

des altérations rencontrées à l'autopsie. Les déformations cicatricielles du foie et la lésion de l'encéphale ne laissent aucun doute à cet égard. Quant à la péritonite, il y a également lieu de l'attribuer à la syphilis, vu la fréquente coïncidence de cette altération avec les lésions syphilitiques du foie, et l'absence d'une cause qui puisse en expliquer la genèse.

Un point de physiologie pathologique digne d'être noté dans cette observation c'est, malgré l'oblitération presque complète de la veine porte, le défaut d'épanchement péritonéal. Ce fait rare nous paraît trouver son explication, indépendamment de la dilatation des veines de la paroi abdominale, dans l'adhérence de la paroi abdominale antérieure à la masse intestinale ou même à la colonne vertébrale, dans l'existence de fausses membranes dont l'organisation parfaite a pu contribuer à la résorption de la sérosité antérieurement épanchée. Ajoutons que, dans les faits de syphilis viscérale rapportés plus loin, la péritonite, lorsqu'elle existe, se présente toujours avec les caractères qu'elle a dans l'observation précédente. Aucun fait ne démontre qu'une péritonite aiguë suppurative soit jamais survenue dans ces conditions. Il est encore à l'état d'hypothèse que la substance ramollie d'une gomme hépatique se soit déversée dans la cavité du péritoine et l'ait enflammée.

La péritonite tuberculeuse et certains cas de péritonite membraneuse chronique, tels que ceux qui s'observent chez les individus adonnés aux boissons alcooliques, ne sont pas sans analogie avec la péritonite syphilitique. L'ascite, dans tous ces cas, peut cesser d'exister à un certain moment; mais si les désordres symptomatiques sont peu dissemblables, reconnaissons que les commémoratifs et les troubles concomitants sont toujours différents. En effet, si le foie et la rate sont généralement augmentés de volume dans les cas de péritonite syphilitique, les poumons sont le plus souvent lésés dans la péritonite tuberculeuse, et, en même temps que la péritonite alcoolique, il existe habituellement des pituites stomacales, des crampes, des fourmillements, de l'anesthésie aux extrémités des membres, etc.

ARTICLE V. — APPAREIL DE L'HÉMOPOIÈSE.

Nous réunissons sous ce chef les lésions syphilitiques des organes qui concourent à la formation du liquide sanguin. Cette communauté de fonction suffirait déjà pour légitimer ce groupement; mais ce qui a surtout contribué à notre décision, c'est l'altération en général simultanée de plusieurs de ces organes, altération qui est toujours suivie d'anémie, ou plutôt du syndrome connu sous le nom de *cachexie*. Le foie et les glandes vasculaires sanguines sont du reste particulièrement prédisposés à subir l'influence de la syphilis tertiaire, et pour ce motif il convient d'étudier dans un même chapitre les désordres qui s'y rencontrent.

§ 1. — Hépatite syphilitique.

BIBLIOGRAPHIE. — RAYER, *Traité des maladies des reins*, t. II, p. 486, 1837. — DITTRICH, *Prager Vierteljahrschrift*, 1849, t. I, p. 4, et 1850, t. II, p. 33. Analyse dans *Annal. des malad. de la peau, etc.*, t. III, p. 245. — RICORD, *Clinique iconographique de l'Hôpital des vénériens*. Paris, 1851. — GUBLER, *Mémoire sur une nouvelle*

affection du foie liée à la syphilis héréditaire chez les enfants du premier âge; *Gaz. méd. de Paris*, 1852, et *Mémoires de la Société de biol.*, t. IV, p. 25. — QUELET, *Essai sur la syphilis du foie*. Thèse de Strasbourg, 1856. — SCHUTZENBERGER, dans *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurg.*, 1857, p. 279. — LÉCONTOUR, *Des affections syphilitiques du foie*. Thèse de Paris, 1858. — WILLIS, *The Lancet*, janv. 1857 et 12 juin 1858. — BUDD, *On the diseases of the liver*, 2^e édit., 1857, p. 416. — ABELIN et DUBEN, *Foie syphilitique*, Dublin med. Press, n^o 1079, 1860. — R. VIRCHOW, *La syphilis constitutionnelle*, trad. franç. de P. PICARD. Paris, 1860. — LEUDET, *Recherches cliniques pour servir à l'histoire des lésions viscérales de la syphilis*, *Moniteur des sciences médicales*, 1860, p. 1131. — FR. KEESBACHER, *Lebersyphilis*, *Wien. Wochenblatt*, XVII, n^o 36. — MURCHISON, *Syphilitic disease of the liver diaphragm and dura mater*, *Lancet*, t. II, 1861. — HESCHL, *Zur Kenntniss der syphilit. Leberaffection.*, *Oesterr. Zeitschrift für praktische Heilkunde*, mars 1862, n^{os} 10 et 12, t. VIII, et *Schmidt's Jahrbücher*, t. CXVIII, p. 43. — H. BIERMER, *Ueber Syphilis der Leber und Milz*, *Casuistische Mittheilungen.*, etc., *Schweiz Zeitschrift für Heilkunde*, I, 1 et 2, p. 118, 1862. — LANCEREAUX, *Sur les cicatrices du foie*, *Bulletin de la Société anat. de Paris*, t. XXXVII, p. 33, juillet et août 1862. — SAM. WILKS, *On the syphilitic affections of internal organs*, *Guy's hospital Reports*, 1863. — ERNEST FALIGAN, *Des affections syphilitiques du foie*. Thèse de Paris, 1863. — OPPOLZER, *Syphilis der Leber*. *Wien. Med. Hall.*, IV, 10, 24, 26, 27, 1863, et *Schmidt's Jahrbücher*, t. CXX et CXXIV. — HÉRARD, *De la syphilis du foie*, *Union méd.*, 31 mai, p. 400, 1864. — L. R. HALDANE, *Case of cirrhosis of the liver with syphilitic deposit*. *Edinburg Med. Journ.*, 1864. — GRÄINGER STEWART, *Affection syphilitique du foie*, *Brit. Rev.*, XXXIV, p. 512, octobre 1864. — LANCEREAUX, *Des lésions viscérales syphilitiques*, *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurg.*, 1864. — COCO DIEGO, *Il Morgagni VIII*. — H. WEBER, *Transact. of the path. Soc. of London*, t. XVII, p. 153, 1866. et *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, p. 301, 1866. — VECCHI, *Giornale ital. d. mal. veneree e d. pelle*, 2, 1869.

L'idée que le foie peut prendre part aux désordres qu'apporte dans l'organisme la présence du virus syphilitique n'est certainement pas neuve. Elle régnait déjà parmi les premiers syphiligraphes, mais tous étaient loin d'être d'accord sur les changements que subit dans ces conditions la glande hépatique. Les uns voyaient dans la syphilis du foie un accident consécutif, et de ce nombre étaient Jac. Cataneus, G. Vella, A. Ferro (1). Les autres, au contraire, faisaient du foie le foyer principal de la maladie, par exemple Ant. Musa Brassavole, et plus tard Montanus, Ant. Gallus (2), Fallope (3), Ranchin (4), G. Keil (5). Cette dernière opinion était peu soutenable, et elle s'évanouit le jour où l'on se livra avec soin à l'étude de l'anatomie pathologique; dès lors les hypothèses durent tomber devant les faits.

Dans le siècle dernier et même dans les premières années de celui-ci, quelques observateurs, et particulièrement Bonnet (6), Astruc (7), Baader (8), Van Swieten (9), Cirillo (10), Portal (11), rapportèrent des faits assez peu complets

(1) Voy. Aloys. Luisini *Aphrodis.*, p. 151, 207, 433.

(2) Voyez *Aphrodisiacus*, p. 455, 554, 658.

(3) Fallope, *Tractatus de morbo Gallico*, cap. XII-XIII.

(4) Ranchin, *An hepar sit in lue venerea pars vitio affecta*, 1604.

(5) G. Keil, *Dissertatio inauguralis de lue venerea*, Marpurgi, 1614.

(6) Bonnet, *Sepulchretum*.

(7) Astruc, *loc. cit.*, p. 96, t. IV.

(8) Baader, *Observat. med. incisionibus cadav. anatom. illustr.*, p. 181.

(9) Van Swieten, *Comment. in Boerhaav. Aphorism.*, t. V, p. 371. Paris, 1773.

(10) Cirillo, *Traité complet des maladies vénériennes*. Paris, 1803, p. 136.

(11) Portal, *Maladies du foie*. Paris, 1813.

d'affections hépatiques liées à la syphilis ; aussi ces faits étaient-ils tombés dans l'oubli, lorsque Ricord et Rayer attirèrent de nouveau l'attention des médecins sur les lésions syphilitiques du foie. Plus récemment, Dittrich de Prague et Gubler étudièrent avec soin ces altérations, l'un chez l'adulte, l'autre chez l'enfant. Dans ces dernières années enfin, plusieurs observations intéressantes ont été produites sur le même sujet, en Angleterre par Wilks (1) et Bristowe (2) ; en Allemagne par Virchow, Frerichs (3), Oppolzer ; en France par Dufour (4), Leudet, Hérard, Proust (5) ; en Suisse par Biermer. Le moment est venu de réunir les faits épars, de les grouper, de les coordonner, et de chercher à en tirer des déductions générales au point de vue du diagnostic et du pronostic. Pour accomplir cette tâche difficile, nous ajouterons aux travaux de nos devanciers les recherches qui nous sont personnelles.

Étude anatomique. — Les affections syphilitiques du foie présentent des modalités ou formes anatomiques qu'il importe de bien connaître pour comprendre la variété de leurs symptômes. Ces formes distinctes, souvent coexistantes, ont, de l'analogie, les unes avec la cirrhose du foie (hépatite syphilitique diffuse), les autres avec les tumeurs du même organe (hépatite circonscrite ou gommeuse).

L'hépatite syphilitique diffuse ou cirrhose syphilitique, beaucoup plus rare que l'altération gommeuse, n'atteint, en général, qu'une partie de la glande hépatique. Comme l'orchite syphilitique, elle est caractérisée à son début par une vascularisation plus ou moins marquée et l'apparition d'un tissu conjonctif embryonnaire dont la plus grande partie se transforme peu à peu en tissu fibreux. Un premier effet de cette nouvelle formation, qui a son point de départ dans la trame conjonctive et la paroi des capillaires, consiste dans un épaissement de cette trame et conséquemment dans une augmentation plus ou moins grande, mais généralement assez peu considérable, du volume du foie. Après un certain temps, quand les jeunes éléments ont acquis un développement complet, les choses changent de face en vertu des propriétés rétractiles inhérentes à ce tissu nouveau comme à tous les tissus de cicatrice. La surface du foie présente en plusieurs points des sillons de plus en plus profonds, et qui, par leur disposition et la déformation qu'ils provoquent, ne manquent pas de donner à la glande un certain cachet de spécificité. Celle-ci adhère à l'aide de brides résistantes ou de cordons ligamenteux au diaphragme, plus rarement aux organes de voisinage, à la capsule surrénale et au rein, en sorte qu'il est parfois difficile de l'extraire de la cavité abdominale. Ses bords sont anfractueux, irréguliers, méconnaissables ; ses faces, bosselées, inégales, sont labourées de nombreux sillons qui, le plus souvent, irradient du ligament suspenseur, et au fond desquels existe un tissu fibreux résistant

(1) Wilks, *Transact. of the pathological Society*, t. VII et *loc. cit.*

(2) Bristowe, *Transact. of the path. Soc.*, t. X.

(3) Frerichs, *Traité des malad. du foie*, 1^{re} édit., 1862 ; 2^e édit., traduct. française. Paris, 1866.

(4) Ch. Dufour, *Bull. de la Soc. anat.*, 1851.

(5) Proust, *Bull. de la Soc. anat.*, p. 459, 1862.

(voyez pl. I, fig. 1 et fig. 1'). Par suite de cette disposition, la surface de la glande hépatique présente un aspect lobulé et une certaine ressemblance avec celle du rein des jeunes veaux. A la coupe, on voit partir du fond des sillons des prolongements qui circonscrivent des îlots plus ou moins étendus, mais en général de plusieurs centimètres de diamètre, ce qui donne à l'intérieur de la glande une apparence mamelonnée analogue à celle de sa surface. La substance hépatique comprise entre les cloisons fibreuses est plus ou moins modifiée ; sa consistance est ordinairement ferme ; sa coloration est foncée, ou jaunâtre. A côté de cette forme d'altération il en est une autre beaucoup plus rare et qui se traduit par une induration plus générale du parenchyme hépatique. Cette dernière, qui se rapproche davantage de la cirrhose ordinaire, s'observe peu de temps après les accidents secondaires.

La capsule de Glisson et les cloisons qui s'en échappent sont le siège tout particulier de l'hépatite syphilitique, et c'est leur rétraction surtout qui fournit au foie sa forme spéciale. L'examen microscopique de cette altération donne des résultats variables : d'abord on trouve, à la circonférence et dans l'épaisseur du lobule hépatique, de petites cellules arrondies ou fusiformes ; plus tard on rencontre ces mêmes éléments atrophiés et gras, ou organisés. Les cellules hépatiques, presque toujours simultanément altérées, conservent rarement leurs dimensions normales ; elles sont plus volumineuses et remplies de graisse, ou bien elles ont subi, en même temps que les parois des capillaires, la dégénérescence amyloïde. En général, elles sont atrophiées dans le voisinage des cloisons fibreuses, tandis qu'ailleurs elles sont ou normales ou augmentées de volume.

Peu distincte à son début, l'hépatite syphilitique diffuse présente plus tard des caractères qui permettent peu de la méconnaître. La cirrhose alcoolique, malgré un certain degré de ressemblance, n'offre pas les énormes lobules qui donnent à la cirrhose syphilitique l'aspect des reins des jeunes animaux, et ne présente jamais les vastes îlots séparés par des cloisons fibreuses de cette dernière. Elle est constituée par des granulations petites et souvent égales formant à la surface et dans l'épaisseur du parenchyme de petits grains jaunes ou brunâtres saillants et du volume d'un grain de raisin. Cette disposition est en rapport avec le siège de la prolifération, qui, chez les ivrognes, affecte plus spécialement le tissu conjonctif interlobulaire et les vaisseaux-portes. Aussi la capsule est-elle en général très-peu épaissie ; jamais, du reste, elle n'est labourée de sillons profonds, et rarement elle adhère aux organes voisins. Ajoutons que la cirrhose syphilitique s'étend au lobule, qu'elle est le plus souvent partielle, tandis que l'hépatite alcoolique est toujours générale, et l'on comprendra que la différence entre ces deux affections est des plus manifestes (1). La cirrhose qui s'observe quelquefois chez les fondeurs en cuivre se distingue également bien des deux variétés précédentes (2). Dans l'altération hépatique consécutive à la gêne circulatoire produite par les affections cardiaques, le foie, induré, ferme, lisse à sa surface, d'une teinte jaunâtre pointillée de brun (foie noir

(1) Planche I, fig. 2, se trouve dessinée une portion de foie atteint de cirrhose alcoolique. Comparez ce dessin avec celui de l'hépatite syphilitique représentée, fig. 1.

(2) Voyez sur cette lésion l'article ALCOOLISME du *Dictionn. encyclopédique des Sciences médicales*, t. II, p. 635, et notre *Atlas d'anat. pathologique*.

muscade), n'offre jamais les épaissements-fibreux de la cirrhose syphilitique.

Les faits qui servent de base à cette description sont déjà nombreux; mais comme il serait trop long de les rapporter avec tous leurs détails, nous nous contenterons de donner un court résumé, ou simplement l'indication des principaux d'entre eux, nous réservant de ne publier *in extenso* que l'observation suivante :

Cachexie syphilitique, pneumonie et phlegmon du bras; érysipèle et mort. — Altération des poumons et dégénérescence cirreuse de la paroi ventriculaire du cœur gauche; hépatite diffuse; lésions rénale et splénique; hypertrophie de la glande thyroïde.

Obs. XXIX. — F...., âgée de quarante-sept ans, marchande ambulante, admise à l'hôpital de la Pitié, le 15 avril 1861, est une femme amaigrie et depuis longtemps souffrante, elle se plaint d'une douleur violente dans le côté droit de la poitrine et vers l'épine de l'omoplate du même côté. On constate à l'auscultation tous les signes d'une pneumonie récente. Le 16 avril, saignée de 250 grammes; vésicatoire volant entre les deux épaules. Le 20, les crachats perdent leur viscosité et leur coloration; l'expectoration est abondante; il existe des râles de retour. Malgré cette amélioration apparente, le teint cachectique de la malade, le refroidissement de ses extrémités, la petitesse de son pouls, phénomènes qui paraissent fort peu en rapport avec l'état local de l'appareil respiratoire, ne laissent pas que d'inquiéter. Le 27, les râles ont en partie disparu; le pouls conserve sa petitesse et sa fréquence, et la peau reste froide. Un phlegmon développé à la suite de la saignée du bras est aussi presque complètement disparu, mais il survient un érysipèle qui gagne le sein, envahit le tronc et amène la mort en trois jours.

Autopsie. — Oedème des jambes sans thrombose. A 3 centimètres de la vulve, sur la partie supérieure et interne de la cuisse gauche, existe une cicatrice circulaire large, de 2 à 3 centimètres d'étendue. Entre l'anus et la vulve, existent plusieurs autres cicatrices, dures, blanchâtres et légèrement saillantes. Elles sont froncées et de forme circulaire, ce qui indique assez leur origine. Le cerveau et ses enveloppes ne sont pas sensiblement altérés. Le corps thyroïde a le volume d'un œuf d'oie et une apparence cirreuse.

Léger épanchement de sérosité dans la plèvre droite. Hépatisation du sommet du poumon du même côté. Adhérence du sommet du poumon gauche, dont la base, comme celle du poumon droit, offre sur quelques points des traînées blanchâtres dues à l'épaississement des cloisons interlobulaires.

Le péricarde est sain; la cavité ventriculaire gauche est dilatée; ses parois offrent une épaisseur de 2 centimètres; sa surface de section est lisse et polie, d'aspect lardacé, comme cirieux. D'une coloration jaune brunâtre, cette paroi résiste à la pression et laisse voir sur quelques points des taches blanchâtres au niveau desquelles on ne trouve que des fibres de tissu conjonctif. Le cœur droit paraît sain. Recouvert d'une légère couche de graisse, il contient un coagulum fibrineux, mou et de formation récente. Les valvules sont intactes à droite; à gauche, les valvules aortiques sont épaissies et indurées à leur base, plusieurs végétations se rencontrent à la surface de la valvule mitrale. La crosse de l'aorte, dilatée, présente plusieurs plaques jaunes disséminées. Quelques-unes des fibres musculaires sont lisses, homogènes et très-réfringentes; d'autres offrent une altération granuleuse, surtout à leur partie centrale; un certain nombre d'entre elles sont intactes.

Le foie adhère au diaphragme dans une grande partie de son étendue, et il est difficile de l'en détacher, tant les membranes qui l'unissent sont anciennes et intimes. Ces adhérences unissent encore le foie au rein droit, et c'est chose difficile que de séparer ces deux organes. Retirée de l'abdomen, la glande hépatique est parcourue par des sillons nombreux et profonds, qui la divisent en un grand nombre de lobules et lui donnent un aspect assez semblable aux reins des jeunes ani-

maux. Ces sillons, qui ont de 1 à 2 centimètres de profondeur, occupent le voisinage du ligament supérieur et le lobe droit. Ils se trouvent sur les deux faces de l'organe et principalement sur la face concave. Le lobe gauche est diminué de volume, et tellement labouré par ces sillons qu'il est méconnaissable. Le foie tout entier a 22 centimètres de hauteur, et une largeur de 23 centimètres; sa forme est profondément modifiée, et il est assez difficile de distinguer ses différentes parties (pl. I, fig. 1 et fig. 1'). Les bords présentent, ainsi que les faces, des scissures très-profondes dont quelques-unes sont comblées par du tissu fibreux. Les vaisseaux du foie sont libres et intacts. La section laisse voir un épaississement tellement considérable, qu'il atteint 1 centimètre d'épaisseur environ (pl. I, fig. 1'); ces cloisons circonscrivent et atrophient un plus ou moins grand nombre de lobules, et c'est à leur rétraction qu'est dû l'aspect tout particulier du foie. La substance hépatique comprise entre ces cloisons uniquement formées de fibres conjonctives et de granulations grasses, est d'une coloration légèrement jaunâtre. Les cellules hépatiques sont les unes normales, les autres atrophiées et granuleuses; quelques-unes enfin sont plus volumineuses et renferment d'abondantes granulations grasses. Le tissu conjonctif qui accompagne les ramifications de la veine porte ne paraît pas être altéré, et cette circonstance rend compte de l'absence d'ascite.

La rate a 22 centimètres de long et 12 de large; moins intimement unie que le foie au diaphragme, elle adhère aussi au rein correspondant; la tunique extérieure est épaissie vers sa partie moyenne, où existe une large plaque blanche. Plusieurs taches brunâtres, infarctus hémorragiques, se voient à la surface. La coloration du parenchyme est jaunâtre. Les glandes lymphatiques offrent deux aspects différents; dans l'aîne gauche, au voisinage de la cicatrice dont il a été question, elles sont doublées ou triplées de volume et comme purulentes; il en est de même dans l'aîne droite. Les ganglions situés en avant de la colonne vertébrale sont un peu moins volumineux et de coloration jaunâtre ou brunâtre.

Les reins sont jaunâtres et marqués de dépressions à fond induré, analogues à des cicatrices, plus ou moins profondes et étendues. Plus volumineux et moins déprimé que le rein droit, le rein gauche présente à la coupe une surface lisse non granuleuse, parcourue de vaisseaux gorgés de sang. A l'examen microscopique, la trame de substance conjonctive est épaissie (hyperplasie), surtout au voisinage des corpuscules de Malpighi, qui pour la plupart sont petits et atrophiés. Quelques-uns des tubuli sont aussi atrophiés, les autres renferment des cellules épithéliales altérées et chargées de granulations grasses (1).

Observé à une époque où les manifestations syphilitiques des viscères préoccupaient fort peu le clinicien, ce cas ne fait point mention des antécédents pathologiques de la malade, et ne permet pas de suivre la filiation des accidents syphilitiques. Deux circonstances cependant conduisent à admettre ici l'existence de la syphilis: la présence de cicatrices particulières à la région du périnée et un état de cachexie que rien ne parvenait à expliquer. Ce premier point accepté, c'est bien à la syphilis que doivent se rattacher les lésions anatomiques constatées à l'autopsie, si l'on tient compte des observations suivantes, tout à fait démonstratives à cet égard.

Une femme âgée de quarante-deux ans se plaignait de douleurs vagues dans l'abdomen, de mauvaises digestions, de perte d'appétit et de constipation. Elle offrait en même temps un ictère peu marqué à la peau, mais manifeste aux sclérotiques; le foie, augmenté de volume, présentait des bosselures distinctes à la palpation. Plus tard on vit survenir de la céphalalgie, une amaurose, des convulsions, du

(1) Cette observation a été publiée dans la *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurgie*, p. 547, 1864.

délire et du coma, accidents qui furent bientôt suivis de la mort. L'autopsie révéla l'existence d'une altération des os du crâne et un tubercule gommeux du corps pituitaire. Le foie, volumineux, adhère au diaphragme et présente un aspect lobulé tout particulier; sa surface est semée de sillons nombreux et de bosselures produites par la rétraction de cloisons fibreuses que projette la capsule épaissie dans l'épaisseur du parenchyme légèrement jaunâtre. Le péritoine contient peu de liquide; la plupart des glandes vasculaires sanguines sont augmentées de volume (1).

Les observations LX, LXI et LXXI du traité de Frerichs sur les maladies du foie signalent l'existence d'adhérences multiples au diaphragme et aux organes voisins, la déformation, l'état lobulé et l'augmentation ou la diminution de volume du foie syphilitique. L'observation IX du mémoire de Leudet (2) est un autre exemple de ce genre d'altération. Le foie, réduit au moins d'un tiers de son volume normal, jaune fauve, très-irrégulier à sa surface, est coupé de nombreuses dépressions cicatricielles qui interceptent des mamelons irréguliers de substance hépatique, principalement au niveau du ligament suspenseur. Ces dépressions correspondent, à la coupe, à d'épaisses bandes de tissu cellulo-fibreux suivant le trajet des vaisseaux et interceptant des portions étendues du parenchyme hépatique. Partout, même dans les points où ces dépressions n'existent pas, de larges bandes fibreuses suivent la direction des vaisseaux, mais là beaucoup moins épaisses que dans les endroits déprimés. Dufour a rapporté un fait où se retrouvent les mêmes altérations. Un foie recueilli par Gallard (3) sur un adulte syphilitique était irrégulièrement bosselé, maintenu, par des adhérences sous forme de brides fibreuses solides, au diaphragme et à la face antérieure de l'estomac; des tractus blanchâtres paraient de ces brides pour pénétrer dans l'épaisseur du parenchyme.

L'hépatite circonscrite ou gommeuse, peu connue des médecins des siècles précédents, a été étudiée avec soin dans ces derniers temps. Cirillo paraît avoir entrevu cette affection: « Si le foie, dit-il, s'endureit et acquiert un volume démesuré, la substance qui le compose paraît ordinairement comme recouverte de petits grains ronds et distincts les uns des autres, elle est jaune et très-dure intérieurement; en l'ouvrant on sent sous le bistouri de petits corps solides analogues à des grains de sable fin. » Ricord fixe l'attention d'une façon plus spéciale sur ces productions qu'il compare au tubercule gommeux du tissu cellulaire et qu'il décrit comme il suit dans un fait de sa *Clinique iconographique*: « Le foie, d'un volume moyen, d'une coloration et d'une consistance ordinaires, présente à la surface convexe de son lobe droit une tumeur assez irrégulièrement arrondie, de la grosseur d'une noix, un peu saillante, mais presque entièrement plongée dans la substance de l'organe. Cette tumeur, divisée en deux parties, semble entourée d'une espèce de kyste; elle est formée du reste par un tissu dur et dense, assez homogène, criant un peu sous le scalpel et n'offrant aucune trace de vaisseaux. Elle paraît

(1) L. Gros et Lancereaux, *Affections nerveuses syphilitiques*, 1861, p. 246, observation CXXIV.

(2) Voyez encore l'observ. XIX.

(3) Gallard, *Bull. de la Soc. anat.*, t. XXVII, p. 282.

présenter beaucoup d'analogie avec certains tubercules du tissu cellulaire qu'on rencontre fréquemment dans la syphilis tertiaire. »

Dans un paragraphe servant d'appendice au cancer du foie et intitulé: *Enkysted knotty tumors of the liver*, Budd (1) a donné sans le vouloir une excellente description des gommeux du foie. Les caractères de l'altération hépatique, l'enkystement, l'aspect, la consistance caséeuse, comme aussi la constitution anatomique des tumeurs qu'il décrit, sont autant de conditions qui, même en l'absence de la mention des antécédents syphilitiques, ne peuvent laisser de doute sur la véritable origine d'une affection que l'auteur lui-même a grand embarras à faire entrer dans le cadre des maladies connues. Aussi, voulant donner une explication de cette altération, a-t-il été conduit à l'attribuer à la dilatation des conduits hépatiques par la présence de la matière colorante biliaire trouvée au centre des nodus. Mais, comme nous le verrons bientôt, cette particularité, assez commune aux tubercules syphilitiques du foie, trouve son explication dans ce fait, que les conduits hépatiques, sinon le tissu de leur voisinage, sont quelquefois le siège primitif, le point de départ de l'altération gommeuse. Dittrich de Prague et Wilks (2) firent connaître la liaison causale existant entre les nodosités étudiées par Budd et la syphilis constitutionnelle. Dans quelques faits personnels à ces auteurs, le foie, adhérent au diaphragme, présente des tumeurs plus ou moins nombreuses de volume variable, constituées par une substance d'un blanc jaunâtre, opaque au centre et enveloppée d'un tissu récent et transparent composé de fibres de tissu conjonctif et de cellules fusiformes. Virchow a rencontré des tubercules ou nodosités blanchâtres, sèches et entourées d'un tissu cicatriciel calleux ou tendineux, dans l'épaisseur de la glande hépatique chez des individus affectés de syphilis. Frerichs a vu ce genre d'altération avec profondes dépressions à la surface du foie. Bristowe (3), Meyer (4), Biermer et Wagner ont observé ces mêmes lésions, que, de notre côté, nous n'hésitions pas à rattacher à la syphilis dès l'année 1859, où déjà nous entretenions la Société de biologie de nos recherches à cet égard.

Dans la moitié au moins des cas connus, la glande hépatique, siège des nodus gommeux, a contracté, surtout au niveau des produits de nouvelle formation, des adhérences solides et résistantes avec les organes du voisinage et en particulier avec le diaphragme, contrairement à ce qui a lieu pour les productions cancéreuses, dans lesquelles ces adhérences sont exceptionnelles. Sa surface est en général parcourue par des sillons cicatriciels, des dépressions plus ou moins profondes; son volume, normal dans quelques cas, est d'autres fois diminué, plus souvent augmenté, et ces changements tiennent d'une part à la rétraction qu'amènent la fonte et la résorption des gommeux, d'autre part à l'accumulation plus ou moins considérable de substances grasses ou amyloïdes au sein du parenchyme hépatique, dans l'épaisseur des cellules et des parois vasculaires. Les tumeurs ou nodus sont multiples et profondément situées;

(1) Budd, *Diseases of the liver*, p. 426, 2^e édit. London, 1857.

(2) *Transact. of patholog. Society of London*, t. VIII et IX. — *Med. Tim.*, 3 juillet 1858, 10 janvier 1857. — *Gazette hebdomadaire*, p. 142, 1859.

(3) *Transact. of the patholog. Society of London*, t. X.

(4) Meyer, dans *Schmidl's Jahresh.*, t. CXIV.

plus rarement superficielles, elles sont saillies sous la capsule. Arrondies et d'un volume qui varie entre la grosseur d'un grain de millet, d'un pois, d'une noisette, d'une noix ou même d'un œuf, elles présentent dans certains cas la forme d'une lentille ou d'un haricot; leur coloration est blanchâtre, grisâtre ou jaunâtre, leur consistance ferme ou un peu molle, suivant la proportion relative des éléments qui les constituent et leur degré plus ou moins avancé d'évolution. Ainsi, tantôt elles offrent une surface de section sèche, élastique, saillante au-dessus du tissu voisin, tantôt elles ont l'aspect d'une sorte de magma, d'où s'échappe parfois un liquide d'apparence laiteuse. Dispersés à la surface ou dans la profondeur du foie, agglomérés sur un ou plusieurs points, ces néoplasmes sont plongés au sein d'un tissu très-rétractile, toujours moins saillant à la coupe que la nodosité elle-même. Grisâtre et vasculaire, ce tissu, en cas d'agglomération des tumeurs, forme pour ainsi dire autant de loges à parois résistantes dans lesquelles est comprise la masse phymatoïde qu'il est parfois possible d'énucléer. Ce n'est pas une simple condensation de la trame du foie produite par le refoulement des cellules hépatiques, mais une nouvelle formation de vaisseaux, de noyaux, de corpuscules et de fibres de tissu conjonctif. La substance jaune centrale, au contraire, est peu vasculaire, et composée de cellules petites et de noyaux ronds, agglomérés au sein d'une trame fibrillaire. A mesure qu'on examine des portions plus rapprochées du centre de la tumeur, on observe des éléments plus fortement infiltrés de granulations graisseuses, et dans un état de destruction moléculaire plus avancée; au centre même, souvent, il n'y a plus que des granulations qui, dans quelques cas, constituent une sorte d'émulsion dans laquelle nous avons constaté la présence de cristaux de cholestérine (pl. I, fig. 5^o).

* En résumé, les tumeurs gommeuses du foie sont composées de deux parties : l'une centrale, blanchâtre ou jaunâtre, mort-née en quelque sorte, et dont la métamorphose plus ou moins prompte est fatale; l'autre, périphérique, grisâtre, résistante, fibreuse, vivace, qui, se comportant à la façon des tissus de cicatrice, favorise sans aucun doute la résorption des éléments dégénérés. Ainsi s'expliquent les nombreuses variétés de ces tumeurs, la possibilité de leur disparition, la rétraction et enfin la dépression si caractéristique du foie au niveau du point où elles ont primitivement existé. A la vérité, il est difficile de préciser le temps que mettent ces produits à parcourir les diverses phases de leur évolution; mais ce temps ne semble pas devoir être très-long, car, d'après quelques faits que j'ai observés, il ne dépasserait pas toujours une année. Dans quelques cas rares, ces néoplasmes sont envahis par des sels calcaires et subissent une véritable pétrification comme le montre une observation rapportée plus loin. La résorption n'est plus possible alors, et le produit calcifié peut séjourner indéfiniment dans l'organe affecté. Telle est sans doute l'origine de formation d'un certain nombre de concrétions pierreuses trouvées dans le foie (1), et qui, au dire de Mérat, sont enveloppées d'un kyste fibreux.

Longtemps l'altération qui nous occupe a été confondue avec le tubercule et le cancer du foie dont elle diffère et par son évolution et par ses caractères

(1) Morgagni, *Epist.* xxxviii, n° 52. — Bianchi, *Historia hepatica*, p. 55. Genevæ, 1725. — Mérat, *Dict. des sciences méd.*, t. XVI, p. 125.

histologiques. Oppolzer et Boeckdalek considèrent comme des cancers guéris les nodosités gommeuses et les dépressions cicatricielles qui leur succèdent, jusqu'au moment où Dittrich de Prague parvint à démontrer leur origine syphilitique en se servant des préparations anatomiques et des observations de ces mêmes auteurs. Des caractères tranchés séparent ces deux ordres d'altération : le foie cancéreux n'a pas, avec les organes voisins, des adhérences comme le foie syphilitique. S'il est déformé par les bosselures dues à la saillie des tumeurs cancéreuses, il n'offre de cicatrices ni dans sa profondeur ni à sa surface. La tumeur cancéreuse, enveloppée par le tissu même de l'organe, n'est pas, comme la gomme, circonscrite par une zone fibreuse, épaisse, grisâtre; elle affecte une forme marronnée avec dépression centrale, et non globuleuse comme la tumeur syphilitique; de plus, elle est très-vasculaire, quand cette dernière l'est à peine. Ces différences appartiennent d'une façon plus spéciale aux carcinomes mixtes ou encéphaloïdes. Quant au cancer épithélial, même lorsqu'il se présente sous forme de masses arrondies, globuleuses, un peu molles ou enkystées, il se reconnaît facilement par la nature des éléments qui entrent dans sa composition (épithéliums cylindriques).

Les tubercules du foie, qu'ils revêtent l'aspect de granulations miliaires grisâtres et transparentes, ou de noyaux jaunâtres du volume d'une lentille ou d'un pois, sont faciles à distinguer des tumeurs gommeuses par leur coexistence habituelle avec des lésions de même nature dans d'autres viscères et principalement dans les poumons. Pour ce qui est des masses tuberculeuses non syphilitiques que l'on a voulu voir dans le foie, il faut avouer que leur existence est au moins fort douteuse. Parmi les rares observations que nous connaissons à ce sujet, il en est une que rapportent Rilliet et Barthez (1), où, en l'absence même des antécédents syphilitiques, les bosselures du foie, la réduction du volume de cet organe, les lésions cellulaires de sa surface, sont autant de caractères qui nous paraissent plaider en faveur d'une affection plutôt syphilitique que tuberculeuse. C'est à plus forte raison à une affection de même origine qu'il faut encore rapporter un fait publié par la *Gazette des hôpitaux* (2), sous le titre de tuberculisation avec ratatinement cirrhotique du foie : les irrégularités, les brides, les bandes fibreuses, les bosselures signalées à la surface de l'organe, les masses tuberculeuses groupées en un point, sont, en effet, autant de caractères que nous retrouvons dans la plupart de nos observations, où une origine syphilitique est à l'abri de toute contestation. Resterait à séparer des gommeuses syphilitiques les tumeurs fibreuses du foie; mais ces tumeurs sont en réalité fort rares : dans le seul fait qui ait passé sous nos yeux, il existait dans l'épaisseur de l'organe une énorme masse fibreuse encroûtée de sels calcaires, et, dans le voisinage, des tumeurs plus petites, mais néanmoins différentes des gommeuses par leur coloration uniforme, grisâtre ou rosée, par leur vascularité et le développement partout égal de leurs éléments.

Quelques observations mettront en lumière les caractères des gommeuses du foie.

(1) *Traité des maladies des enfants*, t. III, 2^e édit., 1853, p. 846.

(2) *Gazette des hôpitaux*, n° 17, 10 février 1863.