

DE LA DIATHÈSE SYPHILITIQUE DANS LE FOIE. — HÉPATITE SYPHILITIQUE.

Historique. — La doctrine admettant que le foie peut prendre part à la diathèse vénérienne est aussi ancienne que celle de la syphilis même. Sous l'empire des théories galéniques, on croyait que les ulcères syphilitiques procédaient d'une dépravation des humeurs, dont on devait chercher la source dans le foie rendu malade par un principe contagieux volatil. C'est déjà ce que Hutten indique dans son traité sur le gaïac (1). Fallope développe explicitement cette manière de voir (2). Après avoir réfuté les autres opinions, il conclut de la manière suivante : « Si igitur hoc perpetuum est (actiones læsæ et sanguis à statu naturali recedens), ideò necessarium est, hunc morbum afficere fontem foveantem hanc facultatem, et hoc est hepar, in quo, tanquam in propria parte, oritur morbus. » Il se fonde, à ce propos, sur l'avis conforme de Ant. Musa, Brassavolus, Montanus, Ant. Gallus et autres.

A côté de cette théorie d'une affection syphilitique primitive du foie, il s'en produisit presque simultanément une autre, d'après laquelle le foie ne serait affecté que secondairement, par la corruption progressive des humeurs, dont le point de départ est la maladie des organes génitaux. Cette opinion fut soutenue par Cutaneus (3), par Vella (4), et aussi par Alph. Ferro (5), qui s'exprime ainsi : « Quibus infectis (pudibunda scilicet), vitiantur venæ capillares, deinceps magnæ venæ atque arteriæ, nec non et hepar ipsum et reliqua principalia membra. » L'idée de l'affection primitive du foie fut également combattue par Botal, Pétronius (6), Borgarucius, qui dans des autopsies avait trouvé le foie sain ; puis par Mercurialis (7). Paracelse conteste aussi la vérité de cette doctrine, parce qu'il a vu, concurremment avec la syphilis, des lésions exister fréquemment dans divers organes, mais rarement dans le foie. Tout cela n'empêcha point que Ranchin à Montpellier en 1604, J. Keil (8) en 1614 et Jonston (9) en 1655, soutinrent encore que le foie était le foyer propre de la syphilis.

(1) Hutten, *De Guajaco*, cap. III.(2) Fallop. *Tractatus de morbo gallico*, cap. x-xiii.(3) Cutaneus (In Aloysius Lusinus, *De morbo gallico*. Venetiis, p. 151).(4) Vella (*ibid.*, p. 207).(5) Alph. Ferro (*ibid.*, p. 433).(6) *De morbo gallico*, lib. I, cap. xvii.(7) *De medicina practica*, lib IV, p. 470.(8) Keil, Breslau. *Dissert. inaug. de lue venered*, Marpurgi, 1614.(9) *Idea universæ medicinæ practicæ*. Lugdun, 1655.

La question ne put guère être approfondie, que quand on se mit à rassembler soigneusement tous les faits anatomo-pathologiques. Bonnet (1), qui colligea tous les matériaux recueillis jusqu'à lui, et qui rapporte plusieurs cas où le foie était atteint comme d'une gale et de pustules, fait observer que cette sorte de lésion est rare et que l'opinion des auteurs qui font dériver la syphilis d'une altération du foie (de solutâ unitate hepatis), est réfutée par les anatomistes. Morgagni (2) se prononce encore plus fortement dans ce sens ; il affirme qu'il ne se souvient pas d'avoir jamais trouvé le foie malade chez les syphilitiques dont il a fait l'autopsie. Néanmoins, Astruc, Van Swieten et Portal (3) rapporteront plus tard divers cas d'affection syphilitique du foie ; mais ils ne leur donneront pas cette importance excessive, qui avait été, pendant si longtemps, pour les anciens médecins, un sujet de discussions. Postérieurement à ces auteurs, on voit ces sortes de recherches être abandonnées, jusqu'à l'époque encore peu éloignée, où Ricord (4) décrit, dans les poumons, le cœur et le foie, des altérations qu'il compara aux tumeurs gommeuses. Rayer (5) observa également, avec une néphrite albumineuse, des lésions du foie qu'il crut devoir attribuer à la dyscrasie syphilitique. Dans un travail beaucoup plus étendu et plus complet, Dittrich (6) détermina sûrement, pour la première fois, les caractères fondamentaux de l'affection syphilitique du foie, et il donna ainsi l'impulsion à une série de nouvelles recherches qui ont jeté sur ce sujet une vive lumière. Parmi elles nous citerons, ce qu'ont écrit Gubler (7), S. Wilks (8), Bristowe (9), Virchow (10) et plusieurs autres. Quelques auteurs, il est vrai, tels que Bohmer (11) et Vidal (12), mirent en question la nature syphilitique de l'affection du foie ; mais, en faisant même abstraction de leur coïncidence fréquente avec la syphilis, les lésions anatomiques du foie, sous le rapport de leur forme, de leur développement et de leur rétrocession, ont une ressemblance tellement frappante avec les productions syphilitiques

(1) *Sepulchret*. lib. IV, sect. ix.(2) *De sed. et causis morbor*. Venetiis, 1762. Epistol. 58, p. 369.(3) *Maladies du foie*, p. 363.(4) *Cliniq. iconographiq. de l'hôpital des vénériens*.(5) *Traité des maladies des reins*, t. II, p. 486.(6) *Prager Vierteljahrsschrift*, 1849, t. I.(7) *Gaz. medic.* 1852, n° 17, et *ibid.*, 1854.(8) *Transact. of the patholog. Society*, t. VIII.(9) *Ibid.*, t. X.(10) *Archiv für patholog. Anatom.*, t. XV, p. 266.(11) *Zeitschrift für ration. Therapie*, 1853, p. 88.(12) *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1859.

siégeant dans les autres organes, que le doute émis par les auteurs précités n'est nullement justifiable.

La diathèse syphilitique se manifeste dans le foie, sous trois formes différentes : 1° comme hépatite interstitielle simple et comme périhépatite ; 2° comme hépatite gommeuse ; 3° comme dégénérescence cérumineuse, amyloïde ou lardacée du foie. Ces trois formes peuvent exister séparément ou simultanément dans la glande. Laissant de côté, ici, la troisième forme, qui peut être causée par d'autres cachexies que la syphilis et que nous étudierons dans un chapitre spécial, nous traiterons seulement, ici, des deux formes inflammatoires.

Chez certains individus atteints de syphilis constitutionnelle, on trouve à la surface du foie des cicatrices plissées ou rayonnées dont l'aspect est blanchâtre. L'enveloppe de l'organe est habituellement unie par des adhérences solides aux viscères voisins, particulièrement au diaphragme et plus rarement au côlon ou à l'estomac. Les cicatrices siègent de préférence sur la face convexe de la glande, cependant on les observe aussi sur la face concave ; tantôt elles sont clair-semées, et tantôt, au contraire, en si grand nombre qu'elles donnent au foie une forme irrégulièrement lobuleuse. Rarement on les rencontre dans l'intérieur du parenchyme, sans qu'elles atteignent jusqu'à la superficie de l'organe. En les examinant avec soin, on y découvre un tissu fibreux qui, partant de la capsule épaissie, s'enfonce plus ou moins profondément dans la substance glandulaire atrophiée en ces points. Ce tissu fibreux est ordinairement serré, comme tendineux et pauvre en vaisseaux ; plus rarement, on trouve qu'il est mou et traversé par des vaisseaux sanguins plus ou moins gros, qui peuvent être injectés. (*Atlas*, pl. IV, fig. 7.)

Les rameaux principaux de la veine porte, les veines hépatiques et les canaux biliaires ne présentent, d'habitude, aucune altération, surtout lorsque la cicatrice ne pénètre pas profondément ; il est rare de les voir rétrécis ou oblitérés, et, par suite, d'observer des troubles de la circulation ou de l'excrétion biliaire, tels que l'ascite et l'ictère.

Avec la forme gommeuse de l'hépatite syphilitique, on trouve, au milieu du tissu cicatriciel ci-dessus décrit, des nodosités blanchâtres ou jaunâtres, rondes, sèches, ayant d'ordinaire la grosseur d'une lentille ou d'un haricot, mais pouvant aussi atteindre au volume d'une noix. (*Atlas*, pl. IV, fig. 4. A leur centre on remarque une coloration d'un brun jaune, qui est due à l'incarcération d'un canalicule biliaire.)

La substance de la nodosité ne se laisse pas énucléer parce qu'elle est traversée par des tractus fibreux ; elle est composée de gouttelettes de graisse, de noyaux de cellules, de cellules et de fibres de tissu unis-

sant qui ont subi la dégénérescence graisseuse. (*Atl.* pl. IV, fig. 5 et 6.) Cette composition est analogue à celle des nodosités gommeuses qu'on trouve, avec la syphilis constitutionnelle, dans le tissu cellulaire sous-cutané, sous le périoste, dans le testicule, etc. (1).

La substance hépatique située entre les cicatrices et les nodosités gommeuses reste normale, ou bien, ainsi que je l'ai vu assez souvent, subit la dégénérescence adipeuse. Souvent, et d'après les observations de Virchow habituellement, les acini et les cellules hépatiques augmentant de volume en ce point, il en résulte une véritable hypertrophie, qui compense la perte de substance.

Il existe encore d'autres formes d'hépatite syphilitique, dans lesquelles on voit le tissu unissant envahir une grande étendue de la glande et provoquer ainsi une induration simple ou granuleuse. Ce sont des cas de cette espèce que j'ai décrits plus haut sous le titre de cirrhose syphilitique, et dont j'ai fait ressortir les particularités (2). Ces sortes d'indurations peuvent exister seules ou être jointes à une infiltration cérumineuse ou amyloïde.

Dans l'hépatite syphilitique, le volume du foie pris dans sa totalité est ordinairement peu modifié ; rarement il est amoindri d'une manière notable ; il devient plus considérable quand il y a coïncidence d'une dégénérescence amyloïde. Sur 17 cas observés par moi, l'organe avait diminué de volume 4 fois, et même dans un de ces cas il n'était pas plus gros que les deux poings réunis ; 7 fois le volume était resté normal ; 6 fois il avait augmenté, parmi ces derniers cas il y en avait 5 où la dégénérescence cérumineuse existait.

La forme de l'organe peut être très-diversement modifiée ; dans un cas, le lobe gauche ratatiné constituait une sorte d'appendice ayant à peine 1 pouce de longueur (voyez fig. 46, p. 385) ; une autre fois, le lobe droit était réduit environ de moitié, tandis que le lobe gauche s'était développé en longueur et en épaisseur, de manière à ce que

(1) Ricord les avait déjà dépeintes (*loc. cit.*, pl. XXX, fig. 2 et 3) ; il les décrit avec raison, comme tubercules du tissu cellulaire, parmi les accidents tertiaires. Budd en fait des tumeurs enkystées, noueuses, qu'il croit pouvoir attribuer à une inflammation des voies biliaires avec épaissement de la matière sécrétée. Oppolzer et Bochdalek (*Prager Vierteljahrsschrift*, t. XI, p. 159) avaient cru à leur origine cancéreuse jusqu'au moment où Dittrich montra leur nature syphilitique. Virchow a surtout bien suivi le mode de développement et de disparition des lésions anatomiques causées par la vérole.

(2) Voir p. 381 et sq. Déjà Ch. Dufour (*Bullet. de la Société anat.*, 1851, Paris p. 139) avait cité un cas de cirrhose du foie chez un syphilitique ; Bohmer parle aussi de grosses masses de tissu unissant, comme cirrhotiques, dans le foie d'enfants atteints de syphilis congénitale.

l'organe présentait une forme carrée. Plus souvent encore, on trouve la surface divisée en lobes irréguliers par des sillons; quelques-uns de ces lobes, formant des espèces de tumeurs rondes et saillantes, peuvent alors induire facilement en erreur (1).

Outre ces lésions du foie, on trouve généralement d'autres résidus de l'affection syphilitique, tels que : des cicatrices sur les organes génitaux, dans le pharynx, sur l'épiglotte; des tuméfactions glandulaires; des éruptions cutanées; des tumeurs des os, etc., etc. Souvent encore, on observe des tumeurs de la rate et une dégénérescence des reins, auxquelles se joignent les symptômes d'une cachexie profonde : hydropisie, etc., etc. Cependant, il y a des cas, où la preuve évidente de la syphilis est assez difficile à fournir; Dittrich, ainsi que Virchow, en cite de cette espèce; on trouvait bien des cicatrices du pharynx, mais il était impossible de découvrir aucune autre preuve de l'infection syphilitique. Quoi qu'il en soit, ces observations sont tellement clair-semées, qu'elles ne suffisent pas, pour qu'on puisse mettre en doute les relations de l'affection hépatique qui nous occupe avec la syphilis.

Il est plus difficile de déterminer l'époque de l'infection vénérienne, à laquelle l'hépatite syphilitique correspond, et de dire si celle-ci doit être rangée parmi les accidents secondaires ou parmi les tertiaires. Le tissu cicatriciel apparaît en même temps que les accidents secondaires; c'est ce que Dittrich a découvert à l'aide de l'anatomie, et Gubler au moyen de la clinique. Pour mon compte je n'ai rencontré aucun fait, que je puisse, en toute sécurité, faire remonter jusqu'à cette période. En tout cas, on constate habituellement, en même temps que l'affection du foie, certains autres accidents tertiaires, et les altérations profondes de la glande, les nodosités gommeuses, l'infiltration cérumineuse peuvent à bon droit, de même que les accidents siégeant dans les autres organes internes, être rapportées à la forme tertiaire de la vérole. En dehors de celle-ci, existe-t-il d'autres causes morbides qui concourent à la production de l'hépatite? c'est ce qu'on ne peut guère décider. De même que pour les diverses affections consécutives à l'infection syphilitique, on a accusé le mercure, à tort certainement; les cicatrices hépatiques, en effet, sont observées dans des cas où on n'a pas employé un seul grain de mercure. A cause de la situation des cicatrices, Virchow est disposé à admettre que des causes mécaniques extérieures, telles que des contusions, etc., exercent, sur la production de l'affection hépatique, une action semblable à celle qui servait à

(1) Voir les observations qui suivent.

Duverney à expliquer la maladie de certains points du système osseux. Cette question, qui renferme en elle celle de la localisation des dyscrasies, est d'une importance considérable; mais les matériaux recueillis jusqu'ici ne suffisent pas encore pour la résoudre.

La réaction exercée par l'hépatite syphilitique simple ou gommeuse n'est pas, généralement, très-importante. D'habitude, la plus grande partie de la glande reste en état de sécréter; parfois, la perte subie semble être compensée par une hypertrophie; rarement on observe des désordres provenant de l'oblitération de vaisseaux ou de canaux biliaires volumineux. Il en est autrement, lorsque l'induration envahit des espaces étendus de la glande, ou bien, quand celle-ci subit la dégénérescence amyloïde. Alors on voit se produire toutes les conséquences ordinaires de la cirrhose et de l'état cérumineux du foie.

La cachexie, qui coïncide assez souvent avec l'hépatite syphilitique, s'explique moins bien par l'existence des cicatrices hépatiques, que par la maladie des glandes lymphatiques, de la rate, et surtout des reins.

Quant aux symptômes qui accompagnent la maladie pendant la vie, ils sont souvent tellement insignifiants, que les cicatrices se produisent sans qu'on puisse s'en douter, et qu'on est tout surpris de les découvrir, lors de l'autopsie. Cependant, il est des cas où les signes sont assez prononcés, pour que le diagnostic devienne possible. Parmi les plus constants, on doit noter des douleurs dans la région hépatique, qui tantôt sont circonscrites et tantôt occupent la totalité de l'organe. D'habitude, ces douleurs sont sourdes, comprimantes, et parfois assez vives pour devenir fort pénibles (1). Leur durée peut être longue; un de mes malades en souffrit incessamment pendant trois mois; chez un autre il y avait des intermissions qui duraient environ une semaine, puis, survenaient les exacerbations accompagnées d'une fièvre légère.

Un deuxième symptôme, c'est l'ictère, qui, beaucoup plus rare, est d'habitude peu marqué et d'une courte durée. Je l'ai vu coïncider avec une périhépatite syphilitique; il disparut lorsque l'inflammation s'apaisa. Je l'ai vu aussi en même temps qu'une dégénérescence amyloïde et des nodosités gommeuses; l'autopsie montra qu'ici il était dû à la tuméfaction des glandes situées dans le hile du foie. Dans un troisième cas enfin, l'ictère était la conséquence de l'oblitération d'un canal biliaire volumineux, oblitération qui avait été causée par une cicatrice étendue, située à la face concave du foie. Ici, la glande était

(1) J'ai eu à traiter un malade qui dut renoncer à l'usage des eaux d'Aix-la-Chapelle, parce que les douleurs que lui causait une hépatite syphilitique, étaient devenues intolérables.

notablement hypertrophiée; des tubérosités arrondies et douloureuses la recouvraient, de sorte que, pendant un certain temps, l'affection fut regardée comme un cancer hépatique. L'autopsie présenta un foie induré, sillonné de cicatrices, et imprégné de substance amyloïde.

Là où les douleurs et l'ictère font défaut, l'existence des cicatrices syphilitiques du foie peut, dans certaines circonstances, être révélée par la forme et le changement du volume de la glande, dont on s'assure quand la palpation est possible. Souvent, par malheur, cela n'est pas le cas; beaucoup de cicatrices restent cachées sous l'arc des côtes et échappent à tous les moyens d'investigation.

Les symptômes énumérés ci-dessus ne peuvent justifier l'hypothèse d'une hépatite syphilitique, que s'ils sont accompagnés d'autres symptômes évidents de la vérole; car tous, douleur, ictère, sillons et déformations du foie, peuvent se produire en dehors de la syphilis (1). Parfois, la confusion avec le cancer hépatique est difficile à éviter; en effet les principaux caractères de cette dernière affection, tels que des tumeurs du foie noueuses, dures, douloureuses, peuvent exister dans le foie atteint de syphilis lorsque celle-ci s'accompagne d'une infiltration cérumineuse. Dans le cas où cette dernière fait défaut, les tumeurs dues à la syphilis diffèrent de celles d'origine cancéreuse, par leur mollesse beaucoup plus grande. Du reste, dans ces cas douteux, on pourra être mis sur la voie par la coexistence de la syphilis constitutionnelle, par le caractère ordinairement passager de la douleur, par la tuméfaction de la rate et l'albuminurie qu'on observe souvent alors.

Rarement, l'intervention de la thérapeutique est nécessaire; le repos, des émissions sanguines locales, des cataplasmes chauds, des purgatifs salins et plus tard l'iode de potassium, suffisent aux indications. Cependant, on ne doit point perdre de vue, qu'alors même que les accidents les plus graves ont disparu, un traitement antisiphilitique peut être nécessaire pour prévenir toute suite dans l'avenir. Si l'hépatite est compliquée de l'infiltration cérumineuse, les moyens curatifs appropriés à cette affection seront mis en usage.

La première observation que je vais rapporter ici, pour servir d'éclaircissement à ce qui vient d'être dit, est celle d'un foie qui, déformé par une hépatite syphilitique, était facilement accessible aux moyens d'investigation diagnostique, et qui persista pendant longtemps, sans que la constitution générale en souffrit beaucoup.

(1) Voyez l'Observation LXVI.

OBSERVATION LXVIII. — *Catarrhe bronchique chronique, ozène syphilitique, cicatrices du voile du palais; foie couvert de sillons profonds et de protubérances noueuses, présentant çà et là des points sensibles à la pression.*

Suzanne Kiesewetter, femme d'un journalier, âgée de 55 ans, fut admise le 11 novembre 1855 à la clinique médicale de Breslau, dont elle sortit le 28 décembre. Depuis quatre ans déjà elle souffrait d'une toux accompagnée de crachats muqueux, jamais sanglants. Il y a huit semaines, elle fut atteinte du choléra asiatique auquel elle eut le bonheur d'échapper, et depuis huit jours seulement, elle a été renvoyée de l'hôpital des cholériques. Depuis ce moment, le catarrhe bronchique dont souffre cette malade est devenu fort intense, et c'est ce qui l'a déterminée à venir réclamer nos soins.

La structure du thorax est normale, partout absence de matité; on entend des deux côtés des sifflements et des ronchus; pas de signes d'emphysème; crachats mucoso-purulents. Le nez de la malade est détruit depuis quatre ans ainsi qu'une partie de sa cloison, il fournit un écoulement sanguinolent et fétide; cicatrices rayonnées sur le voile palatin et le pharynx. Appétit conservé, selles de consistance et de couleur normales. Le foie dépasse de beaucoup, en bas, le rebord costal; sur la ligne mamillaire il mesure 17 centimètres et peut être palpé, à travers les téguments abdominaux flasques et amincis. On sent ainsi des protubérances arrondies, lisses, dont le volume varie entre celui d'une noix et celui d'un œuf, et qui présentent la consistance pâteuse du parenchyme hépatique ayant subi la dégénérescence graisseuse; en outre, on constate des sillons profonds, et çà et là, des points douloureux.

La rate un peu hypertrophiée est ronde.

L'urine est chargée, mais sans albumine.

L'usage d'une décoction de polygala additionnée de chlorhydrate d'ammoniaque, plus tard l'extrait de quinquina et celui de myrrhe, apaisèrent assez rapidement les désordres respiratoires. On administra alors pendant quatre semaines le sirop d'iode de fer; l'ozène diminua, le foie cessa d'être douloureux; seulement la forme et le volume de cet organe, ainsi que de la rate, restèrent les mêmes. Trois mois après l'époque où la malade fut ainsi soumise à notre observation, rien n'était changé sous ce rapport.

Le cas suivant appartient à la forme gommeuse de l'hépatite syphilitique; ici, il y avait en outre une induration du foie et une dégénérescence amyloïde partielle; le changement singulier qu'avait subi la forme de la glande est intéressant à noter.

OBSERVATION LXIX. — *Troubles digestifs; faiblesse et état cachectique; anasarque sans albuminurie, catarrhe bronchique. Foie hypertrophié, déformé, sensible à la pression; rate tuméfiée. Mort par un œdème du poumon.*

Autopsie. *Cicatrices sur le pharynx et l'épiglotte; catarrhe des voies aériennes; résidus d'une périhépatite et d'une hépatite gommeuse, accompagnée d'une infiltration amyloïde circonscrite; tumeur dure de la rate; reins normaux.*

Caroline Richter, femme d'un garde de nuit, âgée de 67 ans, séjourna à la clinique médicale de Breslau, depuis le 18 jusqu'au 27 février 1858. Cette femme, dont la peau est jaunâtre, semble molle et lymphatique; depuis deux mois, ses mains et ses pieds sont enflés; d'ailleurs, elle n'a jamais été malade. Elle se plaint surtout du

défaut d'appétit, d'une grande faiblesse et de battements de cœur. Les mouvements du cœur sont irréguliers, mais les bruits sont purs, et l'étendue de la matité précordiale n'est pas amplifiée; le choc est senti dans le cinquième espace intercostal. Poumons normaux, si ce n'est à droite et en bas, où on entend des râles à bulles fines; toux rare. Le volume du foie est augmenté; l'organe, sensible à la pression, mesure 20 centimètres sur la ligne mamillaire, sur la ligne axillaire 16 centimètres; son bord dépasse les côtes et descend jusqu'à l'ombilic, où il forme une tumeur arrondie, tailladée. Rate modérément tuméfiée; selles rares, urine peu copieuse mais exempte d'albumine.

Prescription : Infusion de racine de rhubarbe, avec liqueur ammoniacale anisée.

24 février. — L'hydropisie a fait des progrès, les parois abdominales sont œdématisées et du liquide est épanché dans la cavité péritonéale. L'action du cœur est faible et irrégulière; pouls petit à 80; extrémités froides. Les râles ont envahi les deux poumons, la toux est plus fréquente, sans crachats; l'urine très-rare contient des traces d'albumine.

Prescription : Vin, liqueur ammoniacale, anisée, etc. A partir de ce moment, l'état de la malade s'aggrave rapidement, et le 27 la mort survient au milieu des symptômes d'un œdème pulmonaire.

Autopsie : 18 heures après la mort. Le crâne et son contenu n'offrent aucune altération notable. La muqueuse du pharynx et du voile du palais présente des cicatrices blanches et rayonnées; il en existe de semblables à la base de l'épiglotte; en ce point, la muqueuse est rouge et tuméfiée, sur les ligaments arythéno-épiglottiques elle est œdémateuse; la rougeur descend jusque dans les bronches. Les poumons sont pleins de sang et gorgés de sérosité; leurs bords seuls sont pâles et secs. Sous l'épicarde, quelques ecchymoses isolées; valvules du cœur saines, muscles ayant une teinte un peu anormale, et friables.

Le foie dépasse d'environ 5 pouces l'appendice xiphoïde; sa position et sa forme ont subi des changements particuliers. Le lobe gauche est situé dans l'hypochondre droit, tandis que le lobe droit est remonté, très-loin en haut, dans l'excavation du diaphragme, et est complètement inaccessible à la palpation.

Le lobe gauche a 5 3/4 pouces de long, le droit 3 pouces.

L'enveloppe du lobe gauche, notablement épaissie, est, çà et là, recouverte de végétations verruqueuses; le bord antérieur, arrondi, présente quelques entailles peu profondes. Sur le lobe droit atrophié, on remarque des cicatrices nombreuses et pénétrantes; plusieurs d'entre elles renferment des nodus gommeux, gros comme un pois, et d'un jaune gris. En outre on trouve des foyers indurés, de forme régulière et assez volumineux. La vésicule est couchée parallèlement au bord de ce lobe et y adhère fortement; elle contient un calcul blanc de cholestérine.

Le parenchyme du lobe gauche présente des endroits où les cellules sont infiltrées de matières lardacées (dans ce cas la teinture d'iode et l'acide sulfurique donnent une coloration rouge et non violette). D'autres points paraissent envahis par la graisse, et en partie aussi hypertrophiés.

La rate, un peu plus grosse que d'habitude, contient, dans sa partie supérieure, un infarctus d'un rouge gris; elle est dure, résistante et brille comme de la cire; cependant elle ne renferme pas de substance amyloïde.

Muqueuse de l'estomac et de l'intestin, pâle, et en certains endroits œdémateuse. Reins contenant beaucoup de sang, mais d'ailleurs intacts. L'enveloppe séreuse de l'utérus, fortement épaissie, adhère aux organes voisins. A l'entrée du vagin on trouve une cicatrice blanche et rayonnée.

L'observation qui suit est remarquable, à cause de l'oblitération de plusieurs rameaux de la veine porte, et de l'hémorrhagie intestinale qui en fut la conséquence. Cette hémorrhagie, jointe à une dégénérescence avancée des reins, hâta encore l'issue fatale de la maladie.

OBSERVATION LXX. — Vomissements muqueux opiniâtres; œdème des pieds, albuminurie; cicatrices syphilitiques sur le front, chancre induré des parties génitales; selles sanglantes; mort.

Autopsie, Foie lobé et induré par des cicatrices syphilitiques; oblitération de nombreux rameaux de la veine porte; rate et reins petits, ayant subi la dégénérescence amyloïde. Hémorrhagie de la muqueuse de l'intestin gros et petit.

Henriette Q., femme d'un chef de musique, âgée de 45 ans, resta du 4 au 14 décembre dans ma clinique, à Breslau. Elle raconte que, depuis deux ans environ, elle a souvent souffert de vomissements et d'un gonflement des pieds; en outre elle a été atteinte de nombreux érysipèles de la face.

On remarque, sur le front de cette femme pâle et maigre, une large cicatrice blanche, semblable à celles qui suivent les éruptions syphilitiques et non les érysipèles. La muqueuse du pharynx est d'un rouge sombre, mais sans cicatrices. Les organes thoraciques n'offrent rien d'anormal. La malade se plaint principalement d'un vomissement opiniâtre, qui, alors même que la langue est nette, survient dès qu'elle prend quelque aliment, souvent aussi, sans cause apparente. L'épigastre est bombé et peu sensible à la pression; le volume du foie est normal, ses bords sont tranchants; la rate est petite. Selles difficiles et blanchâtres; urine rare et surchargée d'albumine contenant en outre beaucoup de cylindres formés d'épithélium envahi par la graisse et, en partie aussi, de corpuscules sanguins. Sur les petites lèvres, une ulcération chancreuse, béante et indurée; autour de l'anus, larges condylomes.

Prescription : Suc de citron.

10 décembre. — L'urine est un peu plus abondante, et ne contient plus de sang; le vomissement est moins fréquent; cependant la digestion est mauvaise et l'épuisement fait de rapides progrès. Pouls petit à 66; intelligence nette, peu de céphalalgie, point de troubles visuels.

Prescription : Eau de Seltz avec vin du Rhin.

12 décembre. — Évacuations répétées de matières sanguinolentes et d'un brun sombre. Retour des vomissements incessants formés d'un liquide aqueux, muqueux et d'une teinte jaune pâle. Extrémités froides, pouls à peine sensible à 70; urine très-rare.

Prescription : Acide phosphorique avec esprit nitrique éthéré.

L'hémorrhagie intestinale continue, l'affaiblissement augmente rapidement; mort le 14 décembre.

Autopsie : 24 heures après la mort. Le crâne et son contenu présentent aucune anomalie essentielle. La muqueuse des voies aériennes est un peu rougie et recouverte d'un mucus spumeux.

Les poumons sont partout perméables à l'air, celui de gauche est imprégné de sérosité, le droit est emphysémateux.

Le cœur droit renferme beaucoup de sang en caillots friables; les fibres musculaires sont flasques, les valvules partout normales.

La rate, petite, sèche et dure présente, sur sa coupe, le brillant de la cire; elle

renferme des dépôts amyloïdes, et les réactifs y font apparaître une coloration diffuse d'un violet bleuâtre.

Le foie est un peu plus gros que d'habitude; de nombreux sillons, partent de la surface, pénètrent dans la profondeur de l'organe, et le divisent en lobes et en lobules, dont le volume varie entre celui d'une noix et celui d'un œuf.

Dans les sillons, on découvre une masse de tissu unissant solide, qui, en plusieurs endroits, pénètre entre les acini et donne au parenchyme une apparence cirrhotique. En quelques points seulement, on aperçoit des cellules infiltrées par des matières amyloïdes, donnant la couleur rouge comme réaction; presque partout ailleurs, les cellules sont simplement moins adhérentes, et contiennent de la graisse ou de la matière colorante.

En suivant, à l'aide de la dissection, la veine porte jusque dans l'intérieur du foie, on découvre qu'un grand nombre de ses branches étaient oblitérées; les parois de celles-ci étaient comprimées par la masse du tissu unissant appartenant aux nombreuses cicatrices; leur ouverture était obstruée, en partie par des thrombus solides, en partie par l'adhérence de leur paroi.

Muqueuse stomacale, rouge et ramollie, sans perte de substance. La membrane interne de l'intestin grêle est d'un rouge brun, très-ramollie et couverte d'un mucus sanguinolent; celle du colon a un aspect brun noirâtre et est, notamment dans ses valvules, fortement tuméfiée; nulle part on n'aperçoit d'ulcération ou d'exsudat diphthéritique.

Les reins sont très-gros; leur substance corticale épaissie est traversée par des masses blanches arborescentes; leurs pyramides contiennent beaucoup de sang; dans la substance corticale, beaucoup de matière amyloïde réagissant en violet.

Utérus petit et flétri; sur la petite lèvre de gauche, une longue ulcération syphilitique indurée.

Aux environs du sphincter, sous la muqueuse, plusieurs nodosités hémorroïdales plates; sur la peau voisine, des condylomes.

Le dernier cas que nous allons rapporter, montre le tableau de la dégénérescence du foie, de la rate et des reins, à une période avancée; la carie sèche, ou usure syphilitique des os du crâne, rend cette observation caractéristique.

OBSERVATION LXXI. — *Syphilis datant de plusieurs années; plus tard symptômes de phthisie pulmonaire, albuminurie, diarrhée, hydropisie. Mort par épuisement.*

Autopsie. — *Usure syphilitique des os du crâne, épaississement de la dure-mère; cicatrices du pharynx; tubercules au sommet des deux poumons; foie cérumineux, difforme, présentant des cicatrices syphilitiques; rate et reins cérumineux; substance amyloïde dans la membrane muqueuse de l'intestin grêle.*

Fr. Gierschberg, contrôleur, âgé de 58 ans, séjourna du 8 au 27 février 1858, à la clinique de Breslau.

Hydropique depuis cinq semaines, il affirme n'avoir jamais eu d'autre maladie qu'un embarras de la respiration. Cet homme est amaigri, blafard; ses jambes jusqu'au-dessus des genoux, sont enflées.

Dyspnée considérable: 56 respirations, 94 pulsations.

Le sommet des deux poumons est infiltré, celui de gauche présente les symptômes d'une caverne; expectoration abondante et purulente. Bruits du cœur, purs, appétit médiocre; chaque jour deux ou trois selles ténues et pâles. La ma-

tité hépatique n'existe pas à l'épigastre; elle mesure sur la ligne mammaire 14 centimètres, sur la ligne axillaire 10 centimètres seulement; on sent, au-dessous des côtes, plusieurs tumeurs lobuleuses arrondies et indolentes. Rate non tuméfiée; urine rare, laissant déposer un sédiment jaune, contenant beaucoup d'albumine.

Prescription: Racine de columbo avec liqueur ammoniacale anisée. Le soir, opium.

20 février. L'œdème monte jusqu'aux hanches; urine très-rare; depuis deux jours la diarrhée a cessé.

Expectoration poiseuse et difficile. Pouls à 110, respirations 58.

Prescription: Décoction de polygala avec extrait de quinquina et élixir pectoral.

24 février. Expectoration plus abondante et plus facile; langue sèche, trois selles liquides, 116 pulsations, 48 respirations. Environ six onces d'urine en 24 heures, collapsus considérable. Ce dernier fit des progrès continus jusqu'au 27, où la mort survint par épuisement.

Autopsie: 20 heures après la mort. Sur la voûte crânienne longue et étroite le pariétal droit présente une dépression longue de 1 1/2 pouce, large de 4 pouces, qui s'évase en entonnoir et semble comme érodée; le tissu environnant épaissi lui forme une sorte de rebord. Dans ce point, le péricrâne est plus adhérent, quoique d'ailleurs, il paraît normal.

Au point correspondant de la table interne ou vitrée, siège une perte de substance, large environ comme une pièce de cinquante centimes, poreuse, à laquelle la dure-mère adhère fortement, au moyen de prolongements villosités qui pénètrent dans l'intérieur de l'os. La dure-mère a, en cet endroit, 3 lignes d'épaisseur; tout autour on découvre des ostéophytes imitant le velours, qui recouvrent la face interne du crâne, mais adhèrent aussi intimement à la dure-mère. Dans la gouttière sagittale et aux environs du trou borgne, la dure-mère est recouverte de dépôts fibrineux sanguinolents. Les membranes cérébrales et la substance du cerveau, sont normales du reste; seulement, au point correspondant à l'épaississement de la dure-mère, l'arachnoïde a une teinte blanche, et la pie-mère adhère fortement à la couche corticale dont l'épaisseur a diminué.

Cicatrices rayonnées sur la luette et le pharynx.

Poumons adhérents des deux côtés, à gauche notamment, au moyen d'une couenne épaisse. Le sommet du poumon gauche est induré et farci de tubercules jaunes; celui de droite, renferme une caverne du volume d'une pomme. Aucun changement à noter dans le cœur et le péricarde.

La rate d'un volume normal est dure, la surface de sa coupe est sèche, les trabécules de sa charpente sont plus fortes; çà et là, on aperçoit des dépôts brillants qui donnent une réaction amyloïde faible.

Le foie un peu amplifié est extrêmement déformé; son lobe gauche, très-petit, ne mesure, transversalement, que 1 1/4 pouce; tandis que le lobe droit a 5 1/2 pouces de large sur 7 de long (Fig. 48). Des adhérences solides unissent la glande avec

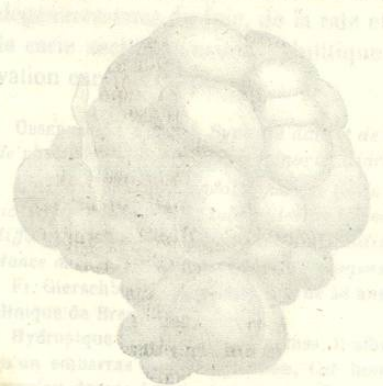


Fig. 48.

le diaphragme et le colon. La face convexe et le bord antérieur du lobe droit sont divisés en lobes arrondis et tubéreux par des cicatrices simples, qui pénètrent profondément et s'entre-croisent à l'infini; sur la face concave on découvre aussi de nombreuses anfractuosités. Dans certains points le parenchyme contient beaucoup de sang, dans d'autres il est dur et brille comme de la cire. Les cellules et une partie des vaisseaux fournissent, d'une manière évidente, la réaction rouge de la matière lardacée, mais nulle part on ne fait apparaître la coloration violette.

La muqueuse de l'estomac est pâle, dans l'iléum, les follicules de Peyer et les glandes solitaires sont le siège d'une infiltration gélatiniforme, les villosités et les intrications vasculaires donnent, avec l'iode, une réaction évidente. Glandes méésentériques normales; membrane interne du cœcum et du colon, tuméfiée et pâle.

Reins un peu hypertrophiés; leur couche corticale épaissie, est, çà et là, infiltrée de masses dures, ayant l'éclat de la cire. Vessie normale; sur la couronne du gland, une cicatrice ancienne, rayonnée.



CHAPITRE XI.

DÉGÉNÉRESCENCE CÉRUMINEUSE, LARDACÉE OU AMYLOÏDE

DU FOIE.

HISTORIQUE.

Les anciens médecins n'avaient, sur cette espèce d'altération du foie, que des connaissances obscures qui, suivant les temps, éprouvèrent maintes modifications. Cet état morbide, de même que divers autres dans lesquels le volume du foie était amplifié, figurait parmi les infarctus, les obstructions ou les engorgements. Stahl et Boerhaave, dont les théories différaient d'ailleurs quant aux détails, l'attribuaient à l'accumulation du sang altéré, épaissi ou gâté, dans l'intérieur des vaisseaux. Une pareille théorie des infarctus et des obstructions ne pouvait se maintenir, en présence des connaissances chaque jour plus claires, qu'on acquérait sur la circulation et la nutrition; on devait prévoir que l'oblitération des vaisseaux causerait non l'hypertrophie, mais bien l'atrophie de la glande; par suite on était contraint de placer le siège de la masse stagnante en dehors des vaisseaux (Bordeu). Aussitôt le nom engorgement, physconie devint plus usité. Portal (1) a décrit une série de ces engorgements du foie, dont un certain nombre fait partie de l'affection que nous allons décrire; ce sont, notamment, les engorgements lymphatiques que Portal, privé de données chimiques suffisantes, a subdivisés en albumineux, gélatineux et muqueux (2).

Il n'y eut pas progrès, lorsque plus tard de semblables états furent décrits sous le nom d'hypertrophie du foie, ainsi que le firent Andral (3), Graves, Engel et plusieurs autres auteurs. Rokitansky (4) fut le premier qui saisit et réunit clairement les caractères essentiels de la

(1) *Loc. cit.*, p. 93.

(2) Portal se servit déjà du nom de dégénérescence lardacée. Ainsi, il dit, p. 365 : « J'ai trouvé le foie excessivement volumineux, réduit en une substance pareille à du lard, soit pour sa couleur, soit pour sa consistance, chez une vieille femme qui avait diverses exostoses et des ulcérations aux parties génitales.

(3) *Clinique médicale*, t. IV, p. 354.

(4) *Pathologie anatom.*, t. XI.