

recommande l'usage interne et externe des eaux sulfureuses chaudes, dont l'action serait plus sûre que celle des purgatifs, les révulsifs, les injections iodées, etc.

Lorsque le pus se fraye de lui-même une issue au dehors, le rôle de la thérapeutique est bien plus simple. Si l'ouverture s'est faite à travers la paroi abdominale, il arrive assez souvent que la peau est décollée dans une grande étendue, et qu'alors une ou plusieurs incisions deviennent nécessaires. Quand l'abcès s'ouvre dans le canal intestinal, dans les voies biliaires, ou bien dans le rein droit, on prescrit le repos absolu afin de ménager les adhérences. Enfin, quand le pus s'épanche dans les bronches, on administre les opiacés préférables ici à tout autre agent, en outre on cherche à maintenir les forces. Quant aux résidus de l'exsudation pleurétique ou de l'infiltration inflammatoire des poumons, on les abandonne à l'action de la nature, ou bien, dans le cas où ils demeurent stationnaires, on cherche à provoquer leur résorption au moyen des épispastiques, des diurétiques, etc.

III. — DIATHÈSE SYPHILITIQUE DU FOIE, HÉPATITE SYPHILITIQUE.

I. — Historique.

La doctrine admettant que le foie peut prendre part à la diathèse vénérienne est aussi ancienne que celle de la syphilis même.

Sous l'empire des théories galéniques, on croyait que les ulcères syphilitiques procédaient d'une dépravation des humeurs, dont on devait chercher la source dans le foie rendu malade par un principe contagieux volatil. C'est déjà ce que Hutten indique (1). Fallope développe explicitement cette manière de voir (2). Après avoir réfuté les autres opinions, il conclut de la manière suivante : « Si igitur hoc perpetuum est (actiones læsæ et sanguis à statu naturali recedens), ideò necessarium est hunc morbum afficere fontem foveitem hanc facultatem, et hoc est hepar, in quo, tanquam in propria parte, oritur morbus. » Il se fonde, à ce propos, sur l'avis conforme de Ant. Musa Brassavolus (3), Montanus, Ant. Gallus et autres.

A côté de cette théorie d'une affection syphilitique primitive du foie, il s'en produisit presque simultanément une autre, d'après

(1) Hutten, *De guajaco*, c. II. — *Livre du chevalier allemand Ulric de Hutten sur la maladie française*, par Potton. Lyon, 1865, p. 16.

(2) Fallope, *Tractatus de morbo gallico*, c. X-XIII.

(3) Brassavole, *Tractatus de usu radicis Chinæ*. Venise, 1566.

laquelle le foie ne serait affecté que secondairement par la corruption progressive des humeurs, dont le point de départ est la maladie des organes génitaux. Cette opinion fut soutenue par Cutaneus (1), par Vella (2), et aussi par Alph. Ferro (3), qui s'exprime ainsi : « Quibus infectis (pudibunda scilicet), vitiantur venæ capillares, deinceps magnæ venæ atque arteriæ, nec non et hepar ipsum et reliqua principalia membra. » L'idée de l'affection du foie fut également combattue par Botal, Pétronius (4), Borgarucius (5), qui dans des autopsies avait trouvé le foie sain ; puis par Mercurialis (6). Paracelse conteste aussi la vérité de cette doctrine, parce qu'il a vu, concurremment avec la syphilis, des lésions exister fréquemment dans divers organes, mais rarement dans le foie. Tout cela n'empêcha point que Ronchin à Montpellier en 1604, J. Keil (7) en 1614 et Jonston (8) en 1655, soulignent encore que le foie était le foyer propre de la syphilis.

La question ne put guère être approfondie que quand on se mit à rassembler soigneusement tous les faits anatomo-pathologiques. Th. Bonet (9), qui colligea tous les matériaux recueillis jusqu'à lui et qui rapporte plusieurs cas où le foie était atteint comme d'une gale et de pustules, fait observer que cette sorte de lésion est rare et que l'opinion des auteurs, qui font dériver la syphilis d'une altération du foie (de solutâ unitate hepatis), est réfutée par les anatomistes. Morgagni (10) se prononce encore plus fortement dans ce sens ; il affirme qu'il ne se souvient pas d'avoir jamais trouvé le foie malade chez les syphilitiques dont il a fait l'autopsie. Néanmoins, Astruc, Van Swieten et Portal (11) rapporteront plus tard divers cas d'affection syphilitique du foie ; mais ils ne leur donneront pas cette importance excessive qui avait été, pendant si longtemps, pour les anciens médecins, un sujet de discussions. Postérieurement à ces auteurs, on voit ces sortes de recherches être abandonnées, jusqu'à l'époque, encore peu éloignée, où Ricord (12) décrit,

(1) Cutaneus, in Aloysius Luisinus, *De morbo gallico*. Venetiis, p. 151.

(2) Vella, *ibid.*, p. 207.

(3) Alph. Ferro, *ibid.*, p. 433.

(4) Petronius, *De morbo gallico*, lib. I, cap. XVII.

(5) Borgarucii, *De morbo gallico methodus*. Venise, 1566.

(6) Mercurialis, *De medicind practica*, lib. IV, p. 470.

(7) Keil, Breslau, *Dissert. inaug. de lue venered.* Marpurgi, 1614.

(8) Jonston, *Idea universæ medicind practica*. Lugduni, 1655.

(9) Th. Bonet, *Sepulchret.*, lib. IV, sect. IX.

(10) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*. Venetiis, 1662. Epistol. 58, p. 369.

(11) Portal, *Maladies du foie*, p. 363.

(12) Ricord, *Clinique iconographique de l'hôpital des Vénériens*. Paris, 1851.

dans les poumons, le cœur et le foie, des altérations qu'il compara aux tumeurs gommeuses. Rayer (1) observa également, avec une néphrite albumineuse, des lésions du foie qu'il crut devoir attribuer à la dyscrasie syphilitique. Dans un travail beaucoup plus étendu et plus complet, Dittrich (2) détermina sûrement, pour la première fois, les caractères fondamentaux de l'affection syphilitique du foie, et il donna ainsi l'impulsion à une série de nouvelles recherches, qui ont jeté sur ce sujet une vive lumière. Parmi elles nous citerons ce qu'ont écrit Gubler (3), S. Wilks (4), Bristowe (5), Sigmund, Virchow (6), Lucien Quelet (7), Edmond Lecontour (8), Blachez (9), Leudet (10), Martineau (11), Lancereaux (12) et plusieurs autres. D'après le docteur Lancereaux, les manifestations de la syphilis viscérale auraient leur siège le plus habituel dans le foie. Sur 24 cas rapportés par cet auteur, il aurait noté : l'hépatite syphilitique, 3 fois ; les gommés sans cicatrices, une fois ; les cicatrices sans gommés, 7 fois ; les cicatrices à la surface avec gommés à l'intérieur, 11 fois. Quelques auteurs, il est vrai, tels que Bohmer (13) et Vidal (de Casis) (14) mirent en question la nature syphilitique de l'affection du foie ; mais en faisant même abstraction de leur coïncidence fréquente avec la syphilis, les lésions anatomiques du foie, sous le rapport de leur forme, de leur développement et de leur rétrocession, ont alors une ressemblance tellement frappante avec les productions syphilitiques siégeant dans les autres organes, que le doute émis par les auteurs précités n'est nullement justifiable.

(1) Rayer, *Traité des maladies des reins*. Paris, 1839, t. II, p. 486.

(2) Dittrich, *Prager Vierteljahrsschrift*, 1849, t. I ; et 1850.

(3) Gubler, *Mémoire sur une nouvelle affection du foie liée à la syphilis héréditaire* (*Gaz. médicale*, 1852, n° 17, et *ibid.*, 1854).

(4) Wilks, *Transact. of the patholog. Society*, t. VIII.

(5) Bristowe, *ibid.*, t. X.

(6) Virchow, *Archiv für patholog. Anatomie*, t. XV, p. 266.

(7) Quelet, Thèse de Strasbourg, 1856.

(8) Lecontour, *Des affections syphilitiques du foie*. Thèse d'agrégation, 1858.

(9) Blachez, *Essai sur la syphilis du foie*. Thèse de Paris, 1853.

(10) Leudet, *Moniteur des sciences médicales*, 1860.

(11) Martineau, *Bulletin de la Société anatomique*, 1862.

(12) Lancereaux, *Études sur les lésions susceptibles d'être rattachées à la syphilis constitutionnelle* (*Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1863-64, t. XXIX, p. 380 ; et *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1864, n° 32, p. 501, 547, 582, 595). — *Traité de la syphilis*. Paris, 1865. — Nous devons à l'obligeance de M. Lancereaux les figures 67, 68, 69, 70 et 71, qui font partie de son *Mémoire* et de son livre.

(Note des traducteurs.)

(13) Bohmer, *Zeitschrift für ration. Therapie*, 1853, p. 88.

(14) Vidal, *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1859.

II. — Description.

La diathèse syphilitique se manifeste, dans le foie, sous trois formes différentes :

1° Comme hépatite interstitielle simple et comme périhépatite ;

2° Comme hépatite gommeuse ;

3° Comme dégénérescence cirreuse, amyloïde ou lardacée du foie.

Ces trois formes peuvent exister séparément ou simultanément dans la glande. Laisant de côté la troisième forme, qui peut être causée par d'autres cachexies que la syphilis, et que nous étudierons dans un chapitre spécial, nous traiterons seulement, ici, des deux formes inflammatoires.

1° *Hépatite interstitielle et périhépatite*. — Chez certains individus atteints de syphilis constitutionnelle, on trouve à la surface du foie des cicatrices plissées ou rayonnées, dont l'aspect est blanchâtre. L'enveloppe de l'organe est habituellement unie par des adhérences solides aux viscères voisins, particulièrement au diaphragme et plus rarement au côlon ou à l'estomac. Les cicatrices siègent de préférence sur la face convexe de la glande, cependant on les observe aussi sur la face concave ; tantôt elles sont clair-semées, et tantôt, au contraire, en si grand nombre qu'elles donnent au foie une forme irrégulièrement lobuleuse. Rarement on les rencontre dans l'intérieur du parenchyme, sans qu'alors elles atteignent jusqu'à la superficie de l'organe. Cependant Lancereaux a vu et figuré des cicatrices dans l'épaisseur même du parenchyme hépatique. En les examinant avec soin, on y découvre un tissu fibreux qui, partant de la capsule épaissie, s'enfonce plus ou moins profondément dans la substance glandulaire atrophiée en ces points. Ce tissu fibreux est ordinairement serré, comme tendineux et pauvre en vaisseaux ; plus rarement, on trouve qu'il est mou et traversé par des vaisseaux sanguins plus ou moins gros, qui peuvent être injectés (*Atlas*, pl. IV, fig. 7) (1).

Les rameaux principaux de la veine porte, les veines hépatiques et les canaux biliaires ne présentent, d'habitude, aucune altération, surtout lorsque la cicatrice ne pénètre pas profondément. Il est rare de les voir rétrécis ou oblitérés, et, par suite, d'observer des troubles de la circulation ou de l'excrétion biliaire, tels que l'ascite et l'ictère.

(1) Voyez Lancereaux, *Valeur des cicatrices du foie dans le diagnostic anatomique de la syphilis viscérale* (*Bulletin de la Société anatomique*, p. 338, 1862).

2° *Hépatite gommeuse*. — Avec la forme gommeuse de l'hépatite syphilitique, on trouve, au milieu du tissu cicatriciel ci-dessus décrit, des nodosités blanchâtres ou jaunâtres, rondes, sèches, ayant d'ordinaire la grosseur d'une lentille ou d'un haricot, mais pouvant aussi atteindre au volume d'une noix (*Atlas*, pl. IV, fig. 4). Un caractère de ces tumeurs sur lequel M. Lancereaux insiste tout particulièrement, c'est qu'elles sont ordinairement circonscrites par une zone fibreuse, grisâtre, vasculaire, qui les enkyste et dont il est parfois possible de les énucléer (1). A leur centre on remarque une coloration d'un brun jaune, qui est due à l'incarcération d'un canalicule biliaire.

La substance de la nodosité ne se laisse pas énucléer, parce qu'elle est traversée par des tractus fibreux ; elle est composée de gouttelettes de graisse, de noyaux de cellules, et de fibres de tissu unissant, qui ont subi la dégénérescence graisseuse (*Atlas*, pl. IV, fig. 5 et 6). Cette composition est analogue à celle des nodosités gommeuses qu'on trouve, avec la syphilis constitutionnelle, dans le tissu cellulaire sous-cutané, sous le périoste, dans le testicule, etc. (2).

Dans un cas où les lésions ont pu être observées à leur début, Hermann Weber (3) a constaté à la surface du foie un grand nombre de taches, de l'étendue d'un pois à celle d'une pièce de 50 cent., grisâtres et déprimées au centre, rouge-jaunâtre et un peu saillantes à la périphérie, disséminées d'ailleurs sur un fond normal. Des taches semblables se rencontraient en très-grand nombre à l'intérieur de l'organe, à des degrés divers de développement.

La dépression centrale faisait voir une hyperplasie active du tissu conjonctif et une atrophie des cellules hépatiques ; dans la partie élevée de la circonférence, on trouvait une augmentation de la vascularité, un grand nombre de granulations graisseuses libres, quelques corps granuleux et les cellules hépatiques gorgées de graisse.

La substance hépatique située entre les cicatrices et les nodosités gommeuses reste normale, ou bien, ainsi que je l'ai vu assez sou-

(1) Lancereaux, *Gaz. heb.*, p. 502.

(2) Ricord les avait déjà dépeintes (*loc. cit.*, pl. XXX, fig. 2 et 3) ; il les décrit avec raison, comme tubercules du tissu cellulaire, parmi les accidents tertiaires. Budd en fait des tumeurs enkystées, noueuses, qu'il croit pouvoir attribuer à une inflammation des voies biliaires avec épaissement de la matière sécrétée. Oppolzer et Bochdalek (*Prager Vierteljahrsschrift*, t. XI, p. 159) avaient cru à leur origine cancéreuse, jusqu'au moment où Dittrich montra leur nature syphilitique. Virchow a surtout bien suivi le mode de développement et de disparition des lésions anatomiques causées par la vérole.

(3) H. Weber, *Medic. Times and Gaz.*, 10 février 1866.

vent, subit la dégénérescence adipeuse. Souvent, et d'après les observations de Virchow habituellement, les acini et les cellules hépatiques augmentant de volume en ce point, il en résulte une véritable hypertrophie, qui compense la perte de substance.

Il existe encore d'autres formes d'hépatite syphilitique, dans lesquelles on voit le tissu conjonctif envahir une grande étendue de la glande et provoquer ainsi une induration simple ou granuleuse. Ce sont des cas de cette espèce que j'ai décrits plus haut sous le titre de cirrhose syphilitique, et dont j'ai fait ressortir les particularités (1). Ces sortes d'indurations peuvent exister seules ou être jointes à une infiltration cireuse.

Dans l'hépatite syphilitique, le volume du foie pris dans sa totalité est ordinairement peu modifié ; rarement il est amoindri d'une manière notable ; il devient plus considérable quand il y a coïncidence d'une dégénérescence amyloïde. Sur 17 cas observés par moi, l'organe avait diminué de volume 4 fois, et même dans un de ces cas il n'était pas plus gros que les deux poings réunis ; 7 fois le volume était resté normal, 6 fois il avait augmenté ; parmi ces derniers cas, il y en avait 5 où la dégénérescence cireuse existait.

La forme de l'organe peut être très-diversement modifiée ; dans un cas, le lobe gauche, ratatiné, constituait une sorte d'appendice ayant à peine un pouce de longueur (*fig. 68*) ; une autre fois, le lobe droit était réduit environ de moitié, tandis que le lobe gauche s'était développé en longueur et en épaisseur, de manière que l'organe présentait une forme carrée. Plus souvent encore, on trouve la surface divisée en lobes irréguliers par des sillons ; quel-

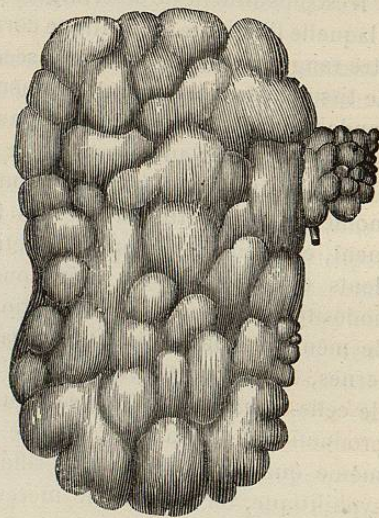


Fig. 68. — Foie dont le lobe gauche atrophie.

(1) Voir p. 329 et suiv. Déjà M. Ch. Dufour (*Bullet. de la Soc. anat. Paris*, 1851 p. 139) avait cité un cas de cirrhose du foie chez un syphilitique ; Bohmer parle aussi de grosses masses de tissu conjonctif, comme cirrhotiques, dans le foie d'enfants atteints de syphilis congénitale.

ques-uns de ces lobes, formant des espèces de tumeurs rondes et saillantes, peuvent alors induire facilement en erreur (1).

Outre ces lésions du foie, on trouve généralement d'autres résidus de l'affection syphilitique, tels que : des cicatrices sur les organes génitaux, dans le pharynx, sur l'épiglotte; des tuméfactions glandulaires; des éruptions cutanées; des tumeurs des os, etc., etc. Souvent encore, on observe des tumeurs de la rate et une dégénérescence des reins, auxquelles se joignent les symptômes d'une cachexie profonde; hydropisie, etc., etc. Cependant il y a des cas, où la preuve évidente de la syphilis est assez difficile à fournir; Dittrich, ainsi que Virchow, en citent de cette espèce; on trouvait bien des cicatrices du pharynx, mais il était impossible de découvrir aucune autre preuve de l'infection syphilitique. Quoi qu'il en soit, ces observations sont tellement clair-semées, qu'elles ne suffisent pas, pour qu'on puisse mettre en doute les relations de l'affection hépatique qui nous occupe, avec la syphilis.

Il est plus difficile de déterminer l'époque de l'infection vénérienne, à laquelle l'hépatite syphilitique correspond, et de dire si celle-ci doit être rangée parmi les accidents secondaires ou parmi les tertiaires. Le tissu cicatriciel apparaît en même temps que les accidents secondaires; c'est ce que Dittrich aurait découvert à l'aide de l'anatomie, et Gubler au moyen de la clinique. Pour mon compte, je n'ai rencontré aucun fait que je puisse, en toute sécurité, faire remonter jusqu'à cette période. En tout cas, on constate habituellement, en même temps que l'affection du foie, certains autres accidents tertiaires; et les altérations profondes de la glande, des nodosités gommeuses, l'infiltration cireuse, peuvent à bon droit, de même que les accidents siégeant dans les autres organes internes, être rapportées à la forme tertiaire de la vérole. En dehors de celle-ci, existe-t-il d'autres causes morbides qui concourent à la production de l'hépatite? c'est ce qu'on ne peut guère décider. De même que pour les diverses affections consécutives à l'infection syphilitique, on a accusé le mercure, à tort certainement; les cicatrices hépatiques, en effet, sont observées dans des cas où on n'a pas employé un seul grain de mercure. A cause de la situation des cicatrices, Virchow est disposé à admettre que des causes mécaniques extérieures, telles que des contusions, etc., exercent, sur la production de l'affection hépatique, une action semblable à celle qui servait à Duverney à expliquer la maladie de certains points

(1) Voir les observations qui suivent.

du système osseux. Cette question, qui renferme en elle celle de la localisation des dyscrasies, est d'une importance considérable; mais les matériaux recueillis jusqu'ici ne suffisent pas encore pour la résoudre.

La réaction exercée par l'hépatite syphilitique simple ou gommeuse n'est pas, généralement, très-importante. D'habitude, la plus grande partie de la glande reste en état de sécréter; parfois, la perte subie semble être compensée par une hypertrophie; rarement on observe des désordres provenant de l'oblitération de vaisseaux ou de canaux biliaires volumineux. Il en est autrement, lorsque l'induration envahit des espaces étendus de la glande, ou bien, quand celle-ci subit la dégénérescence amyloïde. Alors on voit se produire toutes les conséquences ordinaires de la cirrhose et de l'état cirrueux du foie.

La cachexie, qui coïncide assez souvent avec l'hépatite syphilitique, s'explique moins bien par l'existence des cicatrices hépatiques que par la maladie des glandes lymphatiques, de la rate, et surtout des reins.

Quant aux symptômes qui accompagnent la maladie pendant la vie, ils sont souvent tellement insignifiants, que les cicatrices se produisent sans qu'on puisse s'en douter, et qu'on est tout surpris de les découvrir, lors de l'autopsie. Cependant, il est des cas où les signes sont assez prononcés, pour que le diagnostic devienne possible. Parmi les plus constants, on doit noter des douleurs dans la région hépatique, qui tantôt sont circonscrites et tantôt occupent la totalité de l'organe. D'habitude, ces douleurs sont sourdes, comprimantes, et parfois assez vives pour devenir fort pénibles (1). Leur durée peut être longue; un de mes malades en souffrit incessamment pendant trois mois; chez un autre il y avait des intermissions qui duraient environ une semaine, puis survenaient des exacerbations accompagnées d'une fièvre légère.

Un deuxième symptôme, c'est l'ictère, qui, beaucoup plus rare, est d'habitude peu marqué et d'une courte durée. Je l'ai vu coïncider avec une périhépatite syphilitique; il disparut lorsque l'inflammation s'apaisa. Je l'ai vu aussi en même temps qu'une dégénérescence amyloïde et des nodosités gommeuses; l'autopsie montra qu'ici il était dû à la tuméfaction des glandes situées dans le hile du foie. Dans un troisième cas enfin, l'ictère était la conséquence de

(1) J'ai eu à traiter un malade qui dut renoncer à l'usage des eaux d'Aix-la-Chapelle, parce que les douleurs que lui causait une hépatite syphilitique étaient devenues intolérables.

l'oblitération d'un canal biliaire volumineux, oblitération qui y avait été causée par une cicatrice étendue, située à la face concave du foie. Ici, la glande était notablement hypertrophiée; des tubérosités arrondies et douloureuses la recouvraient, de sorte que, pendant un certain temps, l'affection fut regardée comme un cancer hépatique. L'autopsie présenta un foie induré, sillonné de cicatrices, et imprégné de substance amyloïde.

Où les douleurs et l'ictère font défaut, l'existence des cicatrices syphilitiques du foie peut, dans certaines circonstances, être révélée par la forme et le changement du volume de la glande, dont on s'assure quand la palpation est possible. Souvent, par malheur, cela n'est pas le cas; beaucoup de cicatrices restent cachées sous l'arc des côtes et échappent à tous les moyens d'investigation.

Les symptômes énumérés ci-dessus ne peuvent justifier l'hypothèse d'une hépatite syphilitique, que s'ils sont accompagnés d'autres symptômes évidents de la vérole; car tous, douleur, ictère, sillons et déformations du foie, peuvent se produire en dehors de la syphilis. Parfois, la confusion avec le cancer hépatique est difficile à éviter; en effet les principaux caractères de cette dernière affection, tels que des tumeurs du foie noueuses, dures, douloureuses, peuvent exister dans le foie atteint de syphilis, lorsque celle-ci s'accompagne d'une infiltration cireuse. Dans le cas où cette dernière fait défaut, les tumeurs dues à la syphilis diffèrent de celles d'origine cancéreuse par leur mollesse beaucoup plus grande. Du reste, dans ces cas douteux, on pourra être mis sur la voie par la coexistence de la syphilis constitutionnelle, par le caractère ordinairement passager de la douleur, par la tuméfaction de la rate et l'albuminurie qu'on observe souvent alors.

Rarement, l'intervention de la thérapeutique est nécessaire; le repos, des émissions sanguines locales, des cataplasmes chauds, des purgatifs salins et plus tard l'iodure de potassium, suffisent aux indications. Cependant, on ne doit point perdre de vue, qu'alors même que les accidents les plus graves ont disparu, un traitement antisiphilitique peut être nécessaire pour prévenir toute suite dans l'avenir. Si l'hépatite est compliquée de l'infiltration cireuse, les moyens curatifs appropriés à cette affection seront mis en usage.

La première observation que je vais rapporter ici, pour servir d'éclaircissement à ce qui vient d'être dit, est celle d'un foie qui, déformé par une hépatite syphilitique, était facilement accessible aux moyens d'investigation diagnostique, et qui persista pen-

dant longtemps, sans que la constitution générale en souffrit beaucoup.

OBSERVATION XLIII. — *Catarrhe bronchique chronique, ozène syphilitique, cicatrices du voile du palais.* — Autopsie : Foie couvert de sillons profonds et de protubérances noueuses présentant çà et là des points sensibles à la pression. — Suzanne Kiesewetter, femme d'un journalier, âgée de 53 ans, fut admise le 11 novembre 1855 à la clinique médicale de Breslau, dont elle sortit le 28 décembre. Depuis quatre ans déjà elle souffrait d'une toux accompagnée de crachats muqueux, jamais sanglants. Il y a huit semaines, elle fut atteinte du choléra asiatique, auquel elle eut le bonheur d'échapper, et depuis huit jours seulement elle a été renvoyée de l'hôpital des cholériques. Depuis ce moment, le catarrhe bronchique, dont souffre cette malade, est devenu fort intense, et c'est ce qui l'a déterminée à réclamer nos soins.

La structure du thorax est normale, partout absence de matité; on entend des deux côtés des sifflements et des ronchus; pas de signes d'emphysème; crachats mucoso-purulents. Le nez de la malade est détruit depuis quatre ans ainsi qu'une partie de sa cloison; il fournit un écoulement sanguinolent et fétide; cicatrices rayonnées sur le voile palatin et le pharynx. Appétit conservé; selles de consistance et de couleur normales. Le foie dépasse de beaucoup, en bas, le rebord costal; sur la ligne mamillaire il mesure 17 centimètres, et peut être palpé à travers les téguments abdominaux flasques et amincis. On sent ainsi des protubérances arrondies, lisses, dont le volume varie entre celui d'une noix et celui d'un œuf, et qui présentent la consistance pâteuse du parenchyme hépatique ayant subi la dégénérescence graisseuse; en outre, on constate des sillons profonds, et, çà et là, des points douloureux.

La rate un peu hypertrophiée est ronde.

L'urine est chargée, mais sans albumine.

L'usage d'une décoction de polygala additionnée de chlorhydrate d'ammoniaque, plus tard l'extrait de quinquina et celui de myrrhe, apaisèrent assez rapidement les désordres respiratoires. On administra alors, pendant quatre semaines, le sirop d'iodure de fer; l'ozène diminua, le foie cessa d'être douloureux; seulement la forme et le volume de cet organe, ainsi que de la rate, restèrent les mêmes. Trois mois après l'époque où la malade fut ainsi soumise à notre observation, rien n'était changé sous ce rapport.

Le cas suivant appartient à la forme gommeuse de l'hépatite syphilitique; ici, il y avait en outre une induration du foie et une dégénérescence amyloïde partielle; le changement singulier qu'avait subi la forme de la glande est intéressant à noter.

OBSERVATION XLIV. — *Troubles digestifs; faiblesse et état cachectique; anasarque sans albuminurie, catharrhe bronchique. Foie hypertrophié, déformé, sensible à la pression; rate tuméfiée. Mort par un œdème du poumon.* — Autopsie : Cicatrices sur le pharynx et l'épiglotte; catarrhe des voies aérien-

nes ; résidus d'une périhépatite et d'une hépatite gommeuse, accompagnée d'une infiltration amyloïde circonscrite ; tumeur dure de la rate ; reins normaux. — Caroline Richter, femme d'un garde de nuit, âgée de 67 ans, séjourna à la clinique médicale de Breslau, depuis le 18 jusqu'au 27 février 1858. Cette femme, dont la peau est jaunâtre, semble molle et lymphatique ; depuis deux mois, ses mains et ses pieds sont enflés ; d'ailleurs, elle n'a jamais été malade. Elle se plaint surtout du défaut d'appétit, d'une grande faiblesse et de battements de cœur. Les mouvements du cœur sont irréguliers, mais les bruits sont purs, et l'étendue de la matité précordiale n'est pas amplifiée ; le choc est senti dans le cinquième espace intercostal. Poumons normaux, si ce n'est à droite et en bas, où on entend des râles à bulles fines ; toux rare. Le volume du foie est augmenté ; l'organe, sensible à la pression, mesure 20 centimètres sur la ligne mamillaire, sur la ligne axillaire 16 centimètres ; son bord dépasse les côtes et descend jusqu'à l'ombilic, où il forme une tumeur arrondie, tailladée. Rate modérément tuméfiée ; selles rares, urine peu copieuse, mais exempte d'albumine.

Prescription. — Infusion de racine de rhubarbe, avec liqueur ammoniacale anisée.

24 février. — L'hydropisie a fait des progrès, les parois abdominales sont œdématisées et du liquide est épanché dans la cavité péritonéale. L'action du cœur est faible et irrégulière ; pouls petit à 80 ; extrémités froides. Les râles ont envahi les deux poumons, la toux est plus fréquente, sans crachats ; l'urine très-rare contient des traces d'albumine.

Prescription. — Vin, liqueur ammoniacale anisée, etc. A partir de ce moment, l'état de la malade s'aggrave rapidement, et, le 27, la mort survient au milieu des symptômes d'un œdème pulmonaire.

Autopsie, 18 heures après la mort. — Le crâne et son contenu n'offrent aucune altération notable. La muqueuse du pharynx et du voile du palais présente des cicatrices blanches et rayonnées ; il en existe de semblables à la base de l'épiglotte ; en ce point, la muqueuse est rouge et tuméfiée, sur les ligaments aryéno-épiglottiques elle est œdémateuse ; la rougeur descend jusque dans les bronches. Les poumons sont pleins de sang et gorgés de sérosité ; leurs bords seuls sont pâles et secs. Sous l'épicarde, quelques ecchymoses isolées ; valvules du cœur saines, muscles ayant une teinte un peu anormale, et friables.

Le foie dépasse d'environ 5 pouces l'appendice xiphoïde ; sa position et sa forme ont subi des changements particuliers. Le lobe gauche est situé dans l'hypochondre droit, tandis que le lobe droit est remonté, très-loin en haut, dans l'excavation du diaphragme, et est complètement inaccessible à la palpation.

Le lobe gauche a 5 3/4 pouces de long, le droit 3 pouces.

L'enveloppe du lobe gauche, notablement épaissie, est, çà et là, recouverte de végétations verruqueuses ; le bord antérieur, arrondi, présente quelques entailles peu profondes. Sur le lobe droit atrophié, on remarque des cicatrices nombreuses et pénétrantes ; plusieurs d'entre elles renferment des nodus gommeux, gros comme un pois, et d'un jaune gris. En outre, on trouve des foyers indurés, de forme régulière et assez volumineux. La vésicule est couchée parallèlement au bord de ce lobe et y adhère fortement ; elle contient un calcul blanc de cholestérine.

Le parenchyme du lobe gauche présente des endroits où les cellules sont infiltrées de matières lardacées (dans ce cas la teinture d'iode et l'acide sulfurique donnent une coloration rouge et non violette). D'autres points paraissent envahis par la graisse, et en partie aussi hypertrophiés.

La rate, un peu plus grosse que d'habitude, contient, dans sa partie supérieure, un infarctus d'un rouge gris ; elle est dure, résistante et brille comme de la cire ; cependant elle ne renferme pas de substance amyloïde.

Muqueuse de l'estomac et de l'intestin pâle, et en certains endroits œdémateuse. Reins contenant beaucoup de sang, mais d'ailleurs intacts. L'enveloppe séreuse de l'utérus, fortement épaissie, adhère aux organes voisins. A l'entrée du vagin on trouve une cicatrice blanche et rayonnée.

L'observation qui suit est remarquable, à cause de l'oblitération de plusieurs rameaux de la veine porte, et de l'hémorrhagie intestinale qui en fut la conséquence. Cette hémorrhagie, jointe à une dégénérescence avancée des reins, hâta encore l'issue fatale de la maladie.

OBSERVATION XLV. — Vomissements muqueux opiniâtres ; œdème des pieds, albuminurie ; cicatrices syphilitiques sur le front ; chancre induré des parties génitales ; selles sanglantes ; mort. — Autopsie : Foie lobé et induré par des cicatrices syphilitiques ; oblitération de nombreux rameaux de la veine porte ; rates et rein petits, ayant subi la dégénérescence amyloïde. Hémorrhagie de la muqueuse de l'intestin gros et petit. — Henriette Q., femme d'un chef de musique, âgée de 45 ans, resta du 4 au 14 décembre dans ma clinique à Breslau. Elle raconte que, depuis deux ans environ, elle a souvent souffert de vomissements et d'un gonflement des pieds ; en outre, elle a été atteinte de nombreux érysipèles de la face.

On remarque, sur le front de cette femme pâle et maigre, une large cicatrice blanche, semblable à celles qui suivent les éruptions syphilitiques et non les érysipèles. La muqueuse du pharynx est d'un rouge sombre, mais sans cicatrices. Les organes thoraciques n'offrent rien d'anormal. La malade se plaint principalement d'un vomissement opiniâtre qui, alors même que la langue est nette, survient dès qu'elle prend quelque aliment, souvent aussi sans cause apparente. L'épigastre est bombé et peu sensible à la pression ; le volume du foie est normal, ses bords sont tranchants ; la rate est petite. Selles difficiles et blanchâtres ; urine rare et surchargée d'albumine, contenant en outre beaucoup de cylindres formés d'épithélium envahi par la graisse, et en partie aussi de corpuscules sanguins. Sur les petites lèvres, une ulcération chancreuse, béante et indurée ; autour de l'anus, larges condylômes.

Prescription : Suc de citron.

10 décembre. — L'urine est un peu plus abondante, et ne contient plus de sang ; le vomissement est moins fréquent ; cependant la digestion est mauvaise et l'épuisement fait de rapides progrès. Pouls petit à 66 ; intelligence nette, peu de céphalalgie, point de troubles visuels.

Prescription : Eau de Seltz avec vin du Rhin.

12 décembre. — Evacuations répétées de matières sanguinolentes et