

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.

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

Art. I. — 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 c'est, par exception seulement, qu'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-rars.

I. — Causes.

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 pénètre, d'habi-

(1) Andral (*Cliniq. médic.*, Paris, 1840, 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.

tude, 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, ou quand il est le siège d'une induration simple ou cirrhotique, on trouve la plupart du temps son enveloppe épaissie et liée, par de nombreuses adhérences de tissu conjonctif, aux parties voisines, telles que le diaphragme, la paroi costale et l'intestin. Cet état est bien prononcé avec le cancer et les échinocoques ; cependant ceux-ci acquièrent parfois un volume considérable sans provoquer d'épaississement ni d'adhérence 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 hépatoduodéal, 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

(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, que, 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 mésoectum. 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. (*Traité d'anatomie pathologique générale*. Paris, 1862, t. IV, p. 455. *Inflammations purulentes.*)

le tronc et les branches de ce vaisseau dilatés, tandis que la membrane interne de ces petits ramifications, devenue rugueuse et brune, nous attestait ainsi l'envahissement de l'état morbide (*fig. 52*).

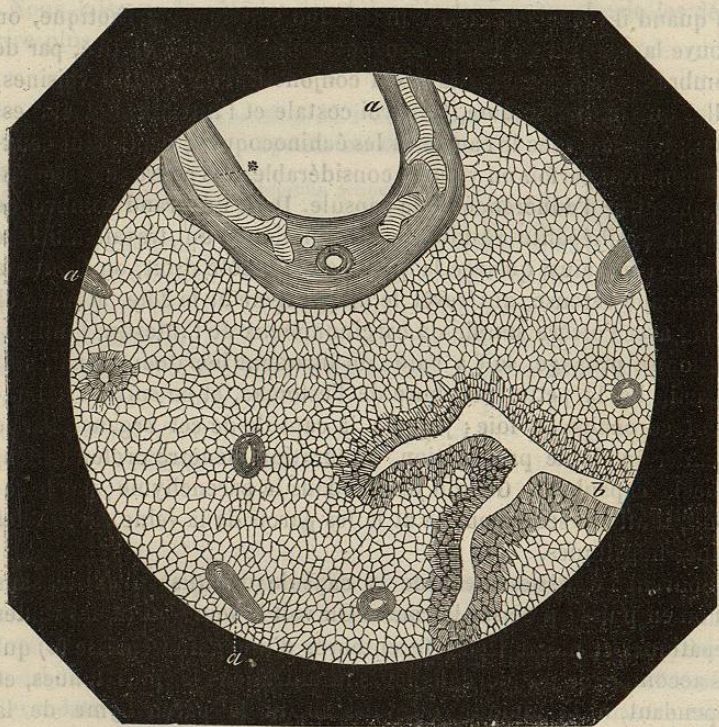


Fig. 52. — Épaississement de la gaine de Glisson. — *aa*, branches de la veine porte. *, artères de la gaine. — *b*, veine hépatique.

Le système capillaire était détruit dans une étendue notable, le parenchyme atrophie avait disparu (Voy. ATROPHIE CHRONIQUE, *Observations 70.*)

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 épais-

sies, on découvrit un thrombus d'un gris jaune, fortement adhérent au vaisseau dont il obstruait presque entièrement la lumière; quelques branches mêmes de ces veines étaient complètement oblitérées (*Atlas*, pl. XIII, *fig. 4 et 5*). Ce cas, que nous décrirons explicitement au chapitre des MALADIES 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, tantôt causaient 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 (*Observ. VIII*, p. 152).

Une fois, sous les mêmes influences, j'ai trouvé une oblitération de la veine porte (*Observ. LXXV*). 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.

Rigal (1) a observé un cas de périhépatite suppurée remarquable surtout par les difficultés du diagnostic.

OBSERVATION XVI. — Un homme de 50 ans qui avait eu antérieurement des ulcères simples de l'estomac, comme l'autopsie le démontra, est pris brusquement, après quelques symptômes de catarrhe intestinal, de frissons, de dyspnée et de douleur vive à l'hypochondre gauche qui se localise bientôt à l'épigastre.

Au quatrième jour, on constate la plupart des signes d'une affection aiguë de l'appareil respiratoire et on diagnostique : une pneumonie centrale du poumon droit, avec bronchite aiguë et congestion pulmonaire. Ce diagnostic semble confirmé les jours suivants par un souffle bronchique bien accusé dans la fosse sous-épineuse droite et une matité plus prononcée.

La douleur à l'épigastre persiste avec une grande violence; cette région se tuméfie et présente un son tympanique à la percussion, les hypochondres sont comme déjetés en dehors. Toute la base de la poitrine est distendue sans qu'on puisse s'expliquer la cause de cette distension.

Le volume du foie est normal; partout la percussion accuse une sonorité très-marquée, partout on entend le murmure respiratoire.

(1) Rigal, *Union médicale*, 7 novembre 1874.

Le seizième jour de la maladie, on entend une respiration amphorique au niveau de l'angle de l'omoplate. Le lendemain on perçoit du tintement métallique et le bruit de flot par la percussion. On conclut à l'existence d'un hydropneumothorax entre la face inférieure du poumon et le diaphragme, dans une cavité limitée par des adhérences.

Le vingtième jour, la paroi abdominale présente de l'induration et on sent une fluctuation profonde; la sonorité qui existe dans le décubitus horizontal, fait place à une matité bien nette quand le malade est assis.

Une ponction faite au centre de la moitié droite de l'épigastre avec l'appareil Potain, fournit 150 grammes d'un pus très-fétide; la pointe du trocart joue librement dans une vaste cavité.

Après deux applications de pâte de Vienne, on pénètre dans le foyer d'où s'écoule une grande quantité de pus fétide, mélangé de gaz. A travers l'ouverture on reconnaît la face convexe du foie; on peut parcourir avec le doigt une partie de la face inférieure du diaphragme et sentir le cœur battre.

Le malade meurt le vingt-deuxième jour.

A l'autopsie, on constate, du côté de la poitrine, une pleurésie sèche généralisée à droite, de la congestion pulmonaire et une péricardite fibrineuse sans épanchement.

Des adhérences très-solides unissent l'estomac à la paroi abdominale et au foie. Ce dernier est lui-même fixé au diaphragme par des fausses membranes qui limitent une vaste cavité étendue d'un hypocondre à l'autre. C'est cette cavité qui a été le siège de la suppuration et on y trouve encore une certaine quantité de pus fétide. Le tissu propre du foie n'est le siège d'aucune altération.

La muqueuse stomacale présente deux cicatrices plissées, anciennes.

Rigal admet que les ulcères de l'estomac ont amené une péritonite adhésive qui a créé la cavité située entre le diaphragme, le foie et l'estomac.

Les difficultés du diagnostic ont tenu à la présence de gaz dans le foyer, donnant lieu à une sonorité qui se confondait en haut avec le son pulmonaire et aux adhérences du foie à la paroi abdominale, empêchant tout refoulement notable de ce viscère.

L'existence d'une grande cavité pleine de gaz au voisinage du poumon, explique comment le léger souffle bronchique résultant de la congestion pulmonaire pouvait prendre le caractère amphorique, et comment un râle muqueux pouvait se transformer en tintement métallique.

II. — Pronostic.

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.

III. — Diagnostic.

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. 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, c'est-à-dire ceux de l'atrophie chronique ou de la stase de la bile.

IV. — 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, suivant leur nature, un traitement particulier, qui du reste est presque toujours impuissant.

Art. II. — Inflammation du parenchyme hépatique.

L'inflammation du parenchyme hépatique est tantôt circonscrite, répartie en foyers isolés, en donnant lieu à la formation d'abcès ou de rétractions cicatricielles, 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, par des abcès; la deuxième, au contraire, suivant qu'elle atteint tous les éléments du tissu glandulaire ou bien qu'elle reste bornée à la charpente celluleuse placée entre les lobules, entraîne, soit une dissolution rapide des éléments glandulaires, le ramollissement et l'atrophie aiguë de la glande, soit l'induration et la dégénérescence cirrhotique.

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