

les lobules, et les pénètre¹. Les artérioles hépatiques sont atteintes d'endarterite bourgeonnante; elles sont sans doute l'origine du processus scléro-gommeux. Ces lésions artérielles sont presque spéciales aux cirrhoses syphilitiques, les lésions veineuses, phlébites portales sont au second plan.

2° L'hépatite nodulaire gommeuse est caractérisée par la présence de gomme qui se développent à la surface ou dans le parenchyme du foie. Ces tumeurs gommeuses dépassent rarement le volume d'un pois ou d'une noisette; elles sont habituellement sphériques, et souvent groupées en îlots renfermant chacun plusieurs gomme. A la première période de leur évolution, les gomme sont grisâtres et résistantes; plus tard leur centre devient opaque et se ramollit, puis le tissu fibreux envahit la petite tumeur, la gomme se rétracte, et celles qui se développent à la surface du foie, sous la capsule de Glisson, se terminent souvent par des cicatrices étoilées et froncées sur leurs bords².

Quand on a fait la section d'une gomme, on observe trois zones distinctes³. La partie centrale, opaque et caséuse, est souvent divisée en îlots. Autour de cette masse centrale est une coque fibreuse, composée de tissu conjonctif dont l'aspect varie suivant l'âge de la gomme. La zone la plus extérieure est formée de tissu scléreux qui s'infiltré entre les lobules hépatiques voisins.

A ces lésions, ajoutons la dégénérescence amyloïde qui atteint le foie à titre de lésion secondaire, comme elle atteint les reins et la rate. Hanot⁴ a trouvé dans 5 cas une hépatite hypertrophique avec mégalosplénie et ictère chronique, syndrome anatomique qui se rapproche de la cirrhose hypertrophique biliaire. Il a constaté dans le lobule des capillaires dilatés à parois infiltrées de noyaux et remplies de globules blancs; des travées disloquées avec cellules atro-

1. Malassez. *Soc. anat.*, 1875.

2. Lancereaux. *Soc. anat.*, 1862, 2^e série, t. III, p. 340.

3. Cornil. *Leçons sur la syphilis*, p. 376.

4. Hanot. Hépatite syphilitique hypertrophique avec ictère chronique. *Presse médicale*, 30 septembre 1896, p. 505.

phiées, hypertrophiées, désagrégées; de nombreux nodules embryonnaires dans les espaces portes, lésions, en somme, communes à tout foie infectieux. Mais Hanot n'a constaté sur ses préparations, ni cirrhose télangiectasique, ni angiocholitecatarrhale, ni néocanalicules biliaires.

Description. — Les lésions syphilitiques tertiaires du foie sont généralement assez tardives; néanmoins elles peuvent apparaître dès la troisième et la quatrième année de l'infection syphilitique. Le début des accidents est habituellement fort obscur: il n'y a ni douleur vive, ni fièvre, ni symptômes bruyants; à peine peut-on signaler quelques troubles digestifs. Il arrive un moment où les symptômes s'accusent nettement: l'appétit est mauvais, les digestions se font mal, l'amaigrissement fait des progrès, il y a de la diarrhée, de l'œdème des pieds et des jambes, une perte absolue des forces. Le malade a une teinte subictérique, mais on observe rarement l'ictère vrai. L'ascite et la circulation complémentaire de l'abdomen font souvent défaut, ou n'apparaissent qu'à une période avancée. Dans quelques observations, la syphilis hépatique a été des plus insidieuses et l'ascite est apparue comme premier symptôme. L'ascite, au cours de la syphilis hépatique, tient à plusieurs causes, soit à la compression de la veine porte par les ganglions du hile ou par une fausse membrane, soit à la compression des veines sus-hépatiques à leur embouchure dans la veine cave (Barth).

L'exploration du foie fournit des renseignements assez discordants. Le foie est tantôt hypertrophié, tantôt atrophié; il est bosselé, inégal; l'hypertrophie peut ne porter que sur un lobe. La rate est souvent volumineuse. Hanot a isolé sous le nom d'hépatite hypertrophique syphilitique avec ictère chronique une forme spéciale de syphilis hépatique tertiaire qu'il considère comme une entité morbide. Elle s'accompagne de mégalosplénie, ce qui lui donne une certaine analogie avec certaines formes d'hépatite paludéenne et la maladie de Hanot proprement dite. Elle se distingue de cette dernière par l'étiologie syphilitique, par l'absence

de crises paroxystiques, la marche plus rapide des accidents lorsque le traitement dont l'action est nette est institué trop tard. De plus la rate et le foie n'atteignent jamais le volume qu'ils ont dans la maladie de Hanot. Enfin on n'a pas constaté la leucocytose, qui est la règle dans cette dernière affection.

La syphilis hépatique a une marche fort lente; elle met des années à évoluer. Tant que le foie fonctionne suffisamment et tant que les autres viscères sont respectés, il n'y a pas de danger, mais le danger surgit lorsque le foie est atteint de dégénérescence amyloïde ou graisseuse, ce qui crée l'insuffisance hépatique, ou lorsque les reins sont envahis, ce qui crée l'insuffisance urinaire.

C. SYPHILIS HÉPATIQUE HÉRÉDITAIRE

Il faut étudier séparément la syphilis hépatique héréditaire chez le nouveau-né (héréditaire précoce) et à un âge plus avancé (héréditaire tardive).

Description. — La syphilis hépatique qui évolue pendant la vie *intra-utérine* est un obstacle à la circulation veineuse du foie; la pression augmente dans la veine ombilicale, « et une véritable *ascite extra-fatale* se produit: c'est l'*hydramnios*. Le volume du ventre de la mère peut alors prendre des proportions énormes (jusqu'à 1 m. 24 au niveau de l'ombilic). Les mouvements du fœtus sont obscurs, mal perçus, l'utérus forme une vaste collection liquide, où l'on peut constater la sensation de flot. En même temps, surtout dans les cas d'*hydramnios* aigu, où la sangle abdominale ne s'est pas peu à peu laissée distendre, des troubles fonctionnels graves se montrent chez la mère: compression des organes abdominaux, des uretères, dyspnée croissante, vomissements, cyanose, douleurs lombo-abdominales » (Chauffard¹). Le fœtus syphilitique meurt dans la proportion de 25 pour 100 (Bar) et l'accouchement, souvent avant terme, se fait dans les plus mauvaises conditions.

1. *Traité de médecine*, t. III, p. 898.

Chez le *nouveau-né*, la syphilis hépatique n'est que la continuation de la syphilis intra-utérine; tantôt l'enfant vient au monde avec la cachexie syphilitique (maigreur extrême, pemphigus palmaire et plantaire), et la mort survient en quelques jours; tantôt l'enfant nouveau-né a les apparences de la santé, et la syphilis hépatique, comme du reste toutes les autres formes d'hérédosyphilis précoce, apparaît dans les premiers mois. Habituellement la syphilis hépatique est accompagnée des manifestations multiples de l'hérédosyphilis précoce: coryza, syphilides muqueuses et cutanées, fissures de l'ombilic, de l'anus, des lèvres, éruptions de la peau, etc. Parfois cependant la lésion hépatique, ou hépato-splénique, est tellement dominante, qu'on a pu décrire une forme *spléno-hépatique* de l'hérédosyphilis¹. La peau est bistrée, subictérique, les troubles digestifs sont constants; l'amaigrissement est rapide, le foie est gros, parfois très gros, non bosselé, douloureux au toucher. Le ventre est volumineux, et sillonné de veines. Le tympanisme est parfois accompagné d'ascite. La rate est grosse et douloureuse. Le pronostic est fort grave; néanmoins, la guérison peut être obtenue.

Le *diagnostic* de la syphilis hépatique est plus facile chez l'enfant nouveau-né que chez l'adulte, car chez le nouveau-né il est bien rare que l'hépatospléno-syphilis ne soit pas accompagnée du cortège habituel de l'hérédosyphilis précoce.

Anatomie pathologique. — La description du foie syphilitique de l'adulte n'est pas comparable à la description du foie syphilitique du fœtus ou de l'enfant nouveau-né. Cette différence anatomique provient du mode d'infection, qui est différent. Chez l'adulte, la lésion est disséminée dans le foie; elle suit en cela les artéριοles hépatiques atteintes d'artérite et de péri-artérite, et par un processus plus ou moins lent elle aboutit au tissu scléro-gommeux. Chez le fœtus, au contraire, le foie qui reçoit immédiatement une partie du sang placentaire, le foie est infecté *uniformément*,

1. Chauffard. *Semaine médicale*, 1^{er} juillet 1891.

en totalité; c'est lui qui « reçoit les premières atteintes de l'infection; il est ainsi un des réactifs les plus sûrs de la syphilis congénitale » (Chauffard).

Chez l'enfant syphilitique mort-né, ou mort peu de temps après sa naissance, et atteint de syphilis hépatique, les lésions sont les suivantes : le foie a conservé sa forme et son aspect lisse, parce qu'il n'y a pas encore de formation scléreuse; l'organe est plus volumineux qu'à l'état normal; il est dur, élastique; la teinte habituelle rouge brun a fait place à une teinte gris jaunâtre comme le silex, et sur la coupe du parenchyme apparaissent de petites granulations blanchâtres (gomes microscopiques) analogues à des grains de semoule (Gubler). Ces lésions ont pour siège de prédilection le lobe gauche et le bord tranchant du foie.

Cette hépatite syphilitique est une cirrhose jeune, le tissu embryonnaire n'est encore nulle part devenu fibreux, mais, histologiquement, on constate des lésions diffuses et des lésions nodulaires. Hutinel et Hudelo¹ ont montré que cette cirrhose péri-portale au début suit les vaisseaux et pénètre avec eux dans les lobules hépatiques, où elle se diffuse. On trouve moins de périhépatite que chez l'adulte; l'ascite est souvent sanguinolente.

Syphilis héréditaire tardive. — Je réserve une mention spéciale pour la syphilis du foie apparaissant sous forme d'hérédosyphilis tardive. Les lésions gommeuses, amyloïdes, cirrhotiques du foie peuvent être le résultat d'une syphilis héréditaire qui éclate chez l'enfant, chez l'adolescent et même chez l'adulte. M. Fournier en a réuni vingt-cinq cas². Quand la lésion syphilitique affecte le type de la cirrhose, le foie est habituellement volumineux, induré, déformé; il n'y a pas d'ictère, ou du moins l'ictère est rare, mais l'ascite est un symptôme constant et parfois le symptôme

1. Arch. de méd. expér., 1890, p. 509. — Hudelo. Lésions du foie dans la syphilis tertiaire. Thèse de Paris, 1890.

2. Fournier. La syphilis héréditaire tardive, p. 544. — Barthélemy. Arch. de méd., mai et juin 1884.

« qui donne l'éveil ». Cette cirrhose syphilitique est souvent associée à une hypertrophie de la rate et à des lésions rénales avec albuminurie.

On comprend toute la difficulté du diagnostic des cirrhoses syphilitiques, si l'on n'est pas suffisamment éclairé par les antécédents et par les commémoratifs. On peut croire à une cirrhose vulgaire, maladie habituellement incurable, tandis qu'on est en face d'accidents syphilitiques souvent curables. On ne saurait donc porter trop d'attention au diagnostic pathogénique et rechercher avec trop de soin les traces de syphilis acquise ou héréditaire, qui pourraient aider à la notion étiologique du mal.

La marche et l'évolution de la maladie peuvent mettre sur la voie du diagnostic. La cirrhose syphilitique ressemble surtout à la cirrhose atrophique de Laënnec : ascite, œdème des membres inférieurs, météorisme abdominal, circulation collatérale, existent de part et d'autre; mais dans la cirrhose syphilitique le foie est plus volumineux, l'ascite et les autres symptômes sont habituellement beaucoup plus lents à se développer.

Dans le cas d'hérédosyphilis il faut bien connaître les stigmates qui peuvent aider au diagnostic pathogénique : les altérations dentaires, la kératite diffuse, le crâne natiforme, le front bosselé, les difformités nasales avec ou sans ozène, la tuméfaction et l'incurvation du tibia, les cicatrices de la peau, le sarcocèle, les hypertrophies ganglionnaires sont autant de stigmates qu'il faut rechercher avec soin.

Le traitement est celui de la syphilis tertiaire. Les injections de biiodure d'hydrargyre avec ou sans iodure de potassium doivent être employées dès qu'on connaît ou qu'on soupçonne la cause de la maladie.

§ 15. KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

Évolution des hydatides. — Les kystes hydatiques du foie à l'état de complet développement, sont formés d'une