineuse. L'inflammation amène la coagulation du contenu vasculaire. La pénétration des bactéries dans le thrombus donne lieu à la « fonte purulente » de ce dernier.

La marche envahissante de la pyléphlébite diffère naturellement selon les cas. Du thrombus se détachent de petites particules qui pénètrent dans le *foie* et y provoquent des *abcès métastatiques*. Après le *foie*, les *poumons*, les *reins*, le *cerveau*, les *articulations*, etc. sont atteints d'inflammations secondaires, de façon qu'on voit se dérouler le tableau anatomique complet de la *pyémie généralisée*.

**Symptômes cliniques et marche de la maladie.** La maladie primitive qui sert de point de départ à la pyléphlébite, pouvant être de nature diverse, une description adéquate de l'inflammation purulente de la veine-porte n'est pas possible. Néanmoins, cette dernière est souvent accompagnée d'un cortège de symptômes, qui, la maladie fondamentale étant connue, facilitent le diagnostic de cette complication, au moins dans quelques cas.

Les *symptômes de la pyléphlébite suppurative* sont pour une part en rapport direct avec la maladie locale ; pour le reste ils sont la conséquence de la pyémie généralisée concomitante. Aux *symptômes locaux* appartient la *douleur à l'épigastre*, qui manque rarement. Cette douleur s'irradie dans les parties inférieures et latérales de l'abdomen, d'après l'endroit où surgit