

Les effets qu'on en obtient, on emploie le même moyen avec moins de réserve ou l'on y renonce pour toujours.

Les purgatifs, spécialement les purgatifs drastiques, préconisés par Laënnec, sont doublement avantageux, car ils agissent à peu près comme le fait la saignée, en diminuant l'énergie des contractions du cœur; mais il sont surtout utiles pour combattre les hydropisies qui arrivent à une époque avancée de la maladie. C'est dans ce cas aussi que les diurétiques sont indiqués. Quelques-uns ont recours à divers sédatifs, comme l'acide cyanhydrique médicinal et l'eau de laurier-cerise; mais ces moyens sont d'un effet très-incertain. Il n'en est plus de même de la digitale, qui a incontestablement le pouvoir de modérer, de ralentir les contractions du cœur, en même temps que par ses propriétés puissamment diurétiques elle contribue également à combattre les hydropisies. La digitale se donne parfois en infusion à la dose de 20 centigrammes à 1 gramme. Ou bien on prescrit le sirop du Codex, dont 30 grammes représentent 20 centigrammes de poudre. Cependant la plupart des médecins français préfèrent, avec raison, donner la digitale en nature; car on peut ainsi s'assurer de la bonne qualité du médicament. La poudre doit être d'une belle couleur verte et exhale l'odeur de la plante. On la prescrit chez les enfants à la dose de 1 centigramme; on élève peu à peu jusqu'à 1 décigramme. Chez les adultes, on prescrit de 5 centigrammes à 1 gramme; on peut aussi employer la teinture alcoolique, dont on donne de 6 à 72 gouttes dans une potion. Mais il ne faut jamais, à l'exemple de beaucoup de médecins, donner la teinture éthérée, qui est à peu près inerte. Beaucoup remplacent ces diverses préparations par la digitaline qu'on donne à la dose de 1 à 4 milligrammes, équivalant à 10 et 40 centigrammes de poudre. Mais, quoi qu'on en ait dit, la digitaline est inférieure aux autres préparations et surtout à la poudre. La digitale est un de ces médicaments auxquels on ne s'habitue guère, il arrive un moment où des envies de vomir, l'inappétence, les défaillances et les vertiges forcent à en suspendre l'usage. On ne doit même pas attendre la manifestation de ces symptômes pour interrompre de temps en temps l'administration du remède; on doit le faire après chaque semaine, ordonner un repos de cinq à six jours, car l'action du médicament se prolonge quelque temps encore après qu'on en a cessé l'usage. Dans les cas où le médicament est difficilement toléré par l'estomac, on peut le faire pénétrer par la méthode endermique; un vésicatoire sera saupoudré de 15 à 40 centigrammes de poudre de feuilles de digitale. La digitaline ne saurait être prescrite par cette voie, à cause de son action très-irritante et des douleurs vives qu'elle produirait. Nous ne dirons rien du sirop de pointes d'asperges employé comme succédané de la digitale, car cette préparation est absolument inerte.

Enfin on a proposé divers moyens destinés à agir directement sur le tissu hypertrophié, de manière à le ramener à son état primitif; tels sont les caustères, les moxas à la région précordiale, l'usage à l'intérieur de l'iode et de ses composés, les eaux minérales de Vichy, d'Ems, de Carlsbad; mais, quoi qu'on en ait dit, ces divers médicaments ne paraissent encore avoir guéri personne.

Inutile d'insister pour prouver l'utilité d'une bonne hygiène. Les malades éviteront surtout tout ce qui pourrait, dans les habitudes, l'alimentation, l'exercice, etc., activer la circulation.

DE L'HYPERTROPHIE DU FOIE

Rappelons que l'hypertrophie du foie n'est pas seulement caractérisée par une augmentation du volume de l'organe, comme on le dit trop souvent; des causes très-diverses peuvent rendre le foie plus volumineux sans qu'il y ait hypertrophie. Cet état morbide n'existe qu'autant qu'il y a augmentation, soit dans le nombre, soit dans le volume des cellules hépatiques.

Caractères anatomiques. — Le foie hypertrophié a nécessairement un volume et un poids plus considérables: l'organe, débordant le rebord costal, descend jusqu'à l'ombilic et même jusqu'au niveau du bassin, occupant à la fois l'épigastre et les deux hypochondres. Dans quelques cas rares, son développement s'opérant surtout de bas en haut, le foie refoule le diaphragme et le poumon, et peut alors s'élever jusqu'au niveau de la cinquième côte. Le poids augmente dans la même proportion: c'est ainsi qu'on a vu des foies hypertrophiés peser jusqu'à 7, 14 et 20 kilogrammes. En général, l'organe conserve sa configuration, pourvu pourtant (et c'est le cas le plus ordinaire) que l'hypertrophie l'ait envahi dans toutes ses parties. Si, par contre, l'hypertrophie est partielle, le foie subit dans sa forme divers changements. Ainsi M. Andral a vu le lobe droit constituer à lui seul presque tout l'organe, et le lobe gauche n'apparaître que comme une languette mince surajoutée à l'autre. En général, le foie hypertrophié a sa couleur et sa consistance normales; d'autres fois il présente une teinte plus pâle ou plus rouge, ou bien c'est la teinte jaune qui prédomine. Dans ce dernier cas, on constate facilement que les granulations jaunes sont augmentées de volume, comme dans l'altération que nous décrivons sous le nom de *cirrhose*. Mais il existe entre celle-ci et la lésion dont nous parlons cette différence, que dans la cirrhose l'hypertrophie de la substance jaune coïncide avec l'atrophie de la substance rouge, de telle sorte que presque toujours ou bien le foie conserve ses dimensions normales, ou plus souvent encore il descend à un volume beaucoup moindre. Au contraire, dans l'hypertrophie, l'exagération de nutrition affectant les deux substances à la fois, quoique d'une manière souvent inégale, il en résulte toujours une augmentation plus ou moins considérable du volume de l'organe. Lorsque l'hypertrophie porte spécialement sur la substance jaune, nous avons vu le foie, plus dense que de coutume, présenter une surface inégale, mamelonnée: chaque saillie était séparée par un sillon blanchâtre ayant l'aspect d'une cicatrice formée par le ratatinement de la capsule fibreuse, qui souvent nous a paru épaissie et beaucoup plus résistante. Nonobstant l'exagération de nutrition du foie, la bile n'est pas sécrétée en plus grande quantité, et celle qui existe dans la vésicule est quelquefois plus aqueuse, filante et pâle.

Symptômes. Marche. Terminaison. — Sur tous les malades que nous avons vus atteints d'hypertrophie générale du foie, il nous a été impossible de fixer le début de la maladie. Tous se sont présentés à nous, souffrant déjà depuis plusieurs mois et même depuis plusieurs années. Le phénomène prédominant était une diminution progressive de l'embonpoint et des forces, même dans les cas où les fonctions digestives étaient dans un état d'intégrité parfaite. Cependant quelques malades avaient de temps en temps de la diarrhée, et l'estomac digérait péniblement. Dans un cas observé par M. Andral, il avait existé un ictère très-intense. Les individus atteints d'hypertrophie n'accusent presque jamais de douleur; c'est à peine si quelques-uns se plaignent d'un sentiment de pesanteur dans l'hypochondre droit. En découvrant leur ventre,

on constate une ampliation de la base de la poitrine à droite et de l'hypochondre correspondant. La palpation fait reconnaître une tumeur dure, ayant presque toujours une surface égale, lisse; elle est complètement mate, et très-résistante à la percussion; elle descend plus ou moins bas, et elle est circonscrite inférieurement par un rebord tranchant, sinueux, oblique de droite à gauche, et qu'on reconnaît aisément pour appartenir au foie. On détermine facilement, à l'aide de la percussion et de l'auscultation, quelles sont les limites supérieures de la tumeur. Les individus dont je parle ont, pour la plupart, les digestions pénibles, de la diarrhée de temps en temps, et présentent une diminution considérable et progressive de l'embonpoint et des forces; ils pâlisent, sont plus ou moins anémiés; ils n'ont jamais de fièvre, à moins de complication; chose remarquable, nonobstant le volume que le foie acquiert, on ne voit que rarement se former chez eux des épanchements ascitiques, même lorsque la maladie a une très-longue durée, mais il n'est pas rare d'observer des hémorrhagies par diverses voies.

L'hypertrophie du foie est une maladie d'une durée toujours très-longue, et qui peut persister un grand nombre d'années. Elle peut entraîner la mort, moins peut-être par elle-même que par les complications qu'elle provoque. L'hypertrophie du foie est susceptible d'une heureuse terminaison; mais je ne sais dans quelle proportion ces faits se produisent. Beaucoup de cas cités appartiennent bien moins à l'hypertrophie qu'à la congestion chronique.

Diagnostic. — Le siège de la tumeur, sa forme, sa circonscription inférieurement par un rebord tranchant et sinueux, sont des caractères qui ne permettent pas de méconnaître une tumeur formée par le foie. En effet, en ayant égard seulement au bord tranchant qui termine la tumeur en bas, ainsi qu'à sa direction, on ne pourra jamais confondre le lobe gauche du foie avec une tumeur squirrheuse de l'estomac et de l'épiploon, et moins encore avec la rate, dont le bord, dirigé verticalement ou obliquement de droite à gauche, est obtus. Le point difficile n'est donc pas de reconnaître si la tumeur est formée par le foie, mais de déterminer quel est le genre d'altération dont cet organe est le siège. Le foie, en effet, peut augmenter de volume et simuler l'hypertrophie lorsqu'il contient beaucoup plus de sang que de coutume, et lorsque certains produits morbides ont pris naissance dans son tissu.

On reconnaîtra que l'augmentation de volume tient à une congestion aiguë, par la rapidité avec laquelle elle survient assez communément, et parce qu'il suffit souvent d'une émission sanguine pour ramener le foie à peu près à ses dimensions normales. Il n'est pas aussi aisé de distinguer l'hypertrophie d'avec la congestion chronique, car, dans les deux cas, les troubles fonctionnels et les signes physiques sont à peu près les mêmes. Les variations de volume, moins grandes qu'elles ne le sont dans la forme aiguë, peuvent avoir lieu ici et éclairer par conséquent le diagnostic. Il est beaucoup plus facile de distinguer l'hypertrophie d'avec l'augmentation de volume provenant du développement d'un produit morbide, tel que kystes séreux ou hydatiques et les encéphaloïdes. Nous verrons, en effet, plus tard, que dans les kystes, indépendamment de leurs signes caractéristiques (fluctuation, frémissement hydatique), il y a altération dans la configuration du foie, ce qui n'a pas lieu dans l'hypertrophie simple. Quant au cancer, il développé rarement le foie au même degré que le fait l'hypertrophie; d'ailleurs, la marche rapide de la maladie dans ce cas, la nature des accidents qu'on observe, la fréquence de l'ascite, les signes de la cachexie cancéreuse, et la forme généralement bosselée de la tumeur permettront toujours de reconnaître si le volume du foie tient au développement des masses

encéphaloïdes. Les cas les plus difficiles sont ceux où le foie, surtout hypertrophié dans sa substance jaune, présente à sa surface une multitude d'inégalités qui, senties à travers les parois abdominales, ressemblent, à s'y méprendre, à ces petites tumeurs encéphaloïdes qui sont si fréquentes dans le foie. Cependant, si l'on réfléchit que dans l'hypertrophie ces tumeurs sont toutes très-dures et indolentes, tandis que dans le cas de cancer elles sont de consistance inégale, que quelques-unes sont presque fluctuantes, et se laissent, par la pression, déprimer parfois en godet; si l'on remarque en outre qu'elles se développent et se multiplient d'un jour à l'autre, on pourra, par ces divers caractères, aidés d'ailleurs de la considération des phénomènes concomitants, arriver à déterminer la nature de l'altération.

Il importe, en terminant, de prévenir le lecteur qu'il ne faut pas diagnostiquer à la légère une hypertrophie hépatique. Le foie, en effet, est un des organes qui présentent le plus de différence dans son poids et dans son volume. C'est ce que M. Cruveilhier a spécialement noté. Cet éminent professeur remarque en outre que tous les foies qui débordent les côtes, qui proéminent à l'épigastre, ou qui se prolongent jusque dans l'hypochondre gauche, ne sont pas nécessairement des foies hypertrophiés. Cette observation s'applique seulement aux femmes, à cause de la déformation imprimée au foie par l'usage du corset (1).

Pronostic. — D'après ce qui précède, il est inutile d'insister ici pour prouver que l'hypertrophie du foie est une maladie grave.

Étiologie. — Nous ne savons rien de précis sur les causes de l'hypertrophie du foie. Il est probable que des congestions répétées peuvent finir par occasionner une exagération dans la nutrition du foie; mais il n'y a encore à ce sujet rien de démontré. Dans le petit nombre de faits que nous avons observés, nous n'avons pu saisir l'action d'aucune cause spéciale: les individus ne commentaient point d'écarts de régime, et n'étaient pas sujets à des troubles des fonctions digestives; tous étaient parvenus à la période moyenne de la vie.

Traitement. — J'ai employé ou vu employer contre l'hypertrophie du foie les émissions sanguines, les purgatifs répétés, les mercuriaux à l'intérieur et en frictions, les pommades iodées, les alcalins en boissons et en bains, les exutoires profonds: tout cela sans aucun avantage marqué pour les malades. Nonobstant ces insuccès, nous recommanderons encore d'expérimenter les purgatifs et l'usage des eaux alcalines naturelles à l'intérieur, en bains et en douches. De toutes les eaux naturelles, celles de Carlsbad, en Bohême, sont les plus efficaces; on prétend qu'en quelques semaines elles peuvent résoudre des engorgements énormes du foie; cette réputation attire tous les ans à cette source une foule d'Anglais atteints d'intumescence considérable du foie par suite d'un séjour prolongé dans les Indes orientales. Peut-être y traite-t-on bien plus de congestions simples que d'hypertrophies véritables. Les procédés hydrothérapiques, surtout les douches froides, sont incontestablement utiles et comme révulsifs et comme reconstituants. J'ai vu, sous leur influence, se résoudre des intumescences énormes du foie datant de plusieurs années, et dans lesquelles l'organe avait acquis une dureté presque pierreuse, ce qui semblait exclure l'idée d'une congestion simple.

(1) *Anatomie pathologique générale*, t. III, p. 66 et 67.

DE L'HYPERTROPHIE DE LA RATE

Caractères anatomiques. — Il ne faut pas confondre la congestion de la rate avec son hypertrophie. La première est le plus souvent un état aigu caractérisé par l'augmentation de volume de l'organe, par la grande quantité de sang coagulé qu'il contient, par la diffluence de son tissu; ce n'est autre chose enfin que l'altération que nous avons notée dans la fièvre typhoïde, au début des fièvres intermittentes, et généralement dans les affections qui s'accompagnent d'une diminution de proportion dans la fibrine du sang. L'hypertrophie est, par contre, une lésion chronique dans laquelle l'organe acquiert un volume encore plus considérable que précédemment : ainsi il peut non-seulement déborder le rebord cartilagineux des côtes, envahir l'épigastre, l'ombilic, le flanc, et descendre jusqu'au rebord de l'excavation pelvienne; mais il n'est pas rare aussi que, s'élevant vers la partie supérieure de l'hypochondre gauche, il refoule le diaphragme et le poumon, et, s'appliquant exactement sur les côtes, donne une matité qui remonte beaucoup plus haut que celle qui est fournie à droite par le foie. Son poids est augmenté en proportion : ainsi la rate, qui à l'état normal pèse, d'après M. Cruveilhier, de 62 à 250 grammes, et dont le poids moyen serait, d'après M. Sappey, de 225 grammes, peut peser, dans les cas d'hypertrophie, de 1 à plus de 40 et 45 kilogrammes; on cite même un cas où la rate pesait 43 livres. L'organe a communément sa configuration et sa couleur normales; mais sa consistance est presque toujours augmentée : à l'incision, on trouve son tissu plus ferme et plus sec; il est rougeâtre; il ressemble parfois au tissu musculaire ou à celui du foie; il renferme souvent des noyaux apoplectiques plus ou moins considérables, plus ou moins nombreux; la capsule fibreuse, souvent intacte, est quelquefois le siège de plaques cartilagineuses ou même osseuses. M. Cruveilhier a établi enfin que dans l'hypertrophie les cellules spléniques sont imperméables, du moins à des degrés considérables : c'est ainsi qu'une injection poussée dans la veine comme dans l'artère ne pénètre pas au delà des vaisseaux. On dit avoir trouvé quelquefois les vaisseaux spléniques plus volumineux que de coutume : c'est probable, mais c'est une circonstance que je n'ai recherchée dans aucun des cas que j'ai observés.

La rate hypertrophiée présente souvent à sa surface des adhérences cellulaires qui l'unissent aux parties voisines : ce sont là des vestiges de péritonite.

Symptômes. Marche. Terminaisons. — Il est incontestable que la rate peut avoir un volume considérable sans exciter aucun trouble bien marqué dans l'économie : ainsi nous avons rencontré maintes fois des individus ayant toutes les apparences d'une belle santé, quoique leur rate, indurée, débordât le rebord costal et descendit jusqu'au niveau de l'ombilic. Vésale, Forestus et beaucoup d'autres auteurs citent des cas de ce genre. Disons pourtant que ces faits sont exceptionnels; car presque toujours l'hypertrophie de la rate, pourvu pourtant qu'elle soit considérable, détermine des troubles fonctionnels plus ou moins graves. Ainsi, quand l'intumescence de l'organe succède à des fièvres intermittentes prolongées, les individus restent pour la plupart jaunes, faibles et sujets à de fréquentes rechutes d'accès fébriles. Lorsque l'hypertrophie se développe lentement et sans cause appréciable, on voit ces personnes perdre peu à peu leur embonpoint et leurs forces; elles pâlisent; quelques-unes accusent un sentiment de gêne, de pesanteur, et parfois une véritable douleur à l'hypochondre ou dans le flanc gauche; le décubitus sur le côté droit est

parfois très-difficile, et souvent, en se palpant, les malades constatent l'existence dans le ventre d'une grosse tumeur mobile. Cette tumeur, comme nous l'avons dit précédemment, peut envahir toute la moitié gauche de l'abdomen; elle offre ordinairement une surface égale; elle est très-dure, peu ou point douloureuse à la pression; elle est circonscrite en avant et en bas par un rebord obtus, et elle se prolonge supérieurement dans l'hypochondre gauche, qui offre une ampliation plus ou moins considérable. La percussion, pratiquée à son niveau, donne un son complètement mat, et fait sentir la résistance que donne un corps solide, dur et ayant une certaine épaisseur; elle permet de circonscire exactement la tumeur en bas et en arrière mieux qu'on ne le fait par la palpation, et de plus par elle seule on peut déterminer quelles sont les limites supérieures de la tumeur, ainsi que M. Piorry l'a fort bien établi dans plusieurs de ses ouvrages et notamment dans son *Procédé opératoire*.

Les individus qui portent un engorgement considérable de la rate finissent presque tous par avoir un teint tout particulier : leur peau, non-seulement à la face, mais encore sur tout le corps, prend une coloration comme grisâtre, cendrée, ressemblant à peu près au teint des créoles : c'est ce qu'on nomme la *teinte splénique*. En même temps les muqueuses se décolorent; chez beaucoup l'appétit se perd, ou bien les digestions deviennent laborieuses, et il y a de temps en temps de la diarrhée; quelques-uns de ces malades sont oppressés et ont une petite toux sèche. Tôt ou tard un épanchement séreux se forme dans le ventre; puis les extrémités inférieures s'infiltrant; l'affaiblissement faisant des progrès, la mort survient à une époque plus ou moins éloignée. La maladie est apyrétique, à moins de complications inflammatoires, preuve nouvelle que l'engorgement splénique n'est pas par lui-même la cause organique des fièvres d'accès.

Les auteurs ont attribué aux engorgements spléniques divers accidents qu'ils ne produisent pas, et qu'il ne faut considérer, quand ils surviennent, que comme des complications purement accidentelles : tels sont les épistaxis, les hémorrhoides, la dysenterie, les ulcères des jambes et la métrorrhagie. Il est, au contraire, démontré que la gastrorrhagie se lie quelquefois à l'existence d'une hypertrophie de la rate. Cette hémorrhagie, toujours grave, est le plus souvent la cause de la mort des individus. J'ai présenté à l'Académie de médecine une rate pesant plus de 4 kilogrammes, ayant appartenu à un individu qui avait succombé après avoir vomi plus de 8 livres de sang (1). Des faits analogues ont été rapportés par Riolan dans son *Anthropologie*; par Weddel, dans les *Éphémérides des curieux de la nature*; par Morgagni, dans sa trente-sixième lettre, etc. La gastrorrhagie s'explique par la gêne que la tumeur splénique apporte dans la circulation de l'estomac. On avait cru pendant longtemps qu'il existait toujours quelques ruptures vasculaires; les autopsies ont prouvé qu'il n'y avait aucune solution de continuité, et que le sang, dans ces cas, avait été seulement exhalé. Rappelons que l'engorgement splénique est commun dans la *leucocythémie*. (Voyez t. 1^{er}, p. 225.)

L'hypertrophie a une marche lente et essentiellement chronique : ce n'est, en effet, qu'au bout de plusieurs mois, d'une ou de plusieurs années, que la rate acquiert les dimensions dont nous avons précédemment parlé.

Il est douteux pour nous que la rate hypertrophiée puisse revenir à son volume normal; ceux qui croient à la guérison facile de cette maladie confondent évidemment l'hypertrophie avec la simple congestion ou avec l'engorgement de

(1) *Bulletin de l'Académie*, t. XV, p. 762.

l'organe. Nous pouvons invoquer en faveur de cette opinion la rapidité même avec laquelle ces médecins prétendent faire diminuer, puis disparaître, la tumeur à l'aide du sulfate de quinine, qui triompherait de la maladie en quelques jours. On conçoit un pareil effet pour une rate simplement congestionnée, telle qu'elle existe dans la fièvre typhoïde et dans la plupart des fièvres intermittentes; mais ce résultat est impossible à obtenir sur les rates vraiment hypertrophiées, qui, fermes et dures, ont un parenchyme ressemblant à celui du foie ou au tissu musculaire. Une altération aussi profonde ne peut pas se résoudre en quelques jours ni même en quelques semaines, à supposer même qu'elle soit curable, ce qui est encore fort contestable.

Diagnostic. — Nulle difficulté pour reconnaître une tumeur splénique. L'organe débordant presque toujours les fausses côtes, on le distinguera aisément à sa densité, à sa matité, au rebord large, obtus, arrondi, qui le termine antérieurement et en bas, et qui est dirigé dans un sens contraire à celui du foie. Enfin, par la palpation, et surtout à l'aide de la percussion, on circonscrit la tumeur, et si au fur et à mesure on dessine son contour avec de l'encre ou un crayon de nitrate d'argent, on reconnaît la forme de la rate. Celle-ci, lorsqu'elle est affectée d'hypertrophie, représente un ovoïde arrondi sur ses bords, et ayant son plus grand diamètre dans le sens vertical. Dans cette exploration, il faut toujours, à l'aide de la percussion, atteindre les limites supérieures de la rate, qui, comme nous l'avons dit, remonte quelquefois assez haut dans la poitrine. Il peut même arriver, ainsi que M. Piorry l'a démontré, que l'organe acquière des dimensions qui dépassent 21 centimètres, sans qu'il déborde pourtant le rebord des fausses côtes gauches : c'est ce qu'on observe surtout chez les sujets dont le ventre est volumineux, très-développé de bas en haut, ou chez ceux dont les dimensions verticales de la poitrine sont considérables. La percussion faite méthodiquement fera constater, dans ces cas, une matité complète donnant au doigt la sensation d'une forte résistance sans la moindre élasticité. Cette matité, ainsi que M. Piorry l'a fort bien établi, est située inférieurement et postérieurement à celle qui correspond au cœur; supérieurement et antérieurement à l'espace occupé par le son mat du rein, à gauche de celui qui dépend du foie, plus bas que le lieu où se rencontrent d'ordinaire les épanchements pleurétiques peu considérables. Les régions occupées normalement par le poumon gauche, surtout celle qui est située tout à fait en bas, près de la colonne vertébrale, continuent à donner de la sonorité et de l'élasticité par la percussion légère et superficielle en même temps que la respiration auscultée y reste pure. M. Piorry, que je copie ici, car il a exprimé des résultats parfaitement exacts, ajoute que la matité de l'hypochondre gauche, dont nous parlons actuellement, ne pourrait pas dépendre des aliments contenus dans l'estomac; car elle ne serait pas permanente, et se dissiperait alors par le simple décubitus sur le côté droit; celle qui serait produite par des fèces accumulées dans le gros intestin coexisterait le plus souvent avec un son obscur des régions iliaques, surtout de la gauche, et disparaîtrait sous l'influence des purgatifs; enfin celle qui dépendrait d'une collection circonscrite de liquide due à une péritonite partielle aurait été précédée des signes aigus de cette affection, et serait accompagnée de symptômes fort différents de ceux auxquels la rate donne lieu.

On ne conçoit pas que des médecins aient été assez distraits ou malhabiles pour confondre la rate hypertrophiée avec l'utérus développé par la grossesse; car le siège de la tumeur, sa forme, son mode de développement de haut en bas pourraient seuls empêcher de commettre une aussi grossière méprise.

Il est souvent difficile de distinguer l'hypertrophie de la rate du simple engorge-

ment splénique. On croira plutôt à la première altération qu'à la seconde, si la tumeur est très-dure, si elle donne au doigt une très-forte résistance, si elle s'est développée très-lentement, et si son début remonte à une époque déjà éloignée. Dans les engorgements simples, tels qu'on les observe au début des fièvres intermittentes, la tuméfaction est rapide, sujette à des variations d'un jour à l'autre, il y a plus de sensibilité à la pression; souvent il y a des douleurs spontanées, et l'organe n'a pas la dureté qu'il acquiert dans le premier cas.

Pronostic. — L'hypertrophie de la rate, quand elle est considérable, est une affection généralement grave; si dans quelques cas elle n'apporte aucun trouble manifeste dans l'économie, il n'est pas moins vrai que le plus souvent elle exerce une influence fâcheuse sur la nutrition, et qu'elle finit tôt ou tard par tuer les malades, après avoir produit une hydropisie ascite. On portera surtout un pronostic fâcheux lorsque la rate, très-dure, très-grosse, s'est développée lentement, d'une manière obscure, sans être précédée de fièvre intermittente, ou lorsqu'elle ne coexiste pas avec quelque accident périodique. Cette lésion peut rester stationnaire et latente pendant un grand nombre d'années.

Étiologie. — Presque tous les individus atteints d'hypertrophie de la rate ont eu, à une époque plus ou moins éloignée, des fièvres intermittentes qui se sont prolongées longtemps et qui, quoique bien guéries, ont probablement laissé après elles la rate un peu plus grosse. Quoi qu'il en soit, c'est ordinairement après une ou plusieurs années d'une santé parfaite qu'on voit ces individus pâlir, maigrir et présenter la série d'accidents que nous avons précédemment fait connaître. Plus rarement on voit l'excès de nutrition de la rate succéder immédiatement à des fièvres intermittentes qui quelquefois ont cessé complètement, bien que la rate ait toujours continué de s'accroître; d'autres fois ces accès persistent encore, et ils se montrent irrégulièrement à des intervalles plus ou moins éloignés, circonstance importante à connaître, et qu'on doit toujours rechercher en vue du pronostic et de la thérapeutique. Dans quelques cas pourtant, et nous en avons vu beaucoup d'exemples, l'hypertrophie de la rate portée à un très-haut degré, ainsi que j'en ai rapporté plus haut une histoire remarquable, ne reconnaît comme antécédents ni des accès de fièvre intermittente, ni un séjour dans des pays marécageux; l'altération de nutrition se produit alors d'une manière toute spontanée et sans qu'on puisse saisir l'action évidente d'aucune cause prochaine ou éloignée.

Traitement. — L'augmentation de volume de la rate survient-elle chez un individu à la suite des fièvres intermittentes, le malade présente-t-il encore à des intervalles réguliers ou irréguliers des accès ou quelques-uns des phénomènes caractérisant un stade de la fièvre, on devra, sur cette indication, administrer le sulfate de quinine, qui presque toujours triomphe rapidement de tous les accidents. Si, par contre, l'engorgement de la rate, lentement développé, ne coïncide point avec des symptômes fébriles; si l'organe est dur et volumineux, le sulfate de quinine, à quelque dose qu'on l'administre et quelque long que soit le temps pendant lequel on le donne, restera sans effet. Ainsi j'ai vu plusieurs fois Chomel donner vainement pendant huit à dix jours 1 gramme de sulfate de quinine; et moi-même j'ai bien des fois porté la dose du sel de quinine à 2 grammes par jour; j'en ai prolongé l'usage pendant plus de deux semaines, je lui ai associé les préparations ferrugineuses, sans avoir jamais constaté la moindre diminution dans le volume de la tumeur. On a prétendu expliquer ces insuccès en disant que le tissu de la rate était alors dégénéré ou le siège de produits accidentels; il n'en est rien. Dans tous les

faits que j'ai observés, la rate était seulement hypertrophiée, c'est-à-dire atteinte de cette lésion de nutrition que nous avons vue, quel que soit l'organe atteint, résister presque toujours aux médications les plus énergiques. Lorsqu'on voit une rate diminuer promptement de volume, soit par les antiphlogistiques, soit après l'usage de la quinine, il faut croire qu'il y a alors bien moins une hypertrophie qu'une congestion du tissu. On a encore opposé plusieurs autres médications à l'affection dont nous parlons : tels sont notamment l'iode à l'intérieur et en friction, les alcalins en bains et en boissons, les évacuants, les émissions sanguines, les révulsifs cutanés, les douches froides; mais ces divers remèdes ont toujours échoué dans mes mains. Je crois donc qu'il faut désormais rechercher si la thérapeutique ne posséderait pas quelques agents plus efficaces que ceux qui ont été vainement employés jusqu'à ce jour. Les eaux naturelles de Vichy, prises à leurs sources mêmes, ont donné, dit-on, d'heureux résultats. Il en serait de même des eaux plus fondantes encore de Carlsbad et de l'hydrothérapie appliquée sous une bonne direction dans un établissement muni d'appareils convenables pour pouvoir agir énergiquement.

DU GOITRE

SYNONYMIE. — Bronchocèle, trachéocèle, grosse gorge, gros cou.

Il faut réserver le mot *goitre* pour désigner l'hypertrophie du corps thyroïde, et ne pas confondre sous cette expression, comme le faisaient les anciens, comme l'a fait encore tout récemment M. le docteur Bach (1), toutes les intumescences de l'organe dues au développement de quelques productions accidentelles, telles que kystes, cancer, etc.

Anatomie pathologique. — Le corps thyroïde peut être hypertrophié dans toute son étendue, ou seulement dans un de ses lobes, ou même dans une partie d'un lobe. Lorsque l'hypertrophie est générale et considérable, l'organe peut avoir acquis des dimensions monstrueuses et un poids qui peut être de 500 grammes; on l'a vu même s'élever parfois jusqu'à 5 ou 6 kilogrammes. Son tissu est toujours plus dense, plus rouge, et les lobules qui le constituent ont un volume plus grand. A l'incision, on a fait souvent suinter un liquide jaunâtre et visqueux logé dans de petites vésicules membraneuses demi-transparentes. Les vaisseaux de la tumeur sont plus volumineux. Si le goitre est très-ancien, on trouve fréquemment, dans son intérieur, diverses productions morbides qui viennent encore en augmenter le volume; on y rencontre surtout des kystes séreux ou mélicériques dont les parois peuvent devenir à la longue fibreuses, cartilagineuses ou même osseuses; plus rarement on y trouve des noyaux squirrheux ou du tissu encéphaloïde; mais ce sont là tout autant de complications.

Symptômes. Marche. — Le goitre se présente sous la forme d'une tumeur molle, pâteuse, indolente, plus ou moins mobile, sans changement de couleur à la peau, sillonnée de grosses veines. Sa forme et son volume varient beaucoup; l'hypertrophie peut occuper tout l'organe ou un de ses lobes, et dans l'un et l'autre cas l'affecter très-inégalement. Le plus souvent pourtant la tumeur est ovoïde ou sphéroïdale, et occupe toute la partie antérieure du cou; on la voit quelquefois se détachant du larynx, tomber sur la poitrine, sur le ventre, et même, dit-on, jusque sur le pubis et à la partie moyenne des

(1) Mémoires de l'Académie de médecine, t. XIX, p. 778.

membres inférieurs; d'autres fois, elle remonte latéralement jusqu'au niveau des oreilles; ces faits sont excessivement rares. Dans la plupart des cas, la tumeur n'a que le volume du poing ou des deux poings du sujet, ce n'est que très-rarement qu'elle acquiert le double de ces dimensions. Si l'hypertrophie n'envahit qu'un des lobes du corps thyroïde, la tumeur est située sur le côté du cou, à droite ou à gauche de la trachée et du larynx. Le goitre conserve rarement d'ailleurs la forme primitive de l'organe. Presque toujours il est parfaitement limité à sa circonférence, excepté pourtant lorsque, par suite de l'ancienneté de la tumeur, le tissu cellulaire ambiant s'affecte à son tour, et s'indure. La tumeur située sur le larynx suit tous les mouvements que cet organe exécute pendant la respiration et la déglutition; assise sur des vaisseaux volumineux et traversée par les artères d'un gros calibre, elle est souvent le siège de pulsations isochrones à celles du pouls.

Le goitre présente quelquefois des variations assez notables dans son volume; il est parfois plus proéminent pendant les temps humides ou pendant la période menstruelle; la grossesse a une influence bien plus puissante et mieux constatée. C'est ainsi que, chez quelques femmes, la tumeur naît ou bien augmente momentanément ou d'une manière durable pendant la grossesse et pendant le travail de la parturition. La mort peut en être la conséquence : le professeur N. Guillot en a rapporté deux exemples très-remarquables (1).

Les rapports du goitre avec des organes importants expliquent les troubles graves qu'on observe quelquefois chez les individus affectés de cette maladie. Ainsi la compression du larynx altère la voix et la rend rauque; la respiration est gênée; les malades sont essoufflés, et éprouvent même parfois des accès de suffocation. La pression que la tumeur exerce également sur l'œsophage explique pourquoi certains malades avalent difficilement (surtout les aliments solides). La pression sur les veines jugulaires, en gênant le retour du sang, occasionne de la céphalalgie, de la pesanteur de tête, parfois des accidents de congestion, et même l'hémorrhagie cérébrale; en même temps la face est bouffie, violacée; les lèvres sont bleuâtres et gonflées comme dans certaines affections organiques du cœur. Si le goitre, se dirigeant en haut, comprime les glandes salivaires, la sécrétion de la salive est activée; enfin on a vu dans ce cas l'ouïe devenir dure par suite de la compression du conduit auditif. Ces effets ont lieu lorsque la tumeur a acquis un volume considérable, ou bien encore lorsque, sans avoir de grandes dimensions, son développement, au lieu de se faire vers la peau, s'est effectué en arrière, du côté du rachis, après s'être engagé derrière le sternum et la clavicule. On a vu ces goîtres *en dedans*, comme on les nomme, déterminer des accidents graves, et même la mort, bien qu'ils n'eussent que le volume d'une pomme de moyenne grosseur.

Sous prétexte que, dans certains pays, le goitre et le crétinisme règnent endémiquement et coexistent souvent chez le tiers environ des individus, on s'est cru en droit de conclure qu'il y avait un rapport de cause à effet entre les deux maladies; beaucoup de personnes admettent encore aujourd'hui avec Fodéré que le goitre est une cause de crétinisme, ce qu'ils expliquent par la compression que le corps thyroïde hypertrophié exerce sur les carotides. Mais l'observation journalière prouve qu'il n'y a ici qu'une simple coïncidence, attendu qu'en somme le goitre n'atteint pas le plus grand nombre des crétins; que le crétinisme est rare dans beaucoup de pays où le goitre est endémique; enfin, on rencontre tous les jours, dans le commerce de la vie, des gens qui, nonob-

(1) Actes de la Société médicale des hôpitaux, 5^e fascicule, p. 470.