

la mort, soit dans leur état aigu, en réagissant sympathiquement sur les centres nerveux, soit dans leur état chronique, par le dépérissement progressif qu'elles occasionnent; mais dans le plus grand nombre des cas ce dépérissement dépend autant d'une affection concomitante du tube digestif que de la maladie du foie.

4°. Elles peuvent aussi se terminer heureusement par le retour à la santé, soit dans leur état aigu, soit dans leur état chronique, après qu'elles ont produit le dépérissement des malades, et qu'elles ont donné lieu à la plupart des symptômes qui marquent ordinairement les plus graves dégénéra-
tions du foie.

5°. Dans leur état aigu, elles peuvent manifester leur existence soit seulement par un mouvement fébrile avec réaction sympathique plus ou moins prononcée sur différents organes, sans qu'il y ait d'ailleurs ni tumeur à l'hypochondre, ni ictère, ni douleur; soit par ces derniers symptômes, qui peuvent exister isolés ou réunis.

Dans leur état chronique, ces congestions sanguines ou hépatites peuvent simuler par leurs symptômes, comme il vient d'être dit (coroll. 4), les diverses altérations de texture dont il va être question dans les paragraphes suivants.

6°. Elles peuvent être continues ou ne se montrer que d'une manière intermittente.

7°. L'ictère, qui les accompagne souvent, n'est pas toujours lié à une obstruction des canaux biliaires.

8°. Nous avons vu réussir dans ces maladies deux sortes de traitement; *a*, le traitement antiphlogistique; *b*, le traitement par les purgatifs.

9°. Cette dernière espèce de traitement a donné lieu à des résultats assez remarquables pour que les praticiens cher-

chent aussi à obtenir, en se livrant aux mêmes recherches que nous.

10°. Il y a d'autres cas où le traitement par les purgatifs a été manifestement nuisible.

11°. Il reste à déterminer, plus rigoureusement que nous ne l'avons fait nous-mêmes, quels sont les cas où l'un ou l'autre de ces traitements peut être employé avec le plus d'avantage. Les cas où la méthode évacuante s'est montrée efficace peuvent-ils s'expliquer tous par la théorie de la révulsion? Nous en doutons.

ARTICLE II.

OBSERVATIONS RELATIVES AUX ALTÉRATIONS DE NUTRITION DU PARENCHYME DU FOIE.

Dans les observations précédentes, nous n'avons vu d'autre altération dans le foie qu'une accumulation de sang inaccoutumée au sein de son parenchyme. L'observation nous a montré que cette congestion sanguine active, ce premier degré d'inflammation, peut persister indéfiniment dans le foie, sans que celui-ci s'altère plus profondément. Mais d'autres fois, soit consécutivement à cette même congestion sanguine, soit en même temps qu'elle apparaît, soit sans qu'on puisse démontrer autrement que par voie d'analogie qu'elle ait jamais existé, la nutrition du foie s'éloigne de son état normal; d'où résultent, 1° diverses modifications dans sa forme, son volume, sa couleur, sa consistance; 2° des changements plus ou moins appréciables dans sa circulation, et par suite divers symptômes locaux ou généraux en rapport avec les différentes espèces d'altérations que l'organe a subies.

§ I^{er}. OBSERVATIONS SUR L'HYPERTROPHIE DU FOIE.VI^e OBSERVATION.

Hypertrophie générale du foie. Gastro-duodénite chronique. Pas d'ictère.

Un compositeur d'imprimerie, âgé de quarante-trois ans, entra à la Charité dans l'état suivant : Grande maigreur ; face pâle ; taches cuivreuses sur la peau du thorax, du dos et des membres. Bord tranchant du foie se faisant sentir d'une manière très-distincte un peu au-dessous du niveau de l'ombilic, pouvant être suivi à gauche dans l'étendue de deux ou trois travers de doigt au-delà de ce point. Dans tout l'espace circonscrit par deux lignes droites supposées étendues, l'une, depuis le milieu du bord cartilagineux des fausses côtes gauches jusqu'un peu au-dessous de l'ombilic, et l'autre depuis ce dernier point jusque dans le flanc droit, on sent un corps dur, à surface lisse, qui se termine inférieurement au bord tranchant que nous avons indiqué, dont les limites à gauche ne peuvent pas être rigoureusement indiquées, et qui en haut paraît se continuer derrière les côtes. Nous ne doutâmes pas que ce corps ne fût le foie développé. La tumeur qu'il formait était complètement indolente. Mais lorsque le malade mangeait, ou qu'il buvait du vin pur, il éprouvait à l'épigastre une sensation douloureuse, qui tantôt n'était que passagère, et tantôt se prolongeait pendant plusieurs heures. La langue avait son aspect naturel, ou, si elle s'en éloignait, c'était seulement par une plus grande pâleur. Il y avait anorexie habituelle, sans augmentation de soif, sans nausées, ni vomissements. Les selles étaient rares, formées de matières dures et brunes ; l'urine

peu abondante, rouge et sédimenteuse. Le pouls était habituellement fréquent, sans que la peau fût chaude. Le malade nous dit que, six ans avant son entrée à l'hôpital, il avait pris beaucoup de liqueur de Van-Swieten et une grande quantité de décoction de salsepareille ; que ces remèdes ne le débarrassant pas de bubons volumineux et indolents qui lui étaient survenus à l'aîne à la suite de chancres au pénis, il avait pris, par le conseil d'un individu qui avait jugé de la nature de son affection par les qualités de ses urines, il avait pris, dis-je, une certaine quantité d'acide sulfurique uni à de la crème de tartre. Mais, au bout de plusieurs jours de l'emploi de ce nouveau remède, il fut pris tout-à-coup d'une douleur vive, déchirante à l'épigastre, dont l'apparition fut accompagnée d'une perte momentanée de connaissance, et de mouvements convulsifs comme épileptiformes. Pendant les quinze jours suivants, le malade garda le lit ; la douleur épigastrique prit peu à peu son intensité première ; mais à dater de cette époque, les digestions sont restées pénibles, douloureuses, l'appétit s'est perdu, les forces et l'embonpoint ont graduellement diminué. Le malade ne s'était pas aperçu de l'existence de la tumeur formée par le foie, ce qui n'est pas étonnant, puisqu'elle ne faisait pas saillie à travers les parois abdominales, et qu'elle n'était pas douloureuse.

Cet individu vécut à peu près six semaines à la Charité. Pendant ce temps, nous le vîmes maigrir et s'affaiblir de plus en plus. Jamais il n'y eut de fièvre à proprement parler. Pendant les dix derniers jours de son existence, il vomit à quatre reprises différentes, et en grande quantité chaque fois, une matière noire semblable à du marc de café ; dès lors, altération de plus en plus profonde des traits de la face, refroidissement des extrémités, assoupissement et mort.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Les parois abdominales ayant été enlevées, le premier objet qui nous frappa fut le volume énorme que le foie avait acquis. Il couvrait une grande partie des intestins, s'étendait en bas jusqu'un peu au-dessous du niveau de la crête iliaque, et dépassait de beaucoup la ligne blanche; il se présentait, sous le rapport de son volume, relativement à celui des autres organes, tel qu'on l'observe chez le fœtus. Sa surface extérieure offrait les deux substances naturelles du foie d'une manière tranchée. A l'intérieur, on les retrouvait également. Il n'y avait d'ailleurs rien d'anormal dans la texture de l'organe. Il n'était ni plus dur ni plus mou que de coutume; par l'incision on ne voyait s'en écouler qu'une médiocre quantité de sang. La vésicule du fiel ne contenait pas plus de bile que de coutume; cette bile était d'un jaune clair. Rien d'insolite ne fut remarqué dans les canaux hépatique, cystique et cholédoque.

L'estomac, petit et contracté, était entièrement caché par le foie. Ses parois étaient dures au toucher. Sa surface interne était d'un gris ardoisé dans toute son étendue, et comme mamelonnée (1). Ce dernier aspect dépendait de l'hypertrophie considérable qu'avait subie la membrane muqueuse. Cette hypertrophie était inégale en intensité dans les divers points de l'estomac: là où elle était très-prononcée, son existence était annoncée par des espèces d'élevures ou de mamelons, et entre eux existaient des enfoncements où la membrane muqueuse

(1) Cette expression appartient à M. Louis, qui a décrit le premier cet état particulier de la membrane muqueuse gastrique, et qui le regarde avec nous comme le produit d'une phlegmasie chronique.

était plutôt amincie. Le tissu cellulaire sous-muqueux participait un peu, vers le pylore surtout, à l'épaississement de la membrane qui le recouvrait. Le duodénum présentait à sa surface interne la même teinte grise ardoisée que celle que nous avons déjà trouvée dans l'estomac. Le reste du tube digestif ne nous offrit rien de notable. La rate était peu volumineuse, de consistance médiocre, telle en un mot qu'elle se présente lorsqu'on la regarde comme étant dans son état normal. Les capsules surrénales nous parurent remarquables par leur grand développement. L'appareil urinaire était sain. Une très-grande quantité de matière colorante noire était déposée dans le tissu cellulaire, soit interlobulaire, soit intervésiculaire des poumons; il y en avait aussi beaucoup dans les ganglions bronchiques.

Nous examinâmes avec attention les taches cuivreuses dont plusieurs parties de la peau étaient couvertes. Elles existaient uniquement entre l'épiderme, qui n'était en aucune façon coloré, et le derme proprement dit, qui ne l'était pas non plus. Ainsi elles avaient leur siège dans cette même partie de la peau, dans ce corps muqueux de Malpighi, où chez le nègre se sécrète la matière colorante noire.

Cette observation nous montre un exemple de maladie du foie qui consiste uniquement dans une nutrition plus active de cet organe, pareille à celle dont le cœur devient fréquemment le siège. Il y avait augmentation du nombre de ses molécules, sans que d'ailleurs leur densité, leur texture, leur composition anatomique ou chimique fussent modifiées. Peut-on affirmer que la production d'un pareil état a été précédée d'inflammation, ou tout simplement même, si l'on veut, d'un afflux san-

guin, plus abondant, plus actif que celui dont le foie est ordinairement le siège? Ne pourrait-on pas supposer aussi bien que la même quantité de sang que de coutume arrivant au foie, il s'en séparait, en vertu d'une élaboration plus active, une plus grande quantité de matériaux nutritifs?

Des divers symptômes présentés par le malade, aucune n'a semblé appartenir à l'affection du foie. Il n'y a eu ni ictère ni production d'hydropisie; il n'y avait pas en effet de raison pour que celle-ci eût lieu, car le foie n'était pas, à proprement parler, engorgé; ses vaisseaux n'étaient point obstrués. Les accidents graves, le dépérissement et la mort, paraissent surtout avoir été dus à la gastro-duodénite. La cause sous l'influence de laquelle se développa celle-ci est évidente. S'étant montrée d'abord sous une forme aiguë à la suite de l'introduction d'une certaine quantité d'acide sulfurique dans l'estomac, elle persista sous forme chronique pendant six années, au bout desquelles l'anéantissement de plus en plus complet des fonctions digestives produisit le marasme et la mort. Il est vraisemblable que l'hypertrophie du foie fut consécutive à la phlegmasie gastro-duodénale, et cette circonstance pourrait porter à croire que cette hypertrophie était le résultat d'un travail d'inflammation.

On aurait pu penser *à priori* que dans le cas où la nutrition du foie avait pris un accroissement si extraordinaire, la sécrétion de la bile aurait dû devenir aussi plus abondante en proportion. Cependant il n'en fut rien; pendant la vie, peu de bile était évacuée, et après la mort, la vésicule du fiel n'en contenait qu'une petite quantité; celle même qui y était renfermée semblait être composée de plus d'eau et d'albumine que de coutume, comme si en même temps que la nutrition du foie prenait plus d'activité, sa force de sécrétion avait diminué. L'observation suivante servira peut-être encore à confirmer

cette conjecture: elle fournira en effet un exemple d'ictère sans autre altération du foie qu'une simple hypertrophie.

VII^e OBSERVATION.

Hypertrophie générale du foie, avec ictère. Diarrhée quelque temps avant la mort, sans altération appréciable de l'intestin. Amincissement des parois de l'estomac.

Un garçon jardinier, âgé de trente-trois ans, présentait une teinte jaune verdâtre de toute la surface cutanée, lorsqu'il entra à la Charité. Il nous dit qu'il avait la jaunisse depuis trois ans environ; qu'elle était survenue sans qu'il pût lui assigner aucune cause à lui connue; qu'avant l'apparition de cette jaunisse, il avait toujours joui d'une bonne santé, et que pendant la première année il ne s'était pas non plus senti malade; mais peu à peu, dans les deux années suivantes, ses forces avaient diminué, un état de maigreur considérable avait remplacé son embonpoint habituel; il avait perdu l'appétit, et, sans éprouver jamais de véritable douleur à l'épigastre, il ressentait, après avoir mangé, de la pesanteur et une sorte de plénitude dans cette région; il avait de temps en temps de la diarrhée.

Lorsque ce malade fut soumis à notre observation, nous reconnûmes dans l'abdomen une tumeur exactement semblable à celle que nous avons décrite dans la sixième observation. Elle avait la même forme, la même étendue; comme elle, elle n'était point douloureuse; la langue était naturelle, la bouche sans amertume, les selles rares, de consistance médiocre et *blanches*. Toute la nourriture du malade consistait dans des bouillons auxquels on ajoutait quelques féculs. Le pouls était habituellement sans fréquence. La peau était le siège d'une

démangeaison très-incommode. — Nous vîmes cet individu tomber dans un marasme de plus en plus grand; vers les derniers temps de sa vie, une diarrhée séreuse et abondante s'établit et hâta sa mort. On n'avait soumis le malade qu'à un traitement purement adoucissant.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le foie, d'un volume énorme, touchait en bas la crête iliaque droite, et s'étendait à gauche jusque dans le flanc. D'ailleurs, sa texture ne semblait en aucune manière altérée, et par l'incision ou par la pression on n'en faisait écouler qu'une médiocre quantité de sang. La vésicule ne contenait qu'un liquide séreux, très-légèrement teint en jaune. Les canaux biliaires étaient vides, et leur membrane muqueuse de couleur grisâtre, sans qu'elle parût être d'ailleurs altérée dans sa texture.

La texture interne de l'estomac était pâle, même dans toute sa portion splénique; ses parois étaient tellement amincies qu'elles étaient transparentes; vainement y cherchait-on quelques traces de la tunique musculaire; la membrane muqueuse elle-même n'y était plus réellement apparente; tout ce qu'on y voyait, c'était une trame celluleuse, lisse et polie en dehors pour former le péritoine. Nous ne trouvâmes aucune autre altération appréciable dans le tube digestif; la surface interne du gros intestin en particulier est blanche, et la muqueuse avait l'épaisseur et la consistance de son état physiologique.

La rate était peu volumineuse, de consistance médiocre, saine en apparence.

Ce cas se rapproche de celui qui fait le sujet de la sixième

observation, et par la nature de l'altération du foie, et par l'absence, soit de la douleur, soit de l'hydropisie. Mais, chez le sujet de la sixième observation, il n'y avait point d'ictère; seulement, les éléments de la bile contenue dans la vésicule semblaient être moins abondants que de coutume. Ici, il y avait un ictère très-prononcé, et rien ne démontrait que, dans ce foie hypertrophié, la bile fût encore sécrétée, ou du moins ne l'était-elle qu'en très-petite quantité. En effet, la vésicule ne contenait, au lieu de bile, qu'un peu de sérosité très-légèrement jaunâtre, les canaux biliaires étaient décolorés, comme si la bile ne les traversait plus depuis long-temps, et pendant la vie les évacuations alvines n'en paraissaient point contenir. Il semblait donc qu'à mesure que la nutrition du foie prenait un degré insolite d'activité, sa force de sécrétion avait diminué de plus en plus, et s'était enfin complètement anéantie. Les matériaux de la bile ne trouvant plus un passage à travers leur émonctoire naturel, et n'étant qu'imparfaitement éliminés par les reins, restaient donc en partie dans le sang, et la matière colorante de la bile avait imprégné beaucoup de tissus, ou s'y était déposée; de là, production d'ictère.

Mais quelle fut la cause du dépérissement progressif du malade? Faut-il admettre que la présence insolite et long-temps prolongée des matériaux de la bile dans le sang produisit une influence funeste dans la nutrition et les propriétés vitales des diverses parties auxquelles celui-ci se distribuait? Est-ce le travail actif de la nutrition dont le foie était le siège, qui, concentrant sur cet organe une trop grande somme de forces, s'opposait à ce que les autres parties pussent réparer convenablement leurs pertes? Sans doute, l'une ou l'autre de ces causes peut contribuer au dépérissement du malade; mais ce qu'il ne faut pas oublier comme cause de dépérissement, c'est l'état de l'estomac. Atrophié comme il était dans une grande

partie de son étendue, pouvait-il encore opérer convenablement la chymification? Aussi pendant la vie y avait-il anorexie et pesanteur épigastrique après l'ingestion des aliments. Mais cette atrophie, cet amincissement des parois gastriques étaient-ils le résultat d'une inflammation, d'une irritation antécédente? Rien ne le prouve.

Nous ne manquerons pas non plus de faire remarquer la diarrhée qui exista dans les derniers temps de la vie, et pour l'explication de laquelle nous ne trouvons dans l'intestin aucune altération appréciable. Ceux qui veulent que, partout où il y a augmentation d'une sécrétion habituelle, il y ait eu augmentation antécédente de l'afflux sanguin, travail d'irritation, l'admettront aussi dans ce cas, bien que l'analogie pathologique n'en révèle aucune trace. Il faudrait alors commencer par démontrer qu'effectivement, toutes les fois qu'un liquide se sépare du sang en quantité plus considérable que de coutume, il y a eu, dans la partie où cette séparation a lieu, exaltation vitale, irritation, inflammation. Mais, en définitive, ce n'est là, dans beaucoup de cas, qu'une hypothèse à laquelle bien d'autres pourraient être également substituées. De plus, il y a des faits qui combattent directement cette hypothèse : y a-t-il irritation dans la peau froide et décolorée d'un individu qui va mourir, ou qui tombe en défaillance? Souvent cependant cette peau glacée, privée de sang, se couvre d'une sueur abondante.

Dans ce cas, et dans le précédent, nous ne voyons pas que la rate ait participé en rien à l'affection du foie. Elle n'était pas plus grosse, elle n'était pas non plus plus petite que de coutume.

§ II. OBSERVATIONS SUR LE RAMOLLISSEMENT DU FOIE.

VIII^e OBSERVATION.

Ramollissement rouge du foie. Fièvre continue avec douleur dans l'hypochondre droit. Très-légère teinte ictérique, mais urine jaune. Complication de péritonite aiguë.

Un couvreur, âgé de trente-neuf ans, jouissait d'une bonne santé, lorsque le 17 octobre il ressentit une douleur assez vive dans toute l'étendue de la partie latérale inférieure droite du thorax sous les fausses côtes. La nuit précédente, il n'avait pas dormi et avait senti du frisson. Les trois jours suivants, persistance de cette douleur, fièvre. — Le 20 octobre, nous trouvâmes le malade dans l'état suivant.

Les pommettes étaient fortement colorées en rouge, le reste de la face était pâle; les conjonctives avaient leur couleur naturelle. Le malade ressentait à la partie latérale inférieure droite du thorax, depuis la septième côte environ jusqu'à la onzième, une douleur continue, forte, qui n'augmentait ni par la pression ni par la percussion; elle devenait plus vive par le décubitus sur le côté gauche. L'hypochondre droit avait conservé sa souplesse, et pouvait être pressé sans douleur; la respiration était libre; il n'y avait pas de toux; le bruit respiratoire s'entendait partout avec netteté et sans trop d'intensité; la langue était blanchâtre, la soif peu vive, l'épigastre indolent, ainsi que le reste du ventre. Il n'y avait pas eu de selle depuis le début de la maladie; le pouls était fort, fréquent, la peau chaude et couverte d'une sueur abondante; celle-ci tachait le linge en jaune; les urines, assez abondantes, présentaient une couleur jaunée de bile très-prononcée.