

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 un 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'accusaient 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 développe 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 commettaient 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 4 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'infiltrent; 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 vomé plus de 8 livres de sang (1). Des faits analogues ont été rapportés par Riolan dans son *Anthropologie*; par Weddel, dans les *Ephémérides 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. I^{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.