

néraux qui l'ont précédée. D'abord on peut la distinguer assez sûrement d'une hydropisie produite par une affection organique du cœur, en ce que, dans ce dernier cas, les premières traces d'épanchement séreux ne se montrent que très-rarement dans l'abdomen, mais se manifestent d'abord autour des malléoles, puis aux jambes, aux cuisses, et enfin au péritoine. Dans le cas, au contraire, où l'hydropisie est liée à une affection du foie, c'est dans le péritoine que la sérosité commence à s'accumuler, et ce n'est que secondairement que les membres abdominaux viennent à s'œdématiser. L'anatomie et la physiologie rendent facilement raison de ces différences. L'ascite pourrait encore être le résultat d'une péritonite; mais le plus souvent alors il y a eu une époque de la maladie où des douleurs péritonéales se sont fait sentir. Enfin, l'ascite pourrait être essentielle, c'est-à-dire sans cause appréciable pour nous; mais ce cas est infiniment rare, et la plupart des ascites regardées comme essentielles par les anciens auteurs, paraissent avoir été précisément, dans le plus grand nombre des circonstances, ou le résultat d'une péritonite qui n'a laissé d'autre trace qu'une collection séreuse, ou le produit de ces maladies du foie dont il est ici question, dans lesquelles l'organe est atrophié, comme ratatiné et flétri, soit qu'en même temps il soit parsemé ou non de ces granulations jaunes ou rouges, dont nous avons déjà expliqué la formation.

Il y a quelques cas où l'ascite résulte aussi d'un obstacle à la libre circulation du sang dans la veine-porte; mais cet obstacle ne réside plus dans le foie, qui est sain; il est placé sur le trajet même du tronc de la veine-porte, ou de ses principales divisions abdominales, qui sont comprimées par des tumeurs de volume et de nature variables. Un fait de ce genre nous est offert par l'observation suivante, qui présente aussi de l'intérêt sous plusieurs autres rapports.

Un jeune homme de vingt-quatre ans, ayant depuis plusieurs années un engorgement indolent des ganglions lymphatiques des deux côtes du cou, présentait plusieurs des signes rationnels d'une affection organique du cœur, lorsqu'il entra à l'hôpital de la Charité, vers le commencement du mois de mars 1826. Face bouffie, livide; teinte violacée des lèvres et des ailes du nez; œdème des paupières; ascite, mais infiltration très-peu considérable des membres abdominaux. La respiration était courte, accélérée; elle s'exécutait surtout par le jeu des côtes; le décubitus horizontal était impossible, sous peine de suffocation, et le malade passait les nuits et les jours à demi assis dans son lit, la tête et le tronc maintenus élevés par des oreillers. Cette gêne de la respiration s'était accrue peu à peu, mais c'était surtout depuis un an que la dyspnée était devenue pénible pour le malade; elle avait constamment augmenté sous l'influence des temps humides et pluvieux. La poitrine, percutée, résonnait bien partout; l'auscultation ne faisait reconnaître rien d'insolite à la région du cœur, ni en aucun autre point qui pût porter à soupçonner l'existence d'une maladie de cet organe ou des gros vaisseaux. On entendait en divers points du thorax un râle muqueux; ailleurs un râle sec, sibilant; ailleurs le bruit respiratoire était net, mais intense. Depuis plusieurs mois, le malade était enrhumé; il n'avait jamais craché de sang, et, lorsque nous le vîmes, il avait une expectoration peu abondante et simplement muqueuse. L'appétit était assez bon, et il y avait habituellement un peu de diarrhée, sans existence de douleurs abdominales. Le pouls, sans fréquence, n'offrait rien d'insolite sous le rapport de sa force et de son rythme.

Rien ne prouvait qu'il existât chez cet individu une lésion organique du cœur, et cependant cette lésion semblait être annoncée par plusieurs des symptômes, tels que l'aspect de la

face, l'hydropisie, l'orthopnée. Cette hydropisie présentait toutefois une circonstance qui n'est pas celle que l'on rencontre le plus communément dans les cas de maladies du cœur : les membres abdominaux ne s'étaient infiltrés que consécutivement à l'ascite, et encore ne l'étaient-ils que très-peu. On sait, au contraire, que l'hydropisie qui dépend d'une maladie du cœur commence, dans le plus grand nombre des cas, par l'œdème du pourtour des malléoles.

L'auscultation ne découvrait, ni dans le cœur, ni dans les poumons, la cause de la dyspnée.

Les moyens thérapeutiques suivants furent tour-à-tour employés : saignées locales générales ; application de vésicatoires sur la poitrine et sur les membres inférieurs ; tisane diurétique ; frictions avec la teinture de digitale et le vin scillitique.

Pendant les six semaines suivantes, l'état du malade ne subit aucun changement notable : l'orthopnée fut constante ; la respiration devenait haletante, dès que le malade essayait de sortir un peu de son lit. L'auscultation souvent pratiquée ne donna aucun nouveau renseignement ; la toux n'augmenta ni ne diminua ; elle était d'ailleurs peu considérable. Jamais nous n'observâmes de fièvre proprement dite. Rien n'annonçait encore la fin prochaine de cet individu, lorsque, sans changement appréciable survenu dans son état, il fut pris tout-à-coup, le 1^{er} mai, d'une dyspnée extrême ; bientôt un râle trachéal survint, la respiration s'embarrassa comme chez les apoplectiques, et au bout de quelques heures, le malade succomba.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Rien de remarquable dans la masse encéphallique, non plus que dans la moelle épinière.

Dans le thorax, on trouva le cœur ayant ses proportions phy-

siologiques, exempt de toute lésion appréciable, ainsi que le péricarde ; il contenait une petite quantité de sang noir à moitié coagulé. Les vaisseaux qui se rendent au cœur ou qui en partent étaient dans leur état normal. Un petit nombre de tubercules miliaires étaient disséminés dans le parenchyme pulmonaire, généralement engoué, mais sain et partout plein d'air. Quelques anciennes adhérences celluluses unissaient les plèvres costale et pulmonaire des deux côtés.

Le médiastin antérieur était occupé par une grosse masse de ganglions lymphatiques tuberculeux. Au milieu de cette masse passaient les deux nerfs diaphragmatiques ; il était impossible de les suivre à travers les nombreux ganglions qui les entouraient et les pressaient de toutes parts. Ils reparaissaient non loin du diaphragme ; et depuis le point où ils se dégageaient de la masse ganglionnaire jusqu'à leur distribution dans le diaphragme, ces nerfs étaient remarquables par leur couleur grisâtre, semblable à celle que présente assez souvent le nerf optique qui se rend à un œil atrophié depuis long-temps.

Dans l'abdomen on trouva l'estomac sain ; des tubercules assez nombreux, disséminés sous la membrane muqueuse de l'intestin grêle ; quelques ulcérations petites et superficielles, dans l'étendue de quelques pouces au-dessous de la valvule iléo-cœcale ; un tubercule du volume d'une noisette dans la substance corticale de l'un des reins ; des adhérences celluluses entre le diaphragme et le foie, dont le tissu était sain ; la rate molle et assez volumineuse ; un épanchement considérable de sérosité dans le péritoine ; et enfin, au-devant de la colonne vertébrale, une énorme masse de ganglions lymphatiques dégénérés en tubercules, qui comprimaient fortement d'une part la veine-cave, et d'autre part la veine-porte, dont ils entouraient les principales branches abdominales, ainsi que le tronc.

De chaque côté du cou, depuis le bord de la mâchoire jusqu'aux clavicules, existait un volumineux chapelet de ganglions lymphatiques tuberculeux, comme ceux du thorax et de l'abdomen. Plusieurs étaient interposés entre les vaisseaux et les nerfs du cou, et l'on trouvait, séparées par ces ganglions, l'artère carotide et la veine jugulaire. Quant au nerf pneumo-gastrique, quelques pouces au-dessus du point d'origine du nerf laryngé supérieur, il se perdait dans la masse des ganglions, au milieu desquels il était impossible de le retrouver. Il reparaisait un peu au-dessus du niveau de la clavicule, et était remarquable des deux côtés par son *aplatissement*; il fournissait, comme de coutume, les nerfs récurrents. Dans le reste de son étendue, et notamment dans ceux de ces rameaux qui constituent une grande partie du plexus pulmonaire, il n'offrait rien de remarquable.

Le cordon cervical du grand sympathique n'avait subi aucune altération appréciable, soit dans sa position, soit dans sa texture.

Chaque aisselle était occupée par une tumeur du volume d'une grosse orange, constituée par l'assemblage de ganglions lymphatiques tuberculeux.

Le canal thoracique, perméable comme de coutume, contenait une petite quantité de sérosité rougeâtre.

Outre la cause de l'hydropisie, qui semblait résider ici dans la compression des gros troncs veineux, cette observation m'a paru encore digne d'intérêt, en raison de l'état dans lequel furent trouvés plusieurs des nerfs qui contribuent à l'accomplissement de la respiration, les nerfs diaphragmatiques d'une part, et les deux cordons de la huitième paire d'autre part. Déjà M. Bérard a rapporté le cas d'un individu chez lequel on ne trouva d'autre lésion, pour expliquer la dyspnée considé-

nable qu'il avait présentée pendant la vie, qu'une tumeur développée dans l'épaisseur même de l'un des nerfs diaphragmatiques. (Thèse de M. Descot sur les affections des nerfs.) Ici, non-seulement les deux nerfs diaphragmatiques avaient subi une notable altération, laquelle était suffisamment caractérisée par la couleur grise, la véritable atrophie de leur extrémité inférieure; mais encore les deux nerfs pneumo-gastriques étaient gravement compromis, ainsi que le démontrait manifestement l'aplatissement qu'ils présentaient en sortant de la tumeur lymphatique au milieu de laquelle il était impossible de les suivre. Or, si les expériences des physiologistes ont prouvé qu'après la section de la huitième paire l'hématose cesse de s'effectuer convenablement, les poumons s'engouent, et la mort survient au bout de peu de jours, le fait que je viens de citer n'est-il pas à rapprocher de cet ordre de faits? Il y a eu également diminution graduelle, et enfin cessation de l'influence exercée par la huitième paire sur la transformation du sang veineux en sang artériel; de là, la dyspnée toujours croissante, etc. Si l'on ne veut pas admettre cette cause de dyspnée, il faudra alors reconnaître que la gêne de la respiration, très-considérable, présentée par le malade qui fait le sujet de cette observation, a existé, sans qu'on ait pu retrouver sur le cadavre aucune lésion qui puisse en rendre compte; car je ne pense pas que les tubercules, très-petits et très-peu nombreux, trouvés dans les poumons, pussent, en aucune manière, expliquer cette dyspnée, comparable, sous le rapport de son intensité, à celle qui se manifeste dans le cours des plus graves affections organiques du cœur.

§ III. TROUBLES DES SÉCRÉTIONS ET DE LA NUTRITION.

26. La sécrétion de l'urine est celle qui est le plus souvent

altérée dans les maladies du foie. La plus remarquable de ces altérations consiste dans le mélange de plusieurs éléments de la bile avec les principes ordinaires de l'urine. La physiologie apprend que, parmi les différentes voies par lesquelles peuvent être éliminées du corps diverses substances étrangères, aucune n'est plus active et ne semble plus largement ouverte que l'appareil rénal. Aussi, chez les ictériques, l'urine contient de la bile avant que la peau ne soit colorée en jaune; il arrive même, dans plus d'un cas de maladie du foie, que la peau ne perd pas sa couleur naturelle, tandis que la teinte acquise par l'urine atteste dans ce liquide la présence de la bile. Qu'y a-t-il d'ailleurs d'étonnant, de voir les matériaux de la bile, que le foie ne sépare plus du sang, sortir de l'économie avec l'urée, lorsque sans cesse nous voyons être expulsées avec ce même principe une foule de substances non assimilables, qui ont été formées dans l'économie, ou qui y ont été introduites du dehors?

Les matériaux de la bile, lorsqu'ils ne sont pas suffisamment séparés du sang par leur organe éliminateur ordinaire, peuvent encore sortir de l'économie par d'autres voies que par les reins. Souvent, par exemple, la matière de la transpiration cutanée en est imprégnée, et si les malades ont des sueurs, celles-ci teignent le linge en jaune.

Le mucus nous a paru contenir de la bile, ou du moins ses éléments, beaucoup moins souvent que l'urine et que la sueur. Le mucus lingual, par exemple, n'est pas plus souvent jaune dans les cas d'ictère que dans toute autre affection. Une fois, cependant, chez un ictérique, nous avons trouvé une singulière coloration de ce mucus et de celui qui est fourni par la membrane des voies aériennes : la face supérieure de la langue était couverte par un enduit épais d'une belle teinte verte porracée; les mucosités expectorées avaient la même couleur. Les

conjonctives et la peau étaient jaunes comme de coutume; l'urine présentait aussi la teinte rouge orangée qui lui est habituelle dans les cas d'ictère. Quelle était la cause de cette singulière différence entre la couleur de la matière accidentellement mêlée aux produits de la sécrétion des membranes muqueuses, et la couleur de celle qui imprégnait le tissu réticulaire de la peau, et qui teignait l'urine?

Pour quiconque a médité sur ces faits, il devient très-probable que, dans un certain nombre de maladies dont la cause semble résider dans une matière morbide qui existe dans le sang, soit qu'elle y ait été introduite du dehors, soit qu'elle ait été formée, les organes sécréteurs jouent le rôle important de séparer du sang les principes qui l'altèrent. N'est-ce pas ainsi, par exemple, qu'on peut expliquer la remarquable fétidité des sécrétions cutanées, intestinales et urinaires, chez les animaux qui ont reçu des matières putrides dans leurs veines? Qu'est-ce encore que cette odeur acide caractéristique, que présentent les sueurs pendant la durée de la fièvre de lait chez les femmes accouchées? Il est bien évident que cela ne peut dépendre que d'un nouveau principe qui se mêle à la matière de l'exhalation cutanée, et qui se révèle ici par son odeur, comme chez les ictériques il se révèle par sa couleur. Ce principe n'est-il pas un de ceux qui doivent entrer dans la composition du lait? Une sécrétion supplémentaire le sépare de la masse du sang où il se forme, jusqu'à ce que les mamelles soient suffisamment préparées pour l'éliminer. De là, que s'ensuit-il encore? C'est que si la glande mammaire ne remplit pas convenablement son office, les matériaux de la sécrétion lactée resteront dans le sang, d'où ils devront être éliminés, comme nous avons vu que l'étaient les matériaux de la bile, comme le sont aussi, dans d'autres circonstances, les principes de l'urine, par d'autres voies que par les reins. Si l'on admet ces faits, on

n'en accepte que la conséquence, en admettant aussi, soit le mélange des principes du lait avec les différents liquides sécrétés, soit même leur stase, leur dépôt dans certains organes, à la surface des séreuses ou ailleurs; là, pour que leur élimination soit favorisée, ne peut-il pas naître un travail d'irritation plus ou moins fâcheux? Et si telle est la cause de celui-ci, les émissions sanguines seront-elles, en pareil cas, un moyen bien efficace? Ne serait-il pas alors plus rationnel, plus physiologique d'activer une sécrétion, comme, par exemple, celle du foie ou de la membrane muqueuse intestinale? Est-ce ainsi qu'agissait avec avantage la méthode purgative employée par Doublet, et par d'autres médecins, dans les cas de fièvres dites puerpérales? Il y avait donc quelque chose qui n'était pas déraisonnable dans l'ancienne croyance aux *métastases lacteuses*.

Nous prions le lecteur de remarquer que nous ne donnons comme prouvées aucune de ces idées; mais nous demandons qu'elles soient méditées, parce que plus d'un fait, soit physiologique, soit pathologique, tend réellement à en démontrer l'exactitude, et qu'une opinion abandonnée n'est pas nécessairement pour cela une opinion fautive.

28. La nutrition, proprement dite, est gravement altérée dans la plupart des cas de maladies chroniques du foie. Cependant on n'observe guère alors ce marasme squelettique qui accompagne la phthisie pulmonaire. Il y a même une production accidentelle dont le développement dans le foie n'occasionne le plus souvent aucun dépérissement, à moins qu'elle n'ait envahi une très-grande partie du parenchyme hépatique: ce sont les hydatides. Un abcès peu volumineux, une masse cancéreuse peu considérable, souvent même un simple changement de volume ou de consistance du foie, entraînent un

plus grand désordre dans la nutrition que ne le font ces entozoaires.

Les maladies du foie, soit aiguës, soit chroniques, peuvent également modifier les fonctions de la vie animale, comme celles de la vie nutritive. Mais ici rien de général ne peut plus être dit; car il y a autant de modifications de l'innervation que d'individus. Il y a des malades chez lesquels le système nerveux reste dans son état normal, quelle que soit la désorganisation que le foie ait subie. Chez d'autres, la moindre irritation de cet organe retentit dans l'encéphale; il donne naissance à ces divers groupes de symptômes dont on a fait la fièvre ataxique. Dans leur état chronique, il peut arriver que les affections du foie, en même temps qu'elles ne s'annoncent que par des symptômes locaux très-peu tranchés, produisent, par leur action sympathique sur les centres nerveux, une foule de phénomènes morbides, dont on a raison de faire des névroses, en ce sens que leur siège est dans le système nerveux, mais dont l'affection du foie est le véritable point de départ.