

De l'hépatite chronique.

Il est à peu près impossible, avec les documents que nous possédons actuellement, de tracer l'histoire de l'hépatite chronique, tant sous le rapport de l'anatomie pathologique que sous celui de la symptomatologie. Je vais néanmoins exposer ici le peu que nous savons sur cette maladie, qui tantôt est primitive et tantôt consécutive à l'état aigu.

Anatomie pathologique. — Pendant un certain temps, et sous l'empire de la doctrine physiologique, les médecins avaient compris indistinctement sous le nom d'*hépatite chronique*, presque toutes les altérations de structure du foie, depuis l'injection, le ramollissement et l'induration, jusqu'à l'atrophie, à l'ulcération, à la dégénérescence graisseuse et aux productions cancéreuses. Cette confusion a cessé d'exister aujourd'hui, mais il est impossible néanmoins de préciser à quels caractères on reconnaîtra, sur le cadavre, l'hépatite chronique. Une congestion sanguine, quelque intense qu'elle soit, ne saurait suffire, quoique cette lésion puisse à elle seule entraîner le dépérissement et la mort. Il en est de même de la diminution de consistance de l'organe, que nous avons déjà vue maintes fois survenir, indépendamment de tout travail inflammatoire; j'en dirai presque autant de l'induration. Cependant, si la consistance du foie était devenue considérable, sans pourtant que le tissu eût cessé de conserver son organisation, s'il offrait en même temps une altération de couleur, si surtout il était vivement congestionné, si son volume était augmenté, on pourrait peut-être rattacher ces lésions à un travail inflammatoire chronique. Mais on ne peut vraiment encore émettre à ce sujet que des conjectures. La suppuration est au contraire un signe certain de phlegmasie; elle peut survenir dans l'hépatite chronique comme dans l'hépatite aiguë, mais, dans la première, l'abcès est toujours enkysté, la membrane pyogénique est résistante, souvent composée de plusieurs feuillets, et entourée communément d'un tissu très-induré, blanchâtre, grisâtre ou rouge.

Symptomatologie. Marche. Terminaisons. — Les individus porteurs d'une des lésions qu'on attribue généralement à l'hépatite chronique éprouvent pour la plupart une douleur obtuse, grâvative; la percussion et la palpation font presque toujours constater une augmentation plus ou moins considérable dans le volume du foie. Celui-ci refoulant alors le poumon, on s'explique la dyspnée dont beaucoup de ces malades se plaignent. M. Haspel parle aussi comme d'un fait qui n'est pas rare, d'une incurvation latérale du rachis, dont la convexité serait tournée du côté sain: l'omoplate droite serait alors située plus bas que l'autre. Les digestions sont presque constamment troublées; elles se font péniblement, s'accompagnent de douleurs et d'éruclations; il y a tantôt constipation, tantôt diarrhée. Les matières fécales ont, en général, leur couleur; quelquefois elles sont grisâtres; elles peuvent de temps en temps contenir du sang. La peau est blanche, grisâtre ou d'un jaune ictérique: cette dernière coloration est sujette à de grandes variations; elle manque au moins aussi souvent dans l'hépatite chronique que dans l'hépatite aiguë. M. Haspel, ainsi que je l'ai déjà dit, a signalé l'ictère comme étant un symptôme excessivement rare dans les abcès du foie. On a prétendu aussi que dans l'hépatite chronique la peau était le siège d'un prurit incommode. Les malades sont languissants, leur nutrition se fait mal, ils maigrissent; puis leur ventre se développe, à cause d'un épanchement séreux qui se forme dans le péritoine. Lorsque la maladie est parvenue à ce degré, la plupart des individus succombent sans néanmoins arriver généralement au degré de marasme qu'on rencontre dans beaucoup

d'affections chroniques, notamment dans la phthisie et dans certains cancers; il est même remarquable que quelques individus conservent longtemps de l'embonpoint, ainsi que leurs forces. Il n'en est pas de même de quelques animaux, et notamment des bœufs, qui, dit-on, offrent au plus haut degré un état de dépérissement et de marasme. Quelques malades se rétablissent lentement, mais beaucoup restent sujets à de fréquents dérangements d'estomac; d'autres ont de temps en temps des flux sanguins par l'anus, et éprouvent quelquefois des récidives de leur mal, qui finit par les emporter. C'est ce que j'ai eu la douleur d'observer, il y a vingt-cinq ans, sur un de mes meilleurs amis que j'avais guéri, dix-huit mois auparavant, d'un premier abcès du foie.

La description qui précède s'applique à la généralité des cas; cependant il importe de dire que la maladie est parfois latente et influe peu sur la nutrition. Il n'est pas rare, en effet, de voir en Algérie, dit M. Haspel, des individus au teint presque fleuri qui portent néanmoins des abcès dans le foie. Il a vu mourir tout à coup, suffoqué par la rupture d'un abcès dans la poitrine, un cantinier frais, robuste et possédant toutes les apparences d'une santé florissante. Le même auteur parle aussi d'un infirmier militaire qui, tous les deux ou trois mois, se faisait ponctionner un abcès, et reprenait son service dans l'intervalle. L'abcès se remplissait plus vite en été qu'en hiver, il fournissait à chaque opération un verre de pus; en 1840, on l'ouvrait pour la vingt-quatrième fois; ce fait est probablement unique dans les annales de la science.

Diagnostic. — L'hépatite chronique pourrait être confondue avec les diverses lésions organiques et avec les productions accidentelles du foie; cependant on pourra arriver communément au diagnostic différentiel. Lorsque le foie est volumineux et le siège d'une souffrance plus ou moins vive; lorsqu'il survient un ictère, des troubles dans la digestion, du dépérissement, un appareil fébrile, continu ou rémittent, on devra redouter une phlegmasie du foie avec tendance à la suppuration ou ayant peut-être donné lieu déjà à la formation d'un foyer. Car une hypertrophie simple est toujours apyrétique; elle est indolore; elle trouble peu les fonctions digestives, et n'agit qu'à la longue sur la nutrition. Les productions encéphaloïdes, presque toujours consécutives à d'autres cancers, surtout au cancer stomacal, se révèlent par des inégalités dures, parfois fluctuantes à la surface du foie, et qui se multiplient d'un jour à l'autre. Il y a plus souvent ici que dans les abcès hépatiques des douleurs vives, un épanchement séreux dans l'abdomen; d'ailleurs, tôt ou tard, on voit naître tous les signes de la cachexie cancéreuse. Quant aux kystes hydatiques, leur forme, leur rénitence, le frémissement dont ils sont parfois le siège, le peu d'influence que la tumeur exerce sur la nutrition, pourvu pourtant qu'elle ne soit ni trop volumineuse ni enflammée, éclaireront le médecin. L'hépatite chronique pourrait être plus facilement peut-être confondue avec une de ces congestions permanentes du foie (dont nous avons précédemment parlé (p. 208), et qui s'accompagnent, en effet, d'ictère, de troubles graves des organes digestifs, de dépérissement, et même d'accès fébriles le plus souvent irréguliers. Avec un pareil groupe de symptômes il serait difficile, en effet, de donner de la précision au diagnostic, et peut-être devrait-on diagnostiquer plutôt une hépatite, et soupçonner même un abcès, parce que ces lésions sont communes, et que, d'autre part, la plus grande incertitude règne encore sur les troubles fonctionnels spéciaux aux congestions hépatiques.

Pronostic. — L'hépatite chronique est une maladie très-grave.

Traitement. — Si le sujet est fort, s'il existe des douleurs vives et des signes de congestion, il sera utile de recourir de temps en temps à quelque

Pronostic. — Lorsqu'on reconnaît une cholécystite, on doit porter un pronostic très-grave.

Traitement. — Le traitement sera essentiellement antiphlogistique; il sera le même que pour l'hépatite. Si la vésicule, très-distendue, formait une saillie, on devrait se hâter de l'ouvrir avec le bistouri, pourvu qu'on fût bien certain qu'elle a contracté des adhérences avec la paroi abdominale. Dans le cas contraire, on procéderait comme pour les abcès et les acéphalocystes du foie. (Voyez *Hydatides du foie.*)

DE LA PANCRÉATITE

La *pancréatite* paraît être une affection excessivement grave. Je n'en ai encore recueilli aucun cas pendant une observation de trente-cinq années passées dans les hôpitaux de Paris. Il est à peu près impossible, en réunissant tous les faits connus jusqu'à ce jour, de pouvoir tracer l'histoire symptomatique et même anatomique de cette affection; toutefois, voici ce qui résulte de l'étude des observations qui ont été réunies et analysées par MM. Bécourt (1), Mondière (2) et Raige-Delorme (3).

Dans la *pancréatite* aiguë, il y a, dit-on, de la fièvre, une douleur constante, tensive, et parfois une tumeur circonscrite au centre de la région épigastrique; les selles sont, à ce qu'on prétend, liquides, séreuses, et plus ou moins analogues à la salive. Ne seraient-elles pas également graisseuses? car si l'inflammation, comme l'a dit M. Bernard, active la sécrétion pancréatique, celle-ci, devenue plus aqueuse et modifiée dans sa composition, ne doit plus beaucoup émulsionner les matières grasses ingérées dans l'estomac.

On a admis que la *pancréatite* pouvait se terminer par résolution, ou être suivie de suppuration, de gangrène ou d'induration. Lorsqu'il y a abcès, le pus pourrait s'épancher dans le ventre, ou se faire jour dans l'estomac ou dans l'intestin.

La *pancréatite* est une affection qui est rarement primitive; elle succède presque toujours à l'inflammation d'un organe voisin. Elle peut aussi, dit-on, être sympathique de l'inflammation des glandes salivaires, et, dans ce cas, on observerait une sorte de balancement entre la sécrétion pancréatique et celle de la salive: ainsi, lorsque la salive coule abondamment, les symptômes locaux de la *pancréatite*, notamment la diarrhée, diminueraient ou cesseraient, tandis que le contraire aurait lieu dans les cas où l'excitation des organes salivaires viendrait à diminuer. On a attribué, dans beaucoup de cas, la *pancréatite* à l'usage du mercure. Mais, nous le répétons, tout ce qui précède ne doit être considéré que comme de simples assertions; car on ne sait encore absolument rien de précis ni sur la *pancréatite* aiguë, ni sur la *pancréatite* chronique.

DE LA SPLÉNITE

L'inflammation de la rate, ou la *splénite*, est une affection qui paraît être extrêmement rare, et dont nous ne connaissons encore que très-imparfaitement les symptômes et les caractères anatomiques.

Anatomie pathologique. — La rate est le siège de diverses altérations dans le cours de plusieurs maladies, notamment dans les fièvres intermittentes et dans l'affection typhoïde. Nous avons vu que, dans ces pyrexies, elle aug-

(1) Thèse de Strashourg, année 1830.

(2) *Archives de médecine*, 1838.(3) *Dictionnaire de médecine*, t. XXIII, art. PANCRÉAS.

mentait beaucoup de volume, que sa couleur était plus foncée, et que sa consistance enfin était tellement diminuée, qu'elle se réduisait en pulpe, en bouillie, à la moindre pression; mais, comme nous l'avons déjà établi, ces lésions profondes sont indépendantes de toute inflammation. Nous croyons que les seuls indices certains d'un travail phlegmasique sont la présence du pus ou l'infiltration du tissu de l'organe par une matière fibrino-albumineuse. Nous ne parlerons pas des cas dans lesquels les abcès de la rate, coïncidant avec des collections de même nature dans plusieurs viscères, sont symptomatiques d'une infection purulente du sang; il ne doit être question ici que des abcès idiopathiques. Ceux-ci sont excessivement rares; quand ils existent, l'organe est ordinairement augmenté de volume, et lorsque la phlegmasie s'est propagée jusqu'au péritoine, il tient plus ou moins aux parties voisines par des adhérences récentes. Le pus phlegmoneux, homogène, ou bien sanieux et mêlé au détritus de la rate, est presque toujours réuni en un ou plusieurs foyers superficiels ou profonds, libres ou enkystés. Dans la plupart des cas, il n'existe que 10 à 80 grammes de pus; mais on a vu cette quantité s'élever plusieurs fois à plus de 4 ou 6 litres. Le foyer purulent est tantôt isolé, ou bien il communique par une ou plusieurs ouvertures avec l'estomac ou l'intestin, avec la plèvre et le poumon, avec le péritoine, ou bien il s'ouvre à l'extérieur à travers les parois abdominales. Nous avons dit plus haut qu'au lieu de pus il se déposait souvent dans les aréoles de la rate enflammée une matière albumineuse, fibrineuse, concrète, assez consistante, qui infiltre le tissu presque uniformément, et qui, plus souvent encore, est disposée par plaques ou par zones. Dans les *splénites* partielles, nous avons vu ces concrétions établir la ligne de démarcation entre les parties saines et les parties malades.

Symptômes. Marche. Terminaisons. — La *splénite* peut débiter brusquement ou après des prodromes. Elle est caractérisée par une douleur plus ou moins vive, presque toujours obtuse, dans l'hypochondre gauche, s'irradiant quelquefois vers l'épaule et la région mammaire correspondante. Le plus souvent la rate est augmentée de volume: c'est ce que l'on constate par l'inspection, qui dénote une ampliation de l'hypochondre gauche, par la palpation, qui fait reconnaître que cet organe dépasse ordinairement le rebord costal, mais surtout par la percussion, qui permet de le circonscrire. L'auscultation ne donne aucun résultat, si ce n'est dans le cas où, l'inflammation ayant gagné le péritoine et y ayant produit des fausses membranes, l'oreille appliquée à ce niveau y distingue un bruit de frottement comparable à celui que nous entendons dans la pleurésie. Lorsque l'organe a acquis un volume très-considérable, il se forme quelquefois un peu d'épanchement ascitique, et même une infiltration séreuse des membres inférieurs, à cause de la gêne que la circulation veineuse éprouve. Il est encore quelques autres accidents qui résultent de la compression que la rate exerce sur les organes voisins: tels sont la dyspnée, la toux et les vomissements. Presque toujours, et pour peu que la phlegmasie soit intense, il existe une fièvre continue, offrant parfois des redoublements réguliers; on dit même que quelquefois on a observé des accès fébriles franchement intermittents. En général, la *splénite* ne s'accompagne d'aucun accident grave, à moins qu'elle n'envahisse tout l'organe et qu'elle ne se termine par suppuration; cependant nous ne possédons encore à ce sujet aucune donnée certaine. Nous ne savons rien non plus sur la marche et sur la durée de la phlegmasie. Celle-ci se termine le plus ordinairement par résolution, quelquefois par suppuration.

Les signes de la présence du pus dans la rate sont extrêmement obscurs: il

est rare, à moins que l'abcès ne devienne superficiel, qu'on ait à ce sujet aucune certitude. Les frissons, les sueurs nocturnes, l'amaigrissement, succédant à des accidents aigus, ne peuvent que faire présumer la présence du pus sans la caractériser. On ne sait pas si ce produit morbide, réuni en foyer dans la rate, peut y être résorbé. Presque toujours, de même que cela a lieu pour le foie, l'abcès se vide dans l'estomac, dans le colon, dans l'uretère gauche, dans le péritoine, dans la plèvre et dans les bronches; l'ouverture de l'abcès à travers les parois abdominales est un des modes de terminaison les plus rares. On a encore vu le pus fuser au loin et s'échapper, dit-on, par un abcès de la vulve, ce qui serait un fait peut-être unique dans les annales de la science. Il n'existe aucun exemple authentique de splénite suivie de gangrène. Quel que soit l'organe ou le point du corps vers lequel le pus se porte, l'évacuation de ce liquide soulage immédiatement, et peut être suivie d'une heureuse terminaison; mais le plus souvent les malades maigrissent, dépérissent et succombent au bout de quelques mois, au milieu des symptômes de la fièvre hectique; chez d'autres, la mort suit de près l'évacuation du pus, qui se fait au milieu des accidents les plus graves: tel est le cas, rapporté dans le 82^e volume du *Journal de médecine*, d'un militaire qui, ayant eu dans l'espace de quatorze jours un vomissement abondant de sang et de pus, accompagné d'une syncope effrayante, succomba et présenta à l'autopsie une rate presque détruite, convertie en une vaste poche purulente qui communiquait avec l'estomac par une ouverture large comme une pièce de 6 francs.

La splénite chronique est une affection absolument inconnue. On ne saurait considérer comme conséquence d'un travail phlegmasique ces intumescences que nous avons constatées dans les fièvres intermittentes, et ces hypertrophies que nous étudierons dans le tome II, en traitant des vices de nutrition. Cette confusion a été faite par maints auteurs.

Diagnostic. — La douleur permanente et les symptômes aigus feront distinguer la splénite de l'hypertrophie simple de la rate et des productions accidentelles qui se forment dans ce viscère. La douleur, la matité qui peut remonter assez haut dans la poitrine, l'affaiblissement du murmure vésiculaire, enfin la dyspnée et la fièvre, pourraient faire confondre la splénite avec la pneumonie ou bien avec la pleurésie. Mais, indépendamment des signes d'auscultation qui, comme la crépitation, le souffle, la bronchophonie et l'égophonie, manquent tout à fait dans la splénite, la percussion fera reconnaître en outre que la matité dépend de la rate, par la place qu'elle occupe, par sa circonscription, parce qu'elle est fixe et ne peut jamais être déplacée par les positions diverses qu'on imprime au tronc. Nous dirons plus tard en quoi la splénite diffère de la péritonite locale.

Il nous paraît à peu près impossible de confondre un abcès volumineux de la rate avec un épanchement ascitique: cependant l'*Histoire de l'Académie des sciences pour l'année 1753* contient le fait unique d'un jeune homme de dix-huit ans, miné par une fièvre hectique, dont le ventre offrait le développement et la fluctuation qu'on observe dans l'ascite. Une double ponction donna issue à plus de 7 litres de pus. Le malade ayant expiré, on s'assura, à l'ouverture du corps, que la rate était tellement augmentée de volume, qu'elle s'étendait de l'épigastre au pubis, en recouvrant tous les viscères abdominaux; elle avait environ 5 décimètres de long sur 3 à 4 de large; elle était creusée d'une poche qui contenait encore 7 pintes de pus, et qui était tapissée d'une membrane solide. Cette pièce curieuse fut présentée à l'Académie des sciences. Dans un pareil cas, nous croyons qu'il serait facile d'établir le diagnostic différentiel par

les commémoratifs aussi bien que par l'examen du malade. C'est ainsi que l'on apprendra que l'intumescence du ventre, au lieu de se faire de bas en haut, comme dans l'ascite, a au contraire commencé par l'hypochondre gauche et s'est rapprochée successivement du pubis. Dans l'exploration, on reconnaîtra que la fluctuation est plus profonde et plus obscure que dans l'ascite; on ne pourra déplacer le liquide, ni par conséquent la matité, en faisant varier les positions du malade. Le plus souvent, en palpant le ventre avec soin, on pourra reconnaître les limites de la tumeur à un rebord plus ou moins saillant; enfin la percussion, faite avec soin sur la tumeur et à sa circonférence, démontrera derrière elle la présence du tube digestif, qui n'est pas refoulé vers l'épigastre, comme on le voit dans l'ascite ou dans le cas de tumeurs qui partent de l'excavation pelvienne.

Dans la 11^e livraison de son *Anatomie pathologique*, M. Cruveilhier a publié sous le nom de *splénite* ou de *ramollissement aigu de la rate*, plusieurs observations fort curieuses d'individus ayant succombé après avoir présenté de la suffocation, de l'angoisse, des nausées, des vomissements, un pouls médiocrement fort et fréquent et quelques symptômes de rémittence. La rate fut trouvée suppurée dans un cas, diffluite et grisâtre dans un autre, noirâtre et pulpeuse dans un troisième. J'ai, en 1837, observé avec Chomel ce même appareil de symptômes graves, accompagné d'accidents cérébraux, chez une jeune femme, à l'autopsie de laquelle nous ne trouvâmes qu'une splénite circonscrite, caractérisée par une infiltration fibrino-albumineuse du tissu. Mais est-il rationnel de rattacher à cette faible lésion tout l'appareil symptomatique si grave observé pendant la vie? La splénite ici, comme dans les premières observations de M. Cruveilhier, ne serait-elle pas plutôt une lésion tout à fait secondaire d'une maladie indéterminée? Je le présume. Quant aux deux autres observations rapportées par le savant professeur, je serais porté à les regarder aussi comme des cas de ramollissements non inflammatoires analogues à ceux qu'on voit si souvent dans les maladies graves, et surtout dans les maladies par infection.

Pronostic. — Il est impossible encore d'être bien fixé sur le degré de gravité de la splénite. Cette affection est pourtant très-sérieuse lorsqu'elle se termine par suppuration.

Étiologie. — La splénite est rarement primitive; le plus souvent elle est produite par une cause traumatique, surtout par un coup porté sur l'hypochondre gauche. On conçoit facilement, d'après cela, pourquoi des fièvres intermittentes antérieures, en laissant à la rate un volume plus considérable, constituent une véritable prédisposition à la splénite, surtout lorsque l'organe dépasse le rebord costal, car il est alors plus exposé aux violences extérieures.

Traitement. — Le traitement sera antiphlogistique. A moins que la gravité des symptômes généraux ne réclame une ou plusieurs saignées générales, on préférera les émissions sanguines locales, auxquelles on associera les bains, les cataplasmes, les laxatifs doux. Si les accès fébriles étaient régulièrement intermittents ou même rémittents, on administrerait concurremment le sulfate de quinine, comme dans une fièvre périodique ordinaire; mais il est probable qu'on en obtiendrait aussi peu d'avantages que dans les accidents fébriles intermittents qui sont symptomatiques d'une suppuration. Les purgatifs, les préparations mercurielles en frictions, les iodures et, dans une période avancée, les vésicatoires et les autres révulsifs cutanés sont encore indiqués.