

des symptômes cérébraux que l'on peut espérer le meilleur résultat du traitement. La distraction que procure la société, l'espoir d'un rétablissement, le changement de résidence, les anodins pour amener un sommeil bienfaisant, surveiller l'état de l'estomac et des intestins, l'ammoniaque et les alcalins avec l'infusion de gentiane ou quelque autre amer végétal, tels sont les moyens qui paraissent le mieux appropriés pour prévenir ces terribles accidents cérébraux dont si peu guérissent.

Le foie que je vous montre ici a été pris sur un sujet mort, il y a quelques années, au *London Fever Hospital*, et qui présentait les symptômes d'atrophie aiguë d'une façon typique, sauf qu'on ne trouva ni leucine ni tyrosine dans l'urine émise la veille de la mort.

On rencontra cependant ces substances après la mort, dans le tissu du foie et des reins et le premier de ces organes présenta tous les caractères anatomiques particuliers à la maladie. Il est juste cependant d'ajouter que le docteur Cayley et moi n'avons pu réussir à trouver la leucine ou la tyrosine dans le foie et les reins à l'état frais, bien qu'on ait constaté la présence de ces substances en grande quantité dans ces mêmes organes après quelques jours d'immersion dans l'esprit de vin.

OBS. CII. — *Atrophie aiguë du foie. — Péritonite aiguë. — Leucine et tyrosine dans le foie et dans les reins, mais non dans l'urine.*

Marie-Anne M., couturière, âgée de dix-neuf ans, fut admise à l'hôpital des Fiévreux de Londres, le 13 février 1868 au soir, et vue par moi le lendemain matin. Elle n'était pas mariée. Son père était Allemand, mais elle était née et avait été élevée à Londres. D'après sa sœur, elle n'avait rien eu qui pût affecter son moral, et ses époques avaient été régulières. Pas d'accidents syphilitiques. Il n'y avait pas eu d'autre cas de maladie dans la maison d'où elle venait. Elle s'était très-bien portée jusqu'au milieu de janvier. Alors elle commença à perdre l'appétit, à avoir des nausées et, au bout d'une dizaine de jours, elle remarqua que sa peau était un peu jaune. Une semaine avant son admission elle prit le lit, se plaignant de douleur dans la région de l'estomac, augmentée par le moindre mouvement, mais sans vomissements. Depuis environ une quinzaine, il y avait un peu de diarrhée, trois à quatre garde-robes par jour, d'abord jaunes et ensuite vertes. Trois jours avant son entrée, elle commença à avoir un peu de délire.

Le lendemain de son entrée, voici quel était son état : jeune fille bien nourrie; ictère intense de la peau et des conjonctives. Elle a à peine sa connaissance et ne peut donner aucun renseignement sur son compte. Depuis le moment où elle est entrée, elle a été très-agitée et dans le délire, poussant souvent de hauts cris. Pupilles très-dilatées, mais égales. Pas d'éruption à la peau, qui est sèche et chaude, la température étant de 38° 3 dans l'aisselle. Pouls à 116 et faible. Signes cardiaques et pulmonaires normaux. Langue sèche et brune; depuis son entrée, fréquents vomissements de liquide brun

foncé, contenant évidemment du sang. Il y a eu plusieurs selles, et d'après le rapport de la garde, qui a vu les matières noirâtres, aqueuses et très-odorantes, elles contenaient probablement du sang. Abdomen modérément distendu et tympanitique : la pression ne paraît pas y déterminer de douleur, mais la respiration est thoracique et il y a un frémissement ondulatoire comme s'il y avait du liquide, quand on frappe légèrement sur les deux flancs. La matité hépatique est considérablement diminuée : elle n'excède pas 1 pouce 1/4 sur la ligne mammaire droite et son bord inférieur est à deux bons pouces au-dessus du rebord costal (v. fig. 30, p. 268). Il y a eu pendant la vie incontinence d'urine, mais la vessie maintenant se remplit.

On retire par le cathétérisme environ 1 litre d'urine qui présentait les caractères suivants : acide, densité 1015, couleur brun foncé verdâtre, mais ne donnant que faiblement la réaction du pigment biliaire. Pas de changement par la chaleur, mais l'addition d'acide nitrique, après ébullition, la rend trouble et très-noire. On n'y peut produire du nitrate d'urée qu'en très-petite quantité; mais pas de cristaux de leucine ni de tyrosine, soit dans le dépôt formé par le repos, soit après évaporation de quelques gouttes d'urine sur un verre de montre. Malheureusement on jeta l'urine avant de la soumettre à une analyse plus approfondie.

*Traitement.* — Mixture contenant de l'acide nitrique, de l'éther nitreux et du nitrate de potasse; lait, thé de bœuf et 120 grammes de gin. La malade empira rapidement, bien qu'elle fût moins bruyante, qu'elle eût moins de délire, et qu'elle parût dormir pas mal par intervalles. La diarrhée persista; il y eut incontinence des matières fécales, qui étaient toujours liquides et très-fétides, mais d'une couleur jaune clair. Le soir du 14, pouls à 144, respirations 32 et thoraciques; température axillaire 38° 2. Elle mourut sans convulsions le lendemain matin à 7 h. 5, cinq jours après la première apparition des symptômes cérébraux.

*Autopsie.* — Corps bien nourri. Lividité pourpre des téguments et teinte ictérique prononcée de la peau et de tous les tissus. Pas de cicatrices aux organes génitaux ou dans l'aîne. 1 litre et demi à 2 litres de sérosité trouble dans le péritoine. Injection fine et considérable de la séreuse de l'intestin grêle et particulièrement de celle du duodénum. Le péritoine du foie et des intestins est couvert également, en de nombreux endroits, d'une mince couche de lymphe récente, qu'on peut facilement détacher. Estomac et intestins distendus par des gaz; foie complètement caché au-dessous des côtes droites; il n'y a pas plus d'un pouce de l'organe opposé à la paroi thoracique. Le foie est très-petit; son plus grand diamètre mesure six pouces et demi, et le diamètre antéro-postérieur du lobe droit seulement 5 pouces; l'organe ne pesait que 28 onces, c'est-à-dire exactement la moitié du poids normal chez une jeune fille de cet âge. Il est flasque; sa surface externe est ridée, mais il n'y a pas d'inégalités en forme de grains ou de nodules; tissu très-friable et de consistance presque pulpeuse, et présentant en quelques endroits une couleur jaune rhubarbe assez uniforme, et en d'autres la même couleur jaune, mais entremêlée de rouge. Au microscope, on trouva une grande quantité de matière huileuse et granuleuse libre, avec des masses globuleuses de leucine et des

faisceaux d'aiguilles de tyrosine, et aussi, surtout à ce qui correspondait au centre des lobules, des cellules glandulaires entières d'un gros volume et chargées de globules huileux et de pigment jaune verdâtre foncé. Les voies biliaires sont partout libres, non dilatées; leur membrane interne n'était pas teintée de bile, bien que la vésicule contint une cuiller à thé de bile visqueuse vert foncé, qu'on pouvait faire sortir par le canal cystique. Le contenu des intestins consistait partout en une matière pulpeuse jaunâtre, très-pâle; pas d'ulcération nulle part sur la muqueuse intestinale. Rate d'un volume normal, un peu molle. Les deux reins sont un peu gros, extrêmement mous et teintés de pigment biliaire; l'épithélium rénal contenait une grande quantité de matière granuleuse fine; on découvrit dans le tissu rénal des cristaux de leucine et de tyrosine. Vessie vide, utérus non fécondé. Congestion hypostatique très-marquée des deux poumons. Le péricarde contenait plus d'une once de sérosité jaune; cœur sain, sang noir et liquide. Sauf une plus grande proportion de sérosité dans les ventricules latéraux et au-dessous de l'arachnoïde, ni le cerveau ni ses membranes ne présentaient rien d'anormal.

OBS. CIII. — *Ictère par lithiase biliaire, suivi d'atrophie aiguë du foie avec dépôts puriformes.*

James H..., âgé de soixante-six ans, fut admis à l'hôpital Middlesex le 11 octobre 1870. Sa profession de tailleur lui avait fait mener une vie sédentaire. Il vivait bien et était un fort buveur de bière, mais il n'avait jamais été réellement intempérant. Sauf une légère toux et, de temps en temps, des symptômes de mauvaise digestion et trois attaques de goutte dans le gros orteil, il avait joui d'une bonne santé, jusque sept semaines avant son admission: il fut alors subitement pris, dans la nuit, de douleur violente à l'épigastre et dans l'hypochondre droit, de vomissements fréquents, de tremblements et de sueurs froides. Le lendemain, il était ictérique. L'ictère disparut au bout de quelques jours; mais la douleur et les envies de vomir continuèrent à revenir à de fréquents intervalles, et, une semaine avant son admission, il eut une crise violente suivie d'ictère, qui persista.

A son entrée, l'ictère était le symptôme le plus saillant présenté par ce malade; beaucoup de pigment biliaire dans l'urine, mais pas du tout dans les garde-robes. Le foie est gros: il mesure 5 pouces 1/2 sur la ligne mammaire droite. Sauf l'ictère, l'aspect du malade était celui d'un homme bien portant pour son âge. Pouls à 60; peau fraîche; langue chargée; il a vomi une fois les aliments; on lui administre une médecine pour débayer ses intestins. Pas d'albumine dans l'urine. Le lendemain, 12 octobre, l'état du malade était complètement changé: la fièvre s'était établie; pouls à 96°, température 38°,4. Le malade a un air lourd et hébété; il ne se plaint d'aucune douleur. 14 octobre, langue sèche et brune en bas, au milieu; l'ictère et les vomissements persistent. Pas de tremblements ni de transpirations. 16 octobre, langue sèche partout; soif vive; constipation; hoquets fréquents; lourdeur et tendance à l'assoupissement, mais pas de délire. Pouls à 92, température 38°,6; pas de tremblements ni de transpirations. 17 octobre, pouls à 68, température 36°,2 le matin et 38°,6 le soir. Beaucoup de pigment biliaire dans l'urine et

cristaux de leucine et de tyrosine également, mais pas d'albumine. 18 octobre, pouls 84 à 120, température 37°,8 à 39°,5. Hoquets très-fréquents. Urines involontaires. 19 octobre, la stupeur a augmenté. L'urine contenait encore de la tyrosine, mais pas d'albumine. Le foie paraissait diminuer de volume et n'excédait pas 4 pouces sur la ligne mammaire droite. 22 octobre, pouls à 80 le matin, et 140 le soir; température à 35°,5 le matin et 38°,9 le soir; moins de hoquet; abdomen distendu et tympanitique; ictère encore très-prononcé, mais les matières contiennent de la bile maintenant. Toute la journée, il est dans un état de lourdeur et de somnolence, mais vers le soir survient de l'agitation, de la carphologie. Les mains tremblent; parfois du délire. 26 octobre, pouls à 100, température à 38°,44. L'urine contenait encore de la tyrosine et une proportion notable d'urée, mais pas d'albumine. Octobre 27, — pouls à 96, température 36°,88 à 37°,77. Délire violent; le malade essaie plusieurs fois, dans la nuit, de quitter son lit. Toujours pas de tremblements ni de transpirations. L'urine contient une trace d'albumine. Octobre 28, pouls à 128, température à 39°,55. Novembre 2, pouls à 80, température 36°. La nuit dernière, la température est descendue à 35°,27 et, pendant ces deux jours, elle n'a, à aucun moment, dépassé 36°,77. Le malade est toujours très-agité, mais beaucoup plus faible; il est maintenant presque sans connaissance, avec, de temps en temps, délire et marmotement. La matité hépatique sur la ligne mammaire droite n'est que de 3 pouces 1/2. Ictère manifestement moins marqué; bile dans les garde-robes. Urine abondante, contenant très-peu de pigment biliaire, mais une quantité très-notable de tyrosine et environ 1/12 d'albumine. 3 novembre, on sent difficilement le pouls, température 37°. 4 novembre, on sent à peine le pouls, température 35°,5; voix faible, articulation des mots impossible; perte complète de la connaissance, agitation et plaintes. Langue sèche et brune. Urine rare, contenant 1/12 d'albumine, et beaucoup de leucine et de tyrosine, mais une très-faible proportion d'urée; ictère moins marqué; teinte terreuse, pas de taches de purpura. Au commencement de la nuit suivante, délire aigu, suivi, après quelques heures, d'une grande agitation. Le 5 novembre, à cinq heures du matin, le malade est tout à fait tranquille, mais sa respiration est accélérée (48 par minute). Mort à onze heures et demie du matin, précédée de légères convulsions.

*Autopsie.* — Corps amaigri; léger ictère de la peau et des tissus; pas de taches de purpura; pas de péritonite ancienne ou récente. Surface du foie unie; pas d'épaississement de la capsule. Foie gros et lourd, pesant 94 onces, mais apposé contre les parois thoraciques et abdominales sur pas plus de trois pouces d'étendue; l'organe était mou et revenu sur lui-même, et recouvert par le poumon droit beaucoup plus qu'à l'état normal. Sur une coupe, on voit de nombreuses plaques d'un liquide jaune opaque ayant, à l'œil nu, tous les caractères du pus, contenu dans des cavités à parois bien définies et qui étaient apparemment des conduits biliaires dilatés. Ces cavités variaient du volume d'un pois à celui d'une petite cerise. Au microscope, on trouva que le liquide jaune contenait un petit nombre de corpuscules du pus, mais qu'il était constitué principalement par de la matière huileuse. Le tissu hépatique

très-mou, couleur jaune rhubarbe. En bien des points on n'y pouvait retrouver trace du contour des lobules, et les cellules glandulaires y étaient remplacées par de l'huile, de la matière granuleuse et des noyaux. On ne trouva tout d'abord pas de leucine ni de tyrosine dans le foie, mais après qu'on l'eut immergé quelque temps dans l'esprit de vin, on y découvrit de nombreux cristaux de tyrosine. La vésicule biliaire contenait plus de vingt calculs polyédriques, à peu près gros comme des pois. Le canal cystique était tellement dilaté, qu'il pouvait admettre le petit doigt. Le canal hépatique et le canal cholédoque étaient aussi très-dilatés; on pouvait y introduire l'extrémité de l'index. Ulcération de trois ou quatre lignes autour de l'orifice duodénal du canal cholédoque; duodénum contenant de la bile, qu'on pouvait y faire arriver par pression sur la vésicule. Tous les conduits intra-hépatiques étaient dilatés, et le canal hépatique contenait trois calculs plus gros que ceux de la vésicule, chacun gros comme la moitié d'une cerise. Pas de calculs biliaires dans les intestins. Rate grosse et molle, pesant 7 onces  $\frac{3}{4}$ . Reins congestionnés, chacun pesant 6 onces et demie; tous les deux étaient marqués par des dépressions sur leur surface, semblables à d'anciennes cicatrices, et il y avait quelques petits kystes dans la substance corticale du rein droit; les deux reins contenaient aussi quelques petits amas de pus jaune opaque; sous les autres rapports, ils paraissaient normaux. Cœur, 14 onces; valvules normales. Poumons congestionnés en arrière, sauf cela, sains.

Les symptômes éprouvés par le malade ne permettaient pas de douter que sa maladie n'eût commencé par le passage de calculs biliaires, mais il était également clair qu'il y avait quelque autre cause que les calculs, pour expliquer la persistance de l'ictère longtemps après que les matières contenaient de la bile, et pour rendre compte aussi de l'appareil fébrile et des symptômes cérébraux et typhoïdes qui accompagnaient l'ictère.

L'ictère, avec fièvre et symptômes cérébraux, — et la bile continuant de passer dans les garde-robes, — est dû à l'une des trois causes suivantes :

1° Un poison spécifique, tel que celui de la fièvre jaune, la fièvre à rechute ou le typhus.

2° Les abcès pyohémiques du foie.

3° L'atrophie aiguë du foie.

Quant à la première cause, il était évident que le malade n'était atteint d'aucune de ces affections aiguës spécifiques, de sorte que la question à décider, c'était de savoir si l'on avait affaire à un abcès pyohémique ou à une atrophie aiguë du foie. En faveur du premier, on avait : *a*, le volume considérable du foie, et *b*, ce fait, que les calculs biliaires sont susceptibles de déterminer l'ulcération des voies biliaires, avec inflammation pyohémique secondaire du foie. Contre l'idée d'abcès, on pouvait faire valoir : *a*, l'absence de frissons ou de transpiration abondante pendant toute la maladie, bien que ces deux symptômes soient parfois

absents dans la pyohémie provenant de cause interne; et *b*, ce fait, que le foie diminuait de volume, au lieu d'augmenter, à mesure que la maladie avançait. L'atrophie aiguë avait contre elle : *a*, le volume considérable du foie, et *b*, la marche relativement chronique de la maladie. Mais deux faits militaient puissamment en sa faveur : c'était, d'une part, la diminution de volume du foie à mesure que la maladie avançait, et, de l'autre, la présence de la leucine et de la tyrosine, et la diminution de l'urée dans l'urine. On émit donc cette opinion que le foie avait augmenté de volume par suite de l'obstruction calculeuse des voies biliaires, et que l'atrophie du foie s'était produite consécutivement et s'était continuée après que l'obstruction s'était dissipée. Frerichs fait allusion à des cas semblables dans le passage suivant de son ouvrage :

« Dans les cas où la stase biliaire persiste pendant plusieurs mois, elle donne lieu à une atrophie de la glande, qui, en bien des points, ressemble à l'atrophie aiguë. Le foie diminue de volume et se ramollit; les cellules du parenchyme, qui sont infiltrées de bile, se désagrègent et se réduisent à l'état de débris finement granuleux, mêlés avec des gouttelettes d'huile et des particules de pigment; en même temps, on peut y déceler la présence d'une grande quantité de leucine et de tyrosine (1). »

Dans le cas que je viens de vous rapporter, il est à remarquer que le processus atrophique continua après que l'obstruction eut disparu.

Toutefois l'autopsie, dans ce cas, fit découvrir non-seulement l'atrophie du tissu hépatique, mais aussi des dépôts puriformes dans le foie. Il est vrai que ces collections étaient composées principalement de matière huileuse, bien que l'ulcération de l'orifice duodénal du canal cholédoque, les grandes variations observées dans la température pendant la vie et la présence de quelques petits dépôts de pus dans les reins, tout indiquât que le malade était atteint d'une inflammation pyohémique, aussi bien que d'une atrophie aiguë du foie.

### III. — ATROPHIE CHRONIQUE.

Sous cette désignation, il y a à examiner plusieurs maladies qui, par leur étiologie et leurs caractères anatomiques, sont essentiellement distinctes, mais qui présentent souvent des symptômes tellement semblables, qu'il peut être impossible, pendant la vie, de les distinguer entre elles.

Les maladies auxquelles je fais allusion sont les suivantes :

I. La cirrhose, appelée aussi « *foie des buveurs de gin* », dans laquelle

(1) *Op. cit.*, p. 281.