les bains alcalins qui favorisent considérablement l'élimination des matières colorantes contenues dans le derme.

Il ne faut pas oublier la façon favorable avec laquelle agissent les eaux minérales alcalines, telles que celles de Kissingen, Marienbad, Vichy, Vals, Ems, etc., principalement dans les cas d'ictère catarrhal ou lié à la lithiase biliaire.

BOUILLAUD. Nosologie médicale. — ANDRAL. Clinique médicale, t. II, 1834. — ADDISON et W. GULL. On a certain affection of the Skin, Vitéeligoïde (Guy's Hosp. Rep., 1851). — BAMBERGER. Die Krankheiten der Leber in Virchow's Handb. der Pathologie und Terapie, 1855. — GUBLER. De l'ictère hémaphéique (Soc. méd. des hôp., 1857). — DURAND-FARDEL. Dict. général des Eaux minérales, 1868. — LEBERT. Traité d'anatomie pathologique, 1861. — NAUNYN. Arch. für Anat. und Phys., 1868. — BARTH et BESNIER. Art. *Biliaires (Voies)* in Dict. encyc. des sc. méd., 1869. — HABRAN. De la bile et de l'hématoïdine dans les kystes hydatiques, th. de Paris, 1869. — LABORDE. Physiol. path. de l'ictère, thèse conc., 1869. — GOODEVE. On Jaundice in Reynold's System of Medicine, t. III, 1871. — HUTCHINSON. Med.-Chir. Trans., 1874. — J. SIMON. Art. *Ictère* in Nouv. Dict. de méd. et de ch. pr., t. XVIII. — KLEINPETER. Du pouls dans l'ictère simple, th. de Nancy, 1874. — AUDIGÉ. Spasme des voies biliaires, th. de Paris, 1874. — A. PONCET. De l'ictère hématique traumatique, th. de Paris, 1874. — HARLEY. De l'urine, Paris, 1875. — GANGOLPHE, Du bruit du souffle mitral dans l'ictère, th. de Paris, 1875. — WICKHAM LEGG. An examination of the opinions held as to the causes of the Jaundice (St. Bartholomew's Hosp. Rep., 1876). — FRERICHS. Traité pratique des maladies du foie, 3e édit. franç., 1877. — IS. STRAUS. Des ictères chroniques, th. d'agrég., 1878. — POTAIN. Assoc. franç., le Havre, 1878. — J. TEISSIER. Affections cardiaques d'origine gastro-hép. 1879. — FRANÇOIS-FRANCK. Gaz. hebdomadaire, 1880. — MOSSÉ. Accidents de la lithiase biliaire, th. conc., 1881. — CORNILLON. De l'héméralopie dans les affections du foie, in Progrès méd , 1882, n° 29. — QUEIREL. Ictère de la grossesse (Ac. méd., 1883). — BAGNOL. De l'ictère alc. aigu, th. de Paris, 1883. — MENDIBOURE. Contribution à l'étude de l'ictère spasm., th. de Paris, 1884. — POTAIN. Ictère spasm. (Gaz. des hôpit., 1884). — QUINCKE. Contrib. à l'étude de l'ict. (Arch. f. exp. path., 1885). — DOUILLET. Essai sur le mécan. de la résorp. bil. de l'ictère, th. de Lyon, 1885. — KŒNIGSTEIN. Héméralopie bei icterus (Wien. med. Pres., 1885). — QUINCKE. Pathol. de l'ictère des nouv. nés (Arch. fur exp. Path., 1885). — QUÉDILLAC. De l'ict. syph. second. (Paris méd., 1885). — FABRE. Trois ordres de phénom. card. dans l'ictère, th. Paris, 1885. — CHAUFFARD. Contribution à l'étude de l'ictère catarrhal (Rev. de méd., 1885). — KELSCH. Nature de l'ictère catarrhal (Rev. méd., 1886). — KELSCH et KIENER. Traité des maladies des pays chauds, 1889. — DREYFUS-BRISSAC et CHÉRON. Ictère hémaphéique (Gaz. hebd., 1890). — P. TISSIER. Pathogénie de la sécrétion biliaire, th. Paris, 1889. — WERTHER. Mal. de Weil (Deut. med. Wochens., 1889). — WEISS. Même sujet. (Wien. med. Wochenschr., 1890). — DUCAMP. Une petite épid. de d'ictère infectieux (Rev. méd., 1890). — CHAUFFARD. De la guérison apparente et de la guérison réelle des affections hépatiques (Arch. gén. méd., 1890). — CHERCHEWSKI. Contrib. à la pathol. du foie (Wratch, 1890). — SENATOR. Urobilinurie (Samml. klin. Vorträge de Volkmann, 1890). — DREYFUS-BRISSAC et CHÉRON. Ictère hémaphéique (Gaz. hebd., 1890). — HENNIG. Ictère épidémique (Samml. klin. Vorträge, 1890). — RICHARDIÈRE. Ictère à forme rénale (Sem. médic., 1890). — PILLIET. Ictère infectieux (Progr. méd., 1890). — FLINDT. Remarques sur l'étiologie de l'ictère

catarrhal (Bibl. for Lager, 1890). — GIRODE. Quelques faits d'ictère infectieux (Arch. gén. méd., 1891). — MYA. Physiol. path. de l'ictère (Arch. ital. de clin., 1891).— MYA, PATELLA, ETC. Pathologie générale de l'ictère (4e. Congrès de la Société. italienne de méd. int., oct. 1891). — NOTHNAGEL. Ictère catarrhal (Wien. med. Woch., 1891). — LEIBLINGER. Ictère post-rhumatismal (Wien. med. Woch., 1891). — DEBOVE. Ictère fébrile à rechute (Gaz. des hôp., 1891). — RAYMOND. Ictère microbien (Sem. médicale, 1891).— GAUTIER. (Arm.). Cours de chimie, 1892. — LIÉGEOIS. Le traitement des ictères (Rev. gén. de clin., 1892).

HÉPATITES.

Nous décrirons successivement : les formes aiguës, *congestion*, *hépatite parenchymateuse*, *hépatite suppurée ;* les formes chroniques interstitielles, *cirrhose atrophique* et *cirrhose hypertrophique*, et parenchymateuses, *hépatite chronique parenchymateuse*, que nous ferons suivre d'un court chapitre sur les *adénomes* et *polyadénomes* du foie.

CONGESTION DU FOIE.

Les causes de la congestion hépatique sont très nombreuses.

La plus importante est sans contredit la gêne de la circulation cardio-pulmonaire. Les maladies de l'orifice mitral, par leur retentissement sur la petite circulation et le cœur droit, les lésions de l'orifice tricuspide, par l'obstacle qu'elles opposent à la déplétion de la veine cave inférieure ou par le reflux du sang jusque dans les veines hépatiques, amènent forcément une stase dans le réseau de la glande hépatique. Il en est de même des maladies chroniques (emphysème, sclérose, pleurésie chronique) ou aiguës du poumon (pneumonie, coqueluche, bronchite capillaire), qui favorisent la stase veineuse intra-hépatique, autant par la diminution qu'elles apportent au champ de l'hématose que par le défaut d'aspiration thoracique qui en est la suite (Frerichs). C'est encore par le même mécanisme qu'agissent les tumeurs du médiastin, l'adénopathie bronchique, les anévrysmes de l'aorte (Watson), l'oblitération des veines hépatiques, etc.

Les congestions du foie, liées aux affections du tube digestif, sont également fréquentes. Le phénomène de la digestion s'accompagne toujours d'une hypérémie notable de la glande hépatique. Les aliments trop abondants, les repas insuffisamment espacés, exagèrent cette congestion physiologique (Beau), et cette action est beaucoup plus marquée lorsque les ingesta possèdent par eux-

mêmes des propriétés irritantes (alcool, poivre, moutarde, café, thé, etc.). La congestion hépatique accompagne fréquemment la dilatation de l'estomac (Bouchard). Elle atteint son maximum dans la saison chaude et dans les pays intertropicaux. La congestion qui, dans les cas cités plus haut, est d'*origine passive*, devient ici essentiellement active.

La congestion du foie s'observe presque constamment dans la dysenterie, la fièvre intermittente (Pringle, Haspel), le typhus, la fièvre typhoïde, dans certaines dyscrasies ou diathèses, scorbut, purpura, leucocythémie, diabète, arthritisme (Galtier-Boissière, J. Simon), le rhumatisme, la syphilis à la période secondaire (J. Simon, Chabannes), dans les empoisonnements par le plomb, le phosphore, les toxiques hématiques, comme l'oxyde de carbone, l'acide phénique (Ferrand).

L'hypérémie congestive du foie se rencontre encore à la suite des contusions (Piorry, Frerichs), de la suppression des règles ou d'un flux hémorroïdaire, à l'époque de la ménopause (Portal Hénoch).

Enfin, certains troubles nerveux peuvent déterminer la congestion hépatique, ainsi que cela résulte des expériences de Cl. Bernard (piqûre du quatrième ventricule, électrisation du bout central du pneumogastrique, etc.), et de celles de Frerichs (section du splanchnique et extirpation du ganglion cœliaque).

Anatomie pathologique. — La congestion dépendant d'une affection cardiaque a des caractères bien tranchés et bien connus. Augmenté de volume et de consistance, tout en conservant sa forme, gonflé d'un sang qui s'écoule en nappe sur les surfaces de section, le foie congestionné offre à la coupe un aspect marbré ou granité, avec une coloration rouge intense à la partie centrale des lobules et une apparence grisâtre ou jaunâtre à leur périphérie. Cet aspect, qui avait fait croire à l'existence de deux substances dans le foie (Andral) et qui n'est que l'exagération de l'état normal (Wickham Legg), a reçu les noms assez impropres de *foie cardiaque* ou de *foie muscade*; il est dû à la distension parfois considérable des veines intra-lobulaires, origine des veines sus-hépatiques, et à l'anémie relative des ramuscules interlobulaires de la veine porte.

Les cellules hépatiques du centre du lobule, intactes au début, ne tardent pas à s'atrophier ; leur protoplasma devient granuleux et renferme du pigment brun, des cristaux d'hématoïdine (Vulpian), de la matière colorante biliaire : celles de la phériphérie se chargent de granulations graisseuses.

A cette hypertrophie du foie succède une atrophie qui avait été confondue avec la cirrhose vulgaire par Becquerel et par Forster.

L'atrophie du foie est due à la disparition des cellules centrales du lobule et à la rétraction du tissu conjonctif de nouvelle formation, soit qu'il prenne naissance dans l'intérieur du lobule (Virchow, Frerichs, Charcot), autour de la veine centrale, soit que la prolifération embryonnaire porte exclusivement sur les espaces périlobulaires (Handfied Jones, Liebermeister, Wickham Legg). Cette dernière opinion est rejetée absolument par Cornil et Ranvier et par Sabourin. Sans doute, comme l'a montré Talamon, le foie cardiaque peut, à un certain moment, offrir les caractères anatomiques du foie granuleux ; mais il s'agit alors, pour la plupart des cas, d'un processus anatomique spécial que Sabourin a désigné sous le nom de *foie interverti* et qui consiste dans la formation de nodules limités à la périphérie par les travées fibreuses développées autour des veines sus-hépatiques et dont le centre est constitué par un ou plusieurs espaces porto-biliaires.

Les lésions anatomiques des autres formes de congestion hépatique sont moins connues, à l'exception de celles de l'intoxication palustre, qui ont été étudiées par Frerichs, et tout récemment ont donné lieu à une série de savantes recherches de la part de MM. Kelsch et Kiener. Elles diffèrent peu de celles du foie cardiaque. Le foie est gris d'acier, parfois très foncé (foie pigmenté, *mélanique*, de Frerichs), coloration due à un abondant dépôt de pigment.

Description. — La congestion hépatique peut ne donner lieu à aucun symptôme (congestion normale de la digestion, des pyrexies). Le plus souvent, que le début soit lent ou graduel, ou au contraire, que la maladie se déclare subitement, le patient éprouve du côté du foie quelques sensations anormales, une sorte de tension ou de douleur sourde et contusive, s'exagérant par la pression et la percussion, s'irradiant vers l'épaule droite et apportant une gêne parfois très marquée à la respiration. En même temps il est facile de constater que le foie est augmenté de volume, car son bord tranchant dépasse les fausses côtes et peut être facilement senti par la palpation. Dans les congestions d'origine cardiaque on perçoit souvent des battements hépatiques qui ont pour cause directe, comme le vrai pouls veineux des jugulaires, le reflux du sang dans les veines caves par suite de l'insuffisance tricuspidienne. Ces battements déjà signalés par Frerichs ont été bien étudiés par Potain et Mahot. Ils peuvent s'accompagner parfois d'un bruit de souffle.

En général, les sensations anormales éprouvées par le malade et l'augmentation de volume du foie manquent rarement. L'*ictère* cependant peut être le seul symptôme de la congestion du foie, lorsque celle-ci est sous la dépendance d'un trouble subit de l'in-

nervation. On observe rarement l'ictère dans les congestions passives d'origine cardiaque, et presque jamais dans les congestions palustres. Plus fréquent dans les fluxions irritatives, l'ictère alors est dû soit à la compression exercée par les capillaires dilatés sur les origines des canalicules biliaires (*ictère par résorption*), soit à la contraction spasmodique de ces canalicules (Lépine); on l'observe surtout dans les pays chauds, où il est constant et reconnait pour cause une sécrétion exagérée (*ictère par polycholie*), soit par catarrhe des voies biliaires, soit par trouble de l'innervation du foie (Vulpian).

Les saignements de nez, que Monneret croyait très fréquents, sont au contraire assez rares.

Les symptômes généraux sont très variables. Parfois nuls ou consistant seulement en un état de courbature et une prostration des forces très accusée (Monneret), ils peuvent, surtout dans les pays chauds, revêtir les allures d'une affection aiguë, d'une fièvre gastrique à type rémittent et à exacerbations vespérales.

Lorsque la congestion est passée à l'état chronique, et surtout à la période d'atrophie, on voit survenir de la stase veineuse dans le système porte (hémorroïdes), une tuméfaction plus ou moins considérable de la rate, de l'ascite. C'est ainsi que dans certaines affections du cœur peuvent se produire des épanchements ascitiques, alors qu'il n'existe ni dyspnée, ni palpitations, ni œdème des jambes, fait déjà signalé par Rendu et Hanot, et que Lasègue avait coutume de comprendre dans la description de son *asystolie hépatique*. Nous avons pour notre compte observé plusieurs fois des faits analogues et signalé leur plus grande fréquence chez la femme, surtout comme complication du rétrécissement mitral.

La marche de la congestion hépatique est très variable et le pronostic repose presque entièrement sur la connaissance de la cause qui lui a donné naissance.

Traitement. — C'est avant tout sur la notion étiologique que doit se baser le traitement. Dans l'hypérémie active, si le malade est fort et vigoureux, on se trouvera bien de l'application de dix à vingt sangsues au pourtour de l'anus. Il en sera de même lorsque l'indication symptomatique sera d'abaisser la pression sanguine dans le système de la veine cave (maladies de l'appareil cardio-pulmonaire), mais il sera préférable dans ce cas d'avoir recours aux purgatifs et plus spécialement aux purgatifs salins ou au calomel. Harley recommande plus particulièrement l'usage du chlorure d'ammonium :

L'hydrothérapie a rendu de grands services dans les formes chroniques; il en est de même du traitement thermal aux stations de Vichy, Vals, Salins, Kissingen, Carlsbad, etc., à moins de

contre-indications imposées par les affections cardio-pulmonaires (J. Simon).

Frerichs. Charcot, loc. cit. — Andral. Clin. méd. — Handfield Jones. Med. Times and Gaz., 1848. — Beau. Etudes analytiques de physiologie et de pathologie sur l'appareil spléno-hépatique (Arch. gén. de méd., 1851). — Henoch. Klinik der Unterleibs Krankheiten, 1855-1858. — Cl. Bernard. Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux. Paris, 1858. — Vulpian. Soc. de biologie, 1858. — L'Ecole de médecine, 1874. — Monneret. Sur la congestion non inflammatoire du foie (Arch. gén. de méd., 1861). — Liebermeister. Beit. zur path. Anat. und Klin. der Leberkr. Tubingen, 1864. — J. Simon. Art. *Foie* in Nouv. Dict. de méd. et de ch. pr., 1872. — Vickham Legg. On the Histology of the so-called Nutmeg Liver (The Lancet, t. I, 1875). — Ferrand. De l'empoisonnement par les phénols (Ann. d'hyg. pub. et de méd. lég., 1876). — Cornil et Ranvier. Man. d'hist. norm. et path. — Rendu. Art. *Foie* (Pathologie), in Dict. encycl. des sc. méd., 1878. — Ch. Talamon. Recherches anatom. path. et cliniq. sur le foie cardiaque. Paris, 1881. — Lépine. Recherches expérim. sur la congestion du foie et l'ictère d'origine cardiaque. (Soc. biol., 1885). — Kelsch et Kiener. Traité des maladies des pays chauds. Paris, 1889. — Hanot et Parmentier. Foie cardiaque chez l'enfant (Arch. gén. méd., 1890). — Barth. Cirrhose et diverses maladies du foie.— Du même, la cirrhose cardiaque (Gaz. méd. Paris, 1891). — Parmentier. Le foie cardiaque, 1891. — Potain. Foie cardiaque et cirrhose atrophique (Gaz. hôpitaux, 1892).

HÉPATITE AIGUE PARENCHYMATEUSE.

DES ICTÈRES GRAVES

Synonymie : *Atrophie jaune aiguë, ictère grave, fatal jaundice* (Budd).

A côté des formes bénignes de l'ictère que nous avons mentionnées plus haut et sur lesquelles nous allons avoir à revenir, il en faut placer d'autres, qui n'ont plus le même caractère de simplicité et auxquelles les symptômes alarmants qui les accompagnent ont valu les noms : d'*ictère grave*, d'*ictère malin* (Ozanam), *typhoïde* (Lebert), *hémorragique* (Monneret), ou d'*hépatite diffuse aiguë* et d'*atrophie jaune aiguë* du foie (Frerichs), eu égard aux altérations anatomiques qui les caractérisent habituellement.

Bien qu'étudiées surtout dans ces trente dernières années, ces formes graves de l'ictère n'avaient point échappé aux anciens anatomistes : Franciscus Rubeus, Morgagni, Boerhave avaient bien vu qu'en certains cas l'ictère pouvait conduire promptement à la mort; mais, pour eux, il n'y avait point là de maladie nouvelle; celle-ci n'empruntait son caractère de gravité qu'aux mauvaises conditions hygiéniques individuelles qui avaient présidé à son développement.