

peut amener à la longue des modifications persistantes dans le calibre et la perméabilité des canaux, et retentir enfin sur le foie lui-même. Il importe d'astreindre les personnes ainsi prédisposées à un régime sévère d'où vous devez exclure toutes les substances irritantes; la constipation doit être soigneusement prévenue, et il est utile de faire prendre de temps en temps pendant quelques jours une légère infusion de rhubarbe additionnée de bicarbonate de soude. C'est dans ce cas aussi que les eaux minérales rendent de véritables services; vous pouvez vous adresser soit aux eaux chlorurées sodiques, telles que Bourbon-l'Archambault, Salins, Hombourg, Kissingen; soit aux sulfatées sodiques, Plombières, Carlsbad, Marienbad; soit enfin aux bicarbonatées sodiques, entre lesquelles celles de Soultzmatt, de Vals, de Vichy, d'Ems occupent le premier rang.

ONZIÈME LEÇON

DE L'ICTÈRE. — DE LA SCLÉROSE ET DE LA DÉGÉNÉRESCE AMYLOÏDE DU FOIE

Histoire d'un ictère chronique. — Diagnostic du déplacement et de l'augmentation de volume du foie. — Kystes de la face convexe. — Tumeurs de la face inférieure.

Diagnostic des tumeurs intra-hépatiques et de l'hypertrophie du foie. — Kystes hydatiques. — Échinocoque multiloculaire. — Tumeur adénoïde du foie. — Signes diagnostiques du cancer du foie.

De la dégénérescence amyloïde. — Ses caractères. — De la sclérose ou hépatite interstitielle. — Ses symptômes. Ses rapports avec la cirrhose commune. — Résultats de l'autopsie.

MESSIEURS,

C'est encore d'un cas d'ictère que nous nous entretenons aujourd'hui. Je n'ignore pas que la diversité des sujets est un des grands attrait et l'une des conditions essentielles de l'enseignement clinique; mais ce culte de la variété ne doit pas être porté jusqu'au sacrifice ou à l'oubli des avantages qui résultent du rapprochement et de la comparaison des faits. Atteint d'un ictère léger et transitoire, le malade dont nous nous sommes occupés dans notre dernière conférence nous a fourni l'occasion d'étudier les formes les plus communes de l'ictère aigu; affectée d'un ictère chronique qui a déjà dix mois d'existence, la femme de la salle Sainte-Anne, n° 2, me permettra d'exposer et de discuter le diagnostic différentiel

des principales lésions qui peuvent amener un ictère persistant. Je vous le dis à l'avance, il s'agit d'un cas rare, conséquemment d'un cas obscur, et les difficultés en sont telles, qu'elles donnent à mon diagnostic, s'il est erroné, une absolue préalable.

La malade, âgée de trente-six ans, est d'une constitution robuste; elle a toujours eu une excellente santé et un embonpoint considérable: aussi, quoique depuis quelques mois elle ait beaucoup maigri, nous présente-t-elle encore un développement assez marqué du tissu adipeux. Pour ce qui est de son état, cette femme a fait durant des années un métier à poussière: elle nettoyait les peaux destinées à la fabrication des chapeaux; j'ajoute qu'elle n'a été chargée que de la partie mécanique de ce travail: elle brossait, elle épilait, elle secouait, mais elle n'a jamais été employée aux opérations chimiques de cette industrie. Elle nous donne des détails très-circostanciés sur la santé habituelle et sur la mort de ses parents, mais ces renseignements n'ont aucune signification quant à la maladie dont elle est elle-même atteinte. Suivez bien, je vous prie, le mode de début et l'enchaînement des accidents; aucun détail ici n'est inutile.

Il y a quinze mois, cette femme a commencé à ressentir des douleurs qui occupaient toujours en même temps et le creux de l'estomac et la région de l'hypochondre droit; ces douleurs n'éclataient pas subitement avec toute leur violence, elles se développaient sourdement, gagnaient peu à peu en intensité, et ce n'est qu'au bout de deux ou trois jours qu'elles étaient assez fortes pour obliger la malade à rester au lit. Cette période d'acmé durait deux, trois, cinq jours au plus; après quoi la douleur s'atténuait

peu à peu, pour disparaître au bout de trente-six ou quarante-huit heures, sans laisser d'autre trace de son passage qu'un sentiment de pesanteur incommode dans le côté droit du ventre, encore cette sensation était-elle temporaire. Cette espèce d'attaque, qui est caractérisée si nettement par la lenteur de l'ascension et du déclin, durait de cinq à huit jours, après quoi cette femme se trouvait très-bien et reprenait ses occupations. La fréquence de ces douleurs a été très-variable; au début, elles revenaient à peu près tous les mois, un peu plus tard elles sont devenues plus fréquentes en perdant de leur durée; pendant une période de quatre mois environ, il y a eu ainsi un accès toutes les deux semaines et même toutes les semaines; puis est survenue une phase d'apaisement, et depuis six semaines au moins il n'y a pas eu de nouvelles attaques. Je puis me porter garant de l'exactitude de ces détails; ils ne sont pas uniquement puisés dans les sensations de la femme; voilà plusieurs mois que je la suis, j'ai vu maintes fois ce qu'elle appelle ses crises, et c'est d'après ce que j'ai vu que je vous les ai décrites. J'ai pu observer en même temps deux autres phénomènes, l'un variable, l'autre constant; plusieurs fois l'invasion des douleurs a été accompagnée d'un mouvement fébrile intense durant lequel le thermomètre montait à 39°, 5 ou 39°, 8 et le pouls à 110 ou 120; cette fièvre ne durait pas aussi longtemps que la douleur elle-même, mais lorsqu'elle se manifestait, l'attaque était plus violente et plus longue; dans d'autres circonstances, l'accès douloureux était complètement apyrétique: voilà le phénomène variable auquel je faisais allusion il y a un instant. Quant au phénomène constant, il est des plus importants; durant

chacune de ces attaques, le foie augmentait de volume, la douleur passée, il revenait sur lui-même, mais ce retrait ne le ramenait pas toujours à ses dimensions primitives; et en jugeant la question par le niveau du bord inférieur, il était facile de s'assurer, surtout après les grands accès avec fièvre, que l'organe s'était définitivement abaissé de quelques lignes de plus. Une autre modification intéressante avait lieu durant l'attaque : l'ictère, qui s'était déclaré au cinquième mois de cette maladie, augmentait chaque fois d'intensité; il devenait, pendant les périodes douloureuses, d'un jaune verdâtre foncé; ce changement de nuance était déjà manifeste après douze heures de souffrances, et il ne survivait pas à l'accès.

Quelques semaines après l'apparition de ces paroxysmes, mais bien avant l'ictère, d'autres symptômes survinrent du côté des organes digestifs; ce furent d'abord des alternatives de constipation et de diarrhée, que ne pouvait expliquer aucune modification dans le régime, puis une augmentation considérable de l'appétit, qui a toujours persisté. Cette boulimie fut dès le début extrêmement marquée; la ration de pain, qui durait d'ordinaire deux jours, suffisait à peine pour un seul, et cette femme était obligée de se lever une ou deux fois la nuit pour manger. Cette consommation insolite d'aliments ne lui profitait guère, car c'est à dater de ce moment qu'elle commença à maigrir. Les choses allèrent ainsi pendant trois mois; au commencement du quatrième, un nouveau phénomène apparut, symptôme considérable sur lequel j'appelle toute votre attention : ce sont des épistaxis peu abondantes, qui revenaient une ou deux fois par semaine; elles n'ont jamais cessé depuis lors, et vous avez pu les constater

vous-mêmes à plusieurs reprises. Vers la fin du cinquième mois, après un paroxysme de douleurs qui paraît avoir été remarquablement violent, l'ictère est arrivé; il n'a jamais disparu, mais il a offert de nombreuses oscillations dans l'intensité de la nuance. Un peu plus tard, cette femme, conservant tout son entrain et toute sa bonne humeur, mais incapable de se livrer à un travail suivi, et notablement affaiblie, est entrée à l'hôpital où je l'observe depuis plusieurs mois.

Après cet exposé des phases antérieures de la maladie, quelques mots suffiront pour vous en faire connaître l'état actuel; il n'y a pas eu d'accès de douleurs depuis six semaines, mais c'est là le seul changement à noter; la boulimie est toujours la même, et l'amaigrissement fait de lents mais constants progrès; comme par le passé, la constipation alterne avec la diarrhée; tantôt les matières ont leur coloration normale, tantôt elles offrent la teinte gris cendré qui dénote l'absence de bile dans l'intestin; l'urine est très-fortement chargée de matière colorante biliaire, elle ne contient ni sucre ni albumine; l'ictère, très-foncé, est d'un jaune verdâtre légèrement terreux; il y a de temps en temps une petite épistaxis, quelquefois le saignement de nez est remplacé par un crachement sanglant, par une hémoptysie véritable. Enfin, malgré la longue durée de la maladie et l'amaigrissement qui en a été la suite, cette femme n'a point l'apparence cachectique; elle dort bien, elle aide les infirmières dans le service de la salle, sa gaieté naturelle reste inaltérée.

En possession de ces renseignements circonstanciés, nous pouvons aborder l'examen du foie et de la rate, sur lequel doit se concentrer toute notre attention.

La région hépatique ne présente pas de voussure, mais par la palpation on sent facilement que le foie dépasse dans toute son étendue le rebord des fausses côtes; c'est surtout au niveau de la ligne médiane que cette saillie est le plus prononcée, et dans ce point, grâce à un procédé d'exploration que je vous recommande de pratiquer vous-mêmes, on peut acquérir des notions positives sur l'état physique de l'organe. La paroi de l'abdomen, chez cette femme, est extrêmement flasque et molle; lorsque, plaçant les quatre derniers doigts de la main par leur face dorsale, au niveau du bord inférieur du foie, on déprime fortement cette paroi d'avant en arrière, on réussit sans peine à reporter ces quatre doigts de bas en haut jusque sur la face inférieure de l'organe; si alors on applique le pouce de la même main sur la face supérieure, on intercepte entre les deux branches de cette pince intelligente un segment hépatique, dont on n'est séparé que par une couche très-mince de parties et dont on peut apprécier rigoureusement les conditions physiques. Cette exploration, que j'ai souvent répétée, m'a toujours donné les mêmes résultats; le bord libre du foie, dur et nettement découpé, se présente sous forme d'arête vive, saillante en avant, tout le segment accessible à ce mode de palpation est remarquablement induré; c'est une résistance ligneuse que l'on éprouve sous les doigts; le tissu ne cède pas, il ne s'affaisse pas d'un millimètre sous une pression même assez forte, et c'est en vain que l'on cherche à rapprocher le pouce et les doigts aux dépens du tissu interposé. Cette induration est parfaitement uniforme, on la retrouve avec les mêmes caractères sur toute la longueur du bord inférieur de l'or-

gane, il n'y a ni bosselures ni inégalités d'aucune sorte.

La percussion montre une augmentation de volume assez considérable de la glande hépatique; mais cette hypermégalie, la palpation le faisait prévoir, est surtout marquée au niveau de la ligne médiane.

La simple application de la main sur l'hypochondre gauche fait constater la présence d'une tumeur qui débordé de beaucoup les côtes et s'avance obliquement en bas et en avant vers la région abdominale antérieure; cette tumeur est formée par la rate qui présente des dimensions considérables, savoir: 15 centimètres dans la ligne verticale et 16 dans la ligne antéro-postérieure.

Le ventre a un développement insolite, et cette circonstance, chez un individu qui porte une intumescence du foie et de la rate, fait aussitôt penser à une ascite: il n'en est rien pourtant. Cette femme a un météorisme habituel qui augmente pendant les périodes de diarrhée; de plus, après une couche, elle a conservé une flaccidité extrême de la paroi abdominale, par suite de quoi celle-ci retombe en s'étalant de chaque côté; telles sont les causes réelles de l'aspect anormal du ventre, mais de liquide épanché il n'en est pas question, il n'y en a pas trace; ce n'est même pas un de ces cas où l'on conserve quelques doutes, il n'y a certainement pas d'ascite. N'oubliez pas ce symptôme négatif; nous le retrouverons plus d'une fois dans la discussion diagnostique qui va suivre. Les membres inférieurs sont le siège d'ulcères variqueux, et vous avez là un exemple de cette relation déjà signalée par Arétée entre les maladies du foie et certains ulcères rebelles.

Résumons les différents traits de cette longue enquête

et nous arrivons à cette conclusion : maladie chronique de l'appareil hépatique, avec ictère persistant, avec tumeur de la rate, sans ascite, sans albuminurie.

Quelle est cette maladie chronique ? C'est ce qu'il est beaucoup moins facile de déterminer. Une question préalable veut d'ailleurs être jugée.

Lorsque le foie déborde notablement les côtes, et quand bien même la saillie occupe toute la longueur du bord inférieur, vous ne devez jamais, messieurs, conclure de ce seul fait que l'organe est augmenté de volume ; ce débord prouve simplement que le foie n'est pas à sa place ordinaire : ce déplacement peut résulter aussi bien d'un simple abaissement mécanique que d'une hypermégalie véritable, et dans tous les cas analogues le jugement clinique ultérieur est entièrement subordonné à la solution de ce premier point. Pour l'obtenir, il faut prendre en considération et les caractères propres de la saillie du foie, et les symptômes présentés par le malade. Cette partie du diagnostic est ici remarquablement facilitée par la notion parfaite que nous avons acquise des propriétés du tissu hépatique.

Le déplacement par abaissement peut être produit par des tumeurs contiguës au foie, mais situées en dehors de lui ; et ces tumeurs doivent être distinguées au point de vue actuel en deux variétés, suivant qu'elles occupent la face supérieure ou la face inférieure de l'organe. Les premières sont les grands kystes de la face convexe qu'a fort bien étudiés mon savant collègue Dolbeau dans son excellente thèse ; ils donnent lieu à de fréquentes erreurs ; non-seulement ils dépriment le foie de haut en bas et l'abaissent, mais pour peu qu'ils soient en arrière

du diamètre transversal, ils font basculer le bord inférieur de l'organe en avant, de manière qu'il vient faire saillie sous la paroi abdominale, le déplacement simule alors de tous points celui qui est le fait d'une augmentation réelle de volume. Mais dans ce cas la portion du foie accessible à la palpation n'offre ni induration ni résistance anormales, il n'y a pas d'ictère, il n'y a pas de trouble dans la nutrition, et si l'on prend la peine de figurer par une ligne la limite supérieure de la matité hépatique, on voit que cette ligne présente une convexité dont la partie culminante s'élève plus ou moins dans le thorax aux dépens du poumon droit ; l'hésitation dans le cas actuel n'est donc pas possible.

Les tumeurs de la face inférieure du foie sont en général accessibles à la palpation lorsqu'elles sont situées au-devant du hile ; en même temps que l'on constate la saillie oblique et régulière formée par le bord hépatique, on trouve en pénétrant plus profondément et de bas en haut une masse plus ou moins sphérique, plus ou moins volumineuse, qui est la cause véritable du déplacement. Chez notre femme, dont la paroi abdominale présente la flaccidité que vous savez, cette exploration n'offre aucune difficulté ; la main parvient certainement jusqu'au niveau du hile, et aucune sensation suspecte n'est perçue. D'ailleurs ces tumeurs sont le plus souvent des kystes hydatiques qui ne déterminent point dans la santé générale les désordres que nous observons. Si le kyste était situé tout à fait vers le hile ou derrière lui, il pourrait échapper à l'examen direct, et en raison de son siège amener un ictère persistant par compression des canaux biliaires ; le tableau clinique serait alors bien plus sem-

blable à celui que nous avons sous les yeux; mais faites-y attention, un kyste hydatique dans ces conditions ne pourrait produire d'ictère sans déterminer en même temps une ascite, car la compression qu'il exerce sur les voies de la bile porte nécessairement aussi sur la veine porte. C'est ce qui avait lieu chez cette femme dont je vous ai montré, il y a quelques jours, les pièces anatomiques; sans tumeur appréciable, cette malade avait de l'ictère et de l'ascite depuis deux mois, puis était survenue une albuminurie persistante à laquelle elle a succombé. Or, le foie lui-même, vous vous le rappelez, était sain, il avait été abaissé et reporté en avant par une énorme tumeur hydatique en voie de transformation sébacée; cette masse était située immédiatement derrière le hile et comprimait les canaux et les veines; de là l'ictère et l'ascite: dans ces conditions il en sera toujours ainsi; si la tumeur n'intéresse pas les éléments du hile, il n'y a ni ictère ni ascite; mais si elle agit sur eux de manière à produire l'ictère, l'ascite survient nécessairement. Chez notre malade, nous avons l'ictère, mais nous n'avons pas l'ascite, il ne peut être question de tumeur extra-hépatique siégeant à la face inférieure de l'organe, au niveau du hile. La cause du déplacement réside donc dans le foie lui-même: conclusion importante, mais qui nous laisse encore en présence de la même éventualité; une ou plusieurs tumeurs isolées dans le foie peuvent l'abaisser et le faire paraître plus gros sans qu'il y ait hypertrophie proprement dite, c'est là une nouvelle cause d'erreur que nous ne devons pas laisser derrière nous. Il est vrai que ces tumeurs intra-hépatiques produisent rarement une tuméfaction uniforme et régulière, comme celle qui existe chez la malade;

c'est ordinairement sous forme de protubérances, de saillies limitées et isolées qu'elles se présentent; mais dans certains cas, lorsqu'elles siègent profondément, elles perdent ces caractères distinctifs, et peuvent très-bien être confondues avec une hypertrophie du parenchyme lui-même; il n'est donc pas superflu de nous arrêter un peu sur ce point, dont la discussion me permettra d'ailleurs de vous donner quelques détails sur deux espèces très-peu connues de productions intra-hépatiques.

En procédant par ordre de fréquence décroissante, il faut en pareille occurrence compter d'abord avec les kystes hydatiques situés dans l'intérieur du foie. Mais en raison des symptômes très-accusés de notre malade, nous pouvons passer très-rapidement; ces kystes ne déterminent pas de paroxysmes douloureux, pas de troubles digestifs, pas d'amaigrissement, pas d'ictère; en outre, ils n'amènent pas de tumeur splénique, à moins que par hasard la rate ne soit elle-même le siège d'hydatides, coïncidence qui a été vue, mais qui est fort rare. Enfin, si le kyste est superficiel, on trouve une saillie limitée que l'on peut circonscrire par la palpation, et qui présente quelquefois le phénomène connu sous le nom de frémissement hydatique. Il y a donc alors déformation plutôt que déplacement ou abaissement du foie. Vous le voyez, il n'y a pas un trait commun entre cet état pathologique et celui de notre malade; inutile d'insister.

Il n'en est pas de même d'une autre lésion infiniment plus rare, je veux parler de l'échinocoque multiloculaire. Dans ce cas, les hydatides, au lieu d'être renfermées dans une vésicule mère, se développent librement les unes à côté des autres, de sorte que l'ensemble de la production

morbide représente une tumeur à loges ou alvéoles multiples; ces cavités communiquent ordinairement les unes avec les autres par des ouvertures de dimensions variables. La membrane fondamentale de ces tumeurs est formée par un stroma fibreux épais, souvent infiltré de graisse et qui circonscrit parfois des portions de substance hépatique chargée de pigment. Les alvéoles renferment des vésicules gélatineuses à parois stratifiées et amorphes; les petites cavités n'en contiennent qu'une, les grandes en présentent deux et même plus. Ces vésicules, qui ont tous les caractères des kystes échinocoques et qui sont susceptibles des mêmes transformations que les membranes de ces derniers, offrent dans leur intérieur, à l'œil nu, des points blancs, que le microscope reconnaît pour des couronnés de crochets et des corpuscules calcaires; ces éléments ne diffèrent en rien de ceux qu'on observe dans les kystes hydatiques ordinaires, mais ils n'existent que dans les grandes loges, les petites sont généralement stériles.

D'après Virchow, les plus petits alvéoles ont un volume de 3 à 16 centièmes de millimètre, les moyens atteignent trois et quatre dixièmes; les plus grands qu'il ait observés avaient une longueur de 6 millimètres et une largeur de 2 à 3. Quant au volume de la tumeur dans son ensemble, il peut arriver à des proportions considérables; la cavité centrale a souvent le volume du poing, on lui a trouvé le volume d'une tête d'homme, et dans un fait de Griesinger, le diamètre transversal de cette cavité était de 30 centimètres, elle contenait seize chopines de liquide purulent. Il est de règle, en effet, et ce n'est pas là un des traits les moins caractéristiques de cette production morbide, que les parties centrales suppurent; le

liquide contenu est puriforme, d'un jaune ou d'un vert sale, et par le repos il donne un précipité blanc jaunâtre composé de petites vésicules, de membranes grisâtres, de granulations moléculaires, de cristaux et de graisse. Indépendamment de la tumeur principale, on en trouve parfois de petites, isolées et éparses dans le parenchyme du foie. — Ces produits ont pour effet de rétrécir le calibre des canaux biliaires, des branches de la veine porte, de l'artère hépatique et des veines sus-hépatiques; ces modifications étaient très-marquées dans le fait de Virchow, et dans le premier cas de Griesinger le rameau principal de la branche droite de la veine porte était oblitéré. Tels sont les principaux caractères anatomiques de l'échinocoque multiloculaire; je les ai empruntés à l'excellent ouvrage de Frerichs, dont la lecture complètera utilement ces données un peu concises.

Il n'existe que peu d'observations détaillées et précises de cette singulière lésion (1); mais dans tous ces faits, les

(1) Buhl, second cas. — *Illustrirte Münchener Zeitung*, 1852. — *Zeitschrift für ration. Medicin*, 1854.

Luschka et Zeller, *Alveolarcolloid der Leber*. Tübingen, 1854.

Virchow, *Verhandlungen der physik. medic. Gesellschaft in Würzburg*, 1856.

C'est Virchow qui a découvert le véritable caractère de ces tumeurs, et les a rapportées à un échinocoque multiloculaire.

Griesinger, *Archiv der Heilkunde*, 1860.

Frerichs, *Klinik der Leberkrankheiten*. Braunschweig, 1861.

Friedreich, *Beiträge zur Pathologie der Leber und Milz* (*Virchow's Archiv*, XXXIII, 1865).

Erismann, *Beiträge zur Casuistik der Leberkrankheiten*, Zurich, 1864. — Ce mémoire, postérieur, comme le précédent, à l'ouvrage de Frerichs, contient la relation d'un second cas de Griesinger, dans lequel le foie tuméfié est resté lisse à la palpation.

Voyez le complément de cette étude dans ma *Clinique de l'hôpital Lariboisière*.