

qui lui est nécessaire, met obstacle aux transformations incessantes qui s'y produisent à l'état physiologique et peut ainsi arrêter ou empêcher la métamorphose normale de la bile absorbée et par suite déterminer l'ictère. C'est probablement par oxygénation insuffisante que se produisent bon nombre des cas d'ictère des nouveaux-nés, avec présence de la bile dans les garde-robes. D'après le docteur West, « au Dublin Lying-in Hospital, où l'on met les plus grands soins à défendre les enfants du froid et de la viciation de l'air, il est rare d'observer l'ictère infantile, tandis qu'à l'Hôpital des Enfants de Paris, l'ictère est si commun, que relativement peu d'enfants y échappent. Presque tous les enfants admis à ce dernier hôpital ont été exposés à l'action du froid pendant leur transport à l'établissement et ont ainsi à subir la mauvaise influence du froid et d'une atmosphère viciée par les malades déjà à l'hôpital, — causes qui entravent très-sérieusement le jeu régulier des fonctions de la peau et des organes respiratoires » (1).

L'ictère qui accompagne parfois la pneumonie aiguë chez l'adulte, pourrait bien avoir une semblable origine. Dans le cours de la pneumonie aiguë, la peau et les conjonctives deviennent parfois ictériques, et du pigment biliaire se manifeste dans l'urine sans cesser d'exister dans les garde-robes. Le siège de la pneumonie, dans ces cas, est loin d'être invariablement fixé au lobe inférieur du poumon droit, comme quelques auteurs l'ont indiqué. Sur 19 cas observés par Drasche, l'inflammation siégeait dans le poumon droit sept fois, sur lesquelles cinq fois à la base, une fois au sommet et une fois dans tout l'organe; huit fois le poumon gauche était seul atteint, et dans quatre la pneumonie était double (2). Dans ces cas, l'ictère est indépendant de toute obstruction des voies biliaires, car généralement la bile continue à passer dans les évacuations intestinales. On a diversement expliqué le mode de production de cet ictère : on l'a attribué à la congestion hépatique déterminée par le trouble de la circulation pulmonaire, mais cette congestion pourrait bien aussi être produite par l'irritation du pneumo gastrique pulmonaire se transmettant au foie par action réflexe. Le docteur Bence Jones a émis récemment l'opinion que dans ces cas, l'ictère est le résultat d'un arrêt dans l'oxydation du sang. Ces explications ne sont cependant pas applicables à tous les cas. Dans quelques-uns des plus graves, la proportion de tissu pulmonaire intéressé par l'inflammation a été relativement légère, et l'ictère est accompagné de symptômes typhoïdes et d'albuminurie. L'urine dans ces cas est souvent d'un rouge clair, mais ce qui est remarquable, c'est qu'elle ne donne pas toujours, avec l'acide nitrique, la réaction ordinaire du pigment biliaire. Par suite, l'absence du pigment biliaire

(1) *Lectures on Diseases of Infancy and Childhood*, 5^e éd., 1865, p. 602.

(2) *Æsterrh. Zeitsch. f. prakt. Heilk.*, 1860, n^o 23.

dans l'urine a été considérée comme symptôme défavorable dans la pneumonie ictérique. Sur les 14 cas dans lesquels Drasche a trouvé du pigment biliaire dans l'urine, il y eut seulement trois décès; mais sur les cinq où le pigment fut absent, il y eut deux décès (1). Il est probable que dans ces cas, l'ictère a la même origine hématique que dans le typhus, dans la pyohémie, dont nous nous sommes déjà occupés.

L'oxygénation insuffisante du sang qui résulte de la respiration dans une atmosphère viciée, dans des pièces mal ventilées ou encombrées, doit dans bien des cas déterminer des « maux de tête bilieux » et un trouble fonctionnel du foie, et même favoriser la production de l'ictère.

IV. — SÉCRÉTION EXAGÉRÉE DE BILE DONT IL EST ABSORBÉ PLUS QU'IL NE PEUT S'EN TRANSFORMER NORMALEMENT.

Si l'on peut supposer que chez un individu en particulier, l'oxygénation et les autres processus des métamorphoses qui se passent dans le sang soient juste suffisants pour transformer toute la quantité de bile qui est absorbée, il n'est pas difficile de comprendre que si cette quantité vient à augmenter, une partie pourra n'être pas transformée et il en résultera de l'ictère. C'est probablement ce qui a lieu dans les cas de congestion hépatique. Les vaisseaux du foie sont distendus, par suite la surface vasculaire de diffusion est augmentée et il passe dans le sang une quantité de bile plus considérable qu'à l'état normal. Dans bon nombre de cas de congestion du foie, la quantité de bile sécrétée est aussi augmentée. Voilà donc quelle paraît être la pathogénie de l'ictère dans la congestion du foie. Il n'y a pas d'obstruction des voies biliaires, à moins qu'il n'y ait en même temps inflammation du duodénum ou des voies biliaires (v. p. 135); il y a même parfois une diarrhée bilieuse. S'il y avait de la constipation, l'ictère par congestion hépatique serait probablement plus intense parce que la bile, au lieu d'être chassée, s'accumulerait dans les voies biliaires et serait absorbé dans la plus large mesure par les vaisseaux distendus. Le mercure, le podophyllin et autres purgatifs réussissent dans ces cas, parce qu'ils chassent la bile aussi rapidement qu'elle se forme et peut-être aussi parce qu'ils stimulent par action réflexe les contractions de la vésicule et des conduits biliaires. Comme je vous l'ai déjà dit (pp. 138, 337), il n'est pas prouvé que ces substances fassent augmenter la sécrétion biliaire : si elles avaient cet effet, elles seraient plutôt nuisibles qu'utiles dans les cas d'ictère par congestion hépatique.

Je n'ai pas à revenir sur les symptômes, les variétés et les causes de la congestion hépatique qui ont été étudiés ailleurs (v. p. 133).

(1) *Æsterrh. Zeitsch. f. prakt. Heilk.*, 1860, n^o 23.

V. — ABSORPTION ANORMALE DE BILE DANS LE SANG PAR CONSTIPATION HABITUELLE OU PROLONGÉE.

Je vous ai déjà montré que la constipation est susceptible de produire l'ictère par la pression sur le canal cholédoque des matières fécales accumulées dans le côlon. Indépendamment de cette pression, il est très-probable que la constipation contribue souvent à développer l'ictère, soit en entravant la circulation porte et en amenant de la congestion hépatique, et aussi en occasionnant une accumulation de bile dans les voies biliaires et le duodénum et favorisant ainsi son absorption dans le sang. C'est dans ces circonstances que se développe souvent cet « état bilieux par torpeur du foie », caractérisé par de la langueur, de la céphalalgie, une langue chargée, de la flatulence et de la constipation, une sensation de pesanteur et d'oppression après les repas et assez souvent de l'hypochondrie; et, bien que ces symptômes puissent persister longtemps sans donner lieu immédiatement à de l'ictère, ce dernier peut cependant survenir à tout instant par ingestion d'aliments excitants, ou autres causes, susceptibles d'augmenter la congestion du foie. Dans ces cas, le foie au lieu d'être *torpide*, sécrète peut-être trop de bile; d'autre part le mercure et autres purgatifs réussissent non pas, comme on le croit généralement, en activant la sécrétion hépatique, mais en débarrassant l'organisme d'une grande partie de la bile formée et l'empêchant ainsi d'être absorbée.

TRAITEMENT DE L'ICTÈRE INDÉPENDANT D'UNE OBSTRUCTION DES VOIES BILIAIRES.

Le traitement de l'ictère indépendant d'obstruction doit être réglé d'après l'étiologie.

1° Dans l'ictère par constipation, ou dans cet état bilieux dont je parlais tout à l'heure, qui est un diminutif d'ictère, on doit tout d'abord donner des purgatifs et parmi ceux-là les meilleurs sont quelques doses de calomel, de pilules bleues ou de podophyllin, avec des sels tels que le sulfate de soude, le sulfate de potasse ou de magnésie, le citrate de magnésie, le sel de sedlitz ou le bitartrate de potasse, ou les eaux de Friedrichshall, de Püllna ou de Karlsbad. Les alcalins et leurs sels à acides végétaux sont également utiles, en partie pour corriger l'acidité de l'estomac, mais surtout pour favoriser l'élimination par les reins des produits de transformation du sang et des tissus, dont la présence dans le sang est la cause probable de l'état de langueur et des autres symptômes éprouvés par le malade. En même temps, il faut interdire les liqueurs fermentées, les vins, les épices, la graisse et toutes les substances alimentaires succulentes ou indigestes qui ont pour effet d'irriter

ou de congestionner le foie. Tels sont les moyens qui réussiront le mieux à combattre l'ictère ou l'état bilieux résultant de la constipation. Mais le praticien doit surtout s'occuper, dans tous les cas, de faire changer les habitudes et le régime de son malade, de manière à assurer autant que possible un fonctionnement régulier des intestins, sans être obligé d'avoir constamment recours à des médicaments. Il est toujours bon d'y ajouter un exercice régulier en plein air, l'usage de pain bis ou de tels aliments auxquels on reconnaît un certain effet laxatif. Dans les cas où les purgatifs n'apportent qu'une amélioration passagère, on obtiendra un résultat plus durable à l'aide des eaux minérales purgatives, telles que Karlsbad, Friedrichshall, Harrogate, Cheltenham, ou Leamington. Quand on est venu à bout de la constipation et de ses effets immédiats, si le malade se plaint encore de faiblesse et éprouve des symptômes de dyspepsie atonique, on pourra obtenir d'excellents résultats avec les acides minéraux unis aux amers végétaux tels que la noix vomique, la quinine, la gentiane, la cascarille, ou à la pepsine; on aura soin de maintenir le ventre libre avec une pilule par jour d'aloès, noix vomique et savon.

2° Le traitement qui convient aux cas d'ictère lié à une congestion hépatique a déjà été examiné quand nous avons traité de la congestion considérée comme cause d'augmentation de volume de l'organe (v. p. 137). Il faut se rappeler que quelques-uns des cas d'ictère survenant dans le cours des fièvres telluriques et autres, ou d'une pneumonie, ou ayant leur origine dans le système nerveux, sont dus à une congestion hépatique et qu'il faut dès lors modifier le traitement suivant la nature de la cause ou de l'affection primitive.

3° Dans l'ictère résultant d'une oxygénation insuffisante, le traitement doit avoir pour principal objet de faire disparaître la cause. Dans l'ictère infantile indépendant d'une obstruction des voies biliaires, c'est de placer l'enfant dans une atmosphère salubre et d'éviter qu'il soit exposé au froid. L'ictère alors disparaîtra souvent spontanément, sans autre traitement; mais s'il persiste, une petite dose de mercure à la craie (*hydrargyrum cum creta*), suivie d'huile de ricin, hâtera souvent sa disparition.

4° Enfin, dans ces cas terribles d'ictère avec accidents cérébraux et état typhoïde, qu'ils se présentent dans le cours de fièvres infectieuses ou paludéennes, ou dans la pyohémie, la pneumonie ou l'atrophie jaune aiguë du foie, ou qu'il y ait une origine purement nerveuse, il est rare que le traitement ait quelque influence pour empêcher le dénouement fatal, mais les moyens qu'il convient le mieux d'employer sont ceux que je vous ai signalés en vous exposant le traitement de l'atrophie aiguë du foie (voyez p. 275). Les vésicatoires (1) et les sinapismes sur la nuque et

(1) Il est bon de n'avoir pas recours aux cantharides pour produire la vésication dans

le cuir chevelu, des bains de pied sinapisés, et des médicaments destinés à favoriser l'élimination par la peau, les reins ou les intestins, sont souvent utiles. Il sera en même temps nécessaire de soutenir les forces du malade par les stimulants diffusibles et de petites quantités d'alcool.

Les cas suivants serviront d'exemples pour les remarques que je viens de présenter sur l'ictère indépendant de toute obstruction des voies biliaires. La plupart se sont présentés dans mon service au *London Fever Hospital*, où les exemples d'état typhoïde non-seulement dans les diverses fièvres spécifiques, mais dans bon nombre d'autres maladies sont probablement plus nombreux que dans tous les autres hôpitaux de Londres réunis.

Les trois premiers sont des cas d'ictère survenu dans le cours du *typhus fever*, phénomène d'une extrême rareté, ainsi que je vous l'ai dit. Dans deux de ces cas, on trouva dans l'urine de la leucine et de la tyrosine; dans les autres cas, on n'a pas recherché leur présence.

OBS. CXXXIII. — *Typhus compliqué d'ictère. — Mort par le coma. — Leucine et tyrosine dans l'urine, mais à peine d'urée. — Leucine et tyrosine dans le foie.*

Robert R., âgé de trente-trois ans, fut admis, le 26 août 1862, au *London Fever Hospital*.

A son entrée, il n'a pas l'esprit assez lucide pour renseigner sur sa situation. Pouls à 120, faible; langue sèche et brune dans la partie médiane; peau chaude et sèche, avec exanthème typhique distinct et une teinte jaunâtre générale. On lui prescrit thé de bœuf, lait, eau-de-vie (6 onces) et une mixture contenant de l'acide sulfurique, de l'éther sulfurique et de la quinine.

Le malade devient de plus en plus faible et sans connaissance. Le 28, ictère très-net de la peau tout entière et des conjonctives. On prescrit deux onces de plus d'eau-de-vie.

29 août, pouls à 120 et faible; le malade a à peine sa connaissance et a une tendance à l'assoupissement. Pupilles contractées. Ictère prononcé de la peau et des conjonctives, et en même temps exanthème typhique pétéchiol sur la poitrine et l'abdomen. Évacuations involontaires; langue brune, garde-robes couleur claire, mais contenant de la bile; pas de sensibilité dans la région hépatique. Urine couleur bilieuse, mais ne donnant pas la réaction des acides biliaires, claire, acide, ne déposant pas et sans albumine; densité 1017. On évapora six onces d'urine, et on trouva que le résidu contenait en abondance des masses globulaires de leucine et des cristaux de tyrosine en forme d'ai-

ces cas, si l'urine contient de l'albumine. Mais on peut obtenir une prompté vésication, même sur le cuir chevelu, en appliquant sur la peau pendant trois ou quatre minutes un linge imbibé d'une forte solution ammoniacale et recouvert de taffetas huilé. J'ai souvent produit ainsi la vésication avec les meilleurs résultats dans les cas de typhus compliqué d'albuminurie et d'accidents cérébraux.

guilles, et aussi des cristaux de phosphate triple. En traitant par de l'acide nitrique une goutte d'urine, après concentration au douzième de son volume, on ne put y découvrir au microscope que quelques petits cristaux de nitrate d'urée. On fit appliquer un vésicatoire sur la tête; mais le malade succomba le 30 août, à trois heures de l'après-midi, dans le coma.

Autopsie. — Teinte ictérique prononcée de toute la surface du corps. Cœur et poumons sains; sang fluide et foncé. Rate pesant 7 onces, très-molle. La vésicule biliaire contenait de la bile qu'on pouvait faire aisément passer dans le duodénum. Foie environ 1740 grammes, un peu pâle et très-friable; lobules distincts. Le tissu hépatique contenait de nombreuses masses globulaires cristallines de leucine et de tyrosine; cellules glandulaires chargées d'huile et de pigment biliaire. Reins gros, pesant chacun plus de 7 onces; surface lisse; substance corticale hypertrophiée et contenant des corps cristallins semblables à ceux trouvés dans le foie; tubes urinifères gorgés d'épithélium. Intestins sains et leur contenu bien coloré par de la bile.

OBS. CXXXIV. — *Typhus Fever compliqué d'ictère.*

Henry B., âgé de quarante-deux ans, fut admis le 24 septembre 1862 au *London Fever Hospital*. Il était dans un état de délire et de stupeur, et tout à fait incapable de donner le moindre renseignement; mais son corps était couvert d'une éruption typhique pétéchiol, la langue était sèche et brune et le pouls à 120 et faible. Il y avait aussi un ictère très-marqué de la peau et des conjonctives, avec du pigment biliaire et de l'albumine dans l'urine. Abdomen distendu et tympanique; mais pas de sensibilité ni d'augmentation de volume du foie. Intestins un peu relâchés et matières foncées. Le traitement consista en acide nitro-chlorhydrique, éther nitreux et pissenlit, thé de bœuf, lait, vin, et plus tard de l'eau-de-vie.

L'ictère augmenta, et bien que le pouls fût tombé à 84, le malade s'affaiblit de plus en plus; il fallut le sonder pour le faire uriner, et il succomba le 27 septembre.

Autopsie. — Les intestins contenaient de la bile, et il n'y avait pas d'obstruction des voies biliaires. Foie pâle et un peu graisseux. Rate grosse et molle. Tubes urinifères gorgés d'épithélium granuleux.

OBS. CXXXV. — *Typhus Fever. — Pleuro-pneumonie double. Ictère. — Tyrosine dans l'urine.*

James P., âgé de 47 ans, fut admis au *London Fever Hospital*, le 23 février 1864, avec les symptômes ordinaires d'une attaque grave de *typhus fever*, sur la date duquel il y avait doute. A son entrée, pouls à 128 et faible; éruption typhique distincte; langue sèche et brune; intestins resserrés; idées confuses et parfois du délire. Signes de congestion à la base des deux poumons. Prescription: acides minéraux avec éther; 6 onces d'eau-de-vie; lait, thé-de-bœuf et un œuf. Cataplasmes de moutarde et de graine de lin en arrière de la poitrine.

26 février, tremblements et soubresauts; le malade est plus bas. Teinte

ictérique prononcée de la peau et des conjonctives, mais pas de sensibilité ni d'augmentation de volume du foie. La respiration est aisée; sonorité pulmonaire à la percussion. L'urine donna un abondant dépôt d'urates le 26 et le 27 février; ce dernier jour, 40 respirations; matité avec souffle tubaire sur le tiers inférieur des deux poumons; ictère plus prononcé. On prescrit une mixture d'ammoniaque, d'éther et de sénéga; eau-de-vie, 10 onces.

Le 28 février, pouls à 128, respirations 40; la matité pulmonaire s'est étendue. L'ictère est très-prononcé, mais les évacuations contiennent de la bile en abondance. L'urine était colorée par de la bile et donnait avec l'acide nitrique une réaction nette de pigment biliaire, mais ne contenait pas d'acides biliaires (par le réactif de Harley); densité 1018. Un peu d'albumine (environ 1/16). En la faisant évaporer jusqu'à consistance sirupeuse, on y trouva de nombreux cristaux de phosphate triple et des globules cristallins brun-jaunâtre de tyrosine.

Le 29 février, le pouls est à 140; 60 respirations; l'exanthème s'efface, mais le corps est couvert d'une transpiration abondante. Le malade succombe à 8 heures du soir, probablement au quatorzième jour de sa maladie.

Autopsie. — Teinte ictérique très-prononcée de la peau et des conjonctives. Bile dans le duodénum; voies biliaires parfaitement libres; foie nullement congestionné, mais pâle, mou et très-friable; lobules distincts, mais cellules glandulaires chargées d'huile à leur circonférence. Rate grosse et diffluite. Les reins paraissent normaux, sauf que la substance corticale était pâle et les cellules épithéliales opaques et granuleuses. On ne trouva dans le tissu hépatique ni leucine ni tyrosine, et dans les reins également. Le lobe inférieur et la partie inférieure du lobe supérieur des deux poumons se trouvaient dans un état d'induration grise, et la surface pleurale des poumons enflammés était couverte d'une couche mince de lymphé récente.

Dans ce dernier cas, la pneumonie double a sans doute contribué au développement de l'ictère. Dans le suivant, l'ictère a été une suite du typhus et coexistait avec une *phlegmatia dolens* et une dégénérescence graisseuse du cœur, du foie et des reins.

OBS. CXXXVI. — *Typhus fever suivi de phlegmatia dolens, d'ictère et de mort.*

Rosetta J., âgée de quarante-deux ans, fut admise le 24 février au London Fever Hospital. Elle est tombée malade huit ou neuf jours avant son admission, et à partir de son entrée, voici quels furent les symptômes prédominants: pouls à 120, prostration extrême, grande agitation, délire calme avec marmotement; évacuations involontaires, exanthème typhique très-marqué. Langue sèche, brune; constipation. Le traitement consista en vin, carbonate d'ammoniaque et huile de ricin pour tenir le ventre libre.

Au bout d'environ cinq à six jours après son entrée, il y eut une amélioration dans les symptômes, et vers le 6 mars elle avait repris des forces à un degré considérable; l'appétit était bon et le pouls à 80.

Le 9 mars, c'est-à-dire le vingt-troisième jour à partir du début de la fièvre, et le sixième de la convalescence, la malade retomba. Pouls à 120 et petit; douleurs perçantes dans la jambe gauche; peau chaude et sèche; un peu de rougeur de la face. Langue humide et très-rouge. Le jour suivant, gonflement considérable et un peu de sensibilité de la jambe et de la cuisse gauche, mais pas de dureté sur le trajet de la fémorale. Mouvements du cœur agités et tumultueux, mais pas de bruit de souffle; respiration courte et rapide; pas de symptômes cérébraux. Vésicatoire à la région précordiale; vin 6 onces mixture saline effervescente, avec teinture de jusquiame 2 grammes toutes les quatre heures; fomentations sur la jambe gauche, qu'on fait tenir élevée.

Il ne se produisit pas d'amélioration; le 12 mars, à 4 heures du matin (le quatrième jour depuis le début des douleurs à la jambe), la malade se sentit froid et se prit à frissonner; prostration très-augmentée, pouls imperceptible, quoique les mouvements du cœur fussent tumultueux comme avant. La respiration était très-rapide; facultés mentales intactes; peau et conjonctives d'une teinte ictérique marquée, et face livide. Sueurs profuses. Pas de sensibilité à la région du foie, ni augmentation manifeste de la matité hépatique. Eau-de-vie et vin à hautes doses; mais la malade décline graduellement et meurt vers le soir.

Autopsie. — Rigidité cadavérique très-marquée; teinte jaune distincte de la peau à la tête, au cou et au tronc. Couche épaisse sous-cutanée de graisse à l'abdomen et à la poitrine; nombreux sudamina sur la poitrine; jambe gauche enflée: elle a 8 pouces $\frac{3}{4}$ de circonférence au niveau des malléoles, et 8 $\frac{1}{4}$ à droite; mollet gauche 13 pouces, droit 11 $\frac{1}{2}$; cuisse gauche 17, droite 14 $\frac{1}{2}$. Membranes cérébrales modérément congestionnées et se séparant aisément du cerveau. Liquide des ventricules et sous-arachnoïdien d'une teinte jaune marquée; substance cérébrale assez ferme; piqueté rouge assez étendu. Une demi-once de sérosité jaune dans le péricarde. Cœur 8 onces $\frac{3}{4}$; valvules normales; cavités gauches vides et les droites presque vides. Parois du ventricule droit très-minces et au sommet presque graisseuses. Tissu cardiaque pâle et mou; au microscope, on ne distingue plus les stries transverses, et les fibres présentaient un aspect granuleux. La veine fémorale gauche et les veines iliaques sont saines et ne contiennent pas de caillot adhérent. Chaque poumon pesait environ 700 grammes; le gauche était adhérent partout et très-emphysémateux; le lobe inférieur des deux poumons très-congestionné; pas d'induration. Estomac et intestins sains. Foie, 52 onces (environ 1470 grammes); la capsule se détache aisément; tissu pâle, très-mou et friable, de sorte qu'il se déchire quand on l'enlève; toute trace de lobules disparue; la coupe présente l'aspect d'une pulpe couleur de la moelle. Au microscope, on voit un grand nombre de cellules glandulaires chargées d'huile; d'autres paraissent en voie de désorganisation; on voit encore des gouttelettes huileuses libres et de la matière granuleuse. Un peu de bile épaisse dans la vésicule; voies biliaires parfaitement libres. Rate pesant près de 370 grammes, molle et pulpeuse. Reins gros, le droit pesant près de 200 et l'autre 212 grammes; les capsules se séparent aisément; surface externe unie; tissu pâle et flasque: substance corticale pâle et granuleuse et un peu hypertrophiée; tubes urinifères gorgés d'épithélium huileux.

Voici maintenant trois des quatre cas que j'ai rencontrés de fièvre typhoïde compliquée d'ictère. Dans le premier, l'ictère survint pendant une rechute et était probablement catarrhal; dans le second, il se manifesta pendant la période d'acmé de la fièvre et persista pendant la convalescence; dans le troisième, il y eut coexistence de thrombose de la veine fémorale et albuminurie.

OBS. CXXXVII. — *Fièvre typhoïde suivie de rechute avec ictère.*

Marie A. C., âgée de quarante-trois ans, fut admise le 9 février 1863, pour une fièvre typhoïde, au London Fever Hospital. Langue rouge, sèche, fendillée, diarrhée et taches rosées. Elle avait été malade neuf jours avant son entrée, et le 25 février elle entra en convalescence. L'amélioration fit des progrès jusqu'au 5 mars où les symptômes fébriles et la diarrhée reparurent, et le 8 mars on observa de nouvelles taches rosées. Le 11 mars, les conjonctives et la peau commencèrent à devenir jaunes, et le 14, l'ictère était intense partout. L'urine était d'un vert foncé, déposait des urates en quantité et contenait du pigment biliaire en abondance, mais ni albumine, ni leucine, ni tyrosine. Depuis l'apparition de l'ictère, il y avait un peu de constipation et les matières étaient argileuses. La matité hépatique mesurait 4 pouces sur la ligne mammaire droite; pas de sensibilité au-dessous des côtes droites. Langue sèche, grande prostration, mais pas de délire. Traitement: acide nitro-chlorhydrique et gentiane, et cataplasmes sur l'abdomen. Le 16 mars, l'ictère commence à s'effacer, et vers le 21 il avait presque disparu et la malade redevient convalescente.

Le cas suivant m'a été communiqué par le malade lui-même, qui est membre du Collège Royal des Médecins.

OBS. CXXXVIII. — *Fièvre typhoïde compliquée d'ictère.*

« Une remarque m'a frappé dans votre livre sur les fièvres. Vous signalez l'extrême rareté de l'ictère dans la fièvre typhoïde: j'ai été moi-même atteint de cette complication à un degré très-intense. C'était à Paris en 1842. L'ictère survint subitement, à peu près à la période d'acmé de la fièvre. Lorsqu'on rapporta la chose à Rostan qui me donnait des soins, il dit que c'était « une complication bien fâcheuse », et il ne compta pas que je m'en tirerais. Cet ictère intense persista pendant quelque temps, même durant la convalescence, si bien que quand je pris l'habitude de me trainer au jardin du Luxembourg, j'étais connu parmi les habitués comme le « monsieur jaune. »

OBS. CXXXIX. — *Fièvre typhoïde compliquée d'ictère et de thrombose de la veine fémorale.*

Le 12 décembre 1863, je fus prié, par mon confrère M. Edward Newton, de voir M. W. âgé de cinquante-quatre ans, qui, le 30 septembre, avait été pris de fièvre typhoïde. Il présenta les symptômes habituels (diarrhée, taches

rosées, etc.), jusqu'au quatorzième jour où il devint ictérique et albuminurique. Pendant la convalescence, il se fit une thrombose de la veine fémorale gauche, avec sensibilité vive le long de la veine; mais au bout de dix jours, ces accidents se dissipèrent et l'albuminurie cessa. Environ une semaine avant ma visite, il avait fait une promenade à la campagne en voiture, et était descendu pour marcher pendant cinq minutes. Au bout de quelques heures, la douleur et le gonflement dans la jambe reparurent, et quand je le vis, il y avait un œdème considérable de la jambe gauche, mais très-peu de sensibilité le long de la veine. Urine trouble, densité 1013, contenant 1/8 d'albumine et des cylindres épithéliaux granuleux, mais à peine trace de pigment biliaire, et pas de leucine ni de tyrosine. L'impulsion du cœur se perçoit à peine, et le premier bruit est court et brusque comme le second.

Traitement: fer, quinine, régime tonique et vin. Le malade alla d'abord un peu mieux, et le 9 janvier il n'y avait presque plus d'enflure aux jambes, il n'y avait pas d'ictère, et seulement une trace d'albumine dans l'urine; mais bientôt après, il devint de plus en plus faible et mourut en mars 1864, à Saint-Léonards. Il n'y eut pas d'autopsie.

Dans les quatre cas qui suivent, l'ictère s'est montré dans le cours de la scarlatine. Dans les trois premiers, dont deux furent mortels, les symptômes indiquèrent de sérieux troubles sanguins; dans le quatrième, l'ictère fut probablement le résultat d'une simple congestion.

OBS. CXL. — *Scarlatine. — Ictère. — Coma mortel.*

Samuel W., âgé de vingt-sept ans, fut admis au London Fever Hospital le 6 mars 1863, pour une fièvre et un mal de gorge datant de quatre à cinq jours. A son entrée, pouls à 120, faible; éruption scarlatineuse, abondante, claire, ponctuée. La peau, surtout celle de la face, et les conjonctives sont manifestement jaunes. La langue est très-rouge sur les bords, sèche et brune au milieu; angine; amygdales rouges et grosses, non ulcérées; parfois du hoquet; il a eu quelques vomissements et un peu de diarrhée avant son entrée. Pas d'écoulement nasal; esprit lucide. Prescription: carbonate d'ammoniaque et chlorate de potasse, 32 centigrammes de chaque toutes les quatre heures, 6 onces de vin, thé de bœuf et lait.

Pendant la nuit, le malade perdit tout-à-fait connaissance; face terreuse et livide; mort le lendemain matin à huit heures et demie.

Autopsie. — Peau et tissus blancs profondément ictériques. Voies biliaires libres. A la coupe, le foie présente l'aspect noix muscade; les bords des lobules sont pâles, leurs vaisseaux centraux contiennent du sang; matière huileuse dans les cellules glandulaires très-augmentées. Reins gros, le droit pesant environ 190 grammes et le gauche 225; capsules non adhérentes et surface lisse; substance corticale hypertrophiée, 5 à 6 lignes d'épaisseur, rouge sombre; tubes urinaires gorgés d'épithélium finement granuleux. Urine retirée de la vessie, densité 1015, quantité considérable d'albumine et de pigment biliaire.

OBS. CXLI. — *Scarlatine. — Ictère. — Mort subite.*

Alfred C., âgé de dix-neuf ans, fut admis au London Fever Hospital le 4 décembre 1863. Sa maladie avait commencé quatre jours auparavant par des douleurs dans les membres et une angine, suivies d'une éruption scarlatineuse qui était maintenant dans sa plus belle période. Pouls à 130, langue humide, avec enduit blanc et bords rouges; amygdales grosses et rouges, non ulcérées, pas d'écoulement nasal. Ventre libre. Prescription : quinine 13 centigrammes toutes les quatre heures, lait et thé de bœuf.

5 décembre, (sixième jour). Pouls à 136, faible; il a eu une nuit agitée; il a de temps en temps battu la campagne, mais il a dormi par intervalles. Il avale bien les liquides. L'éruption est encore visible. Ventre libre. On prescrit 120 grammes de vin.

6 décembre. Nuit agitée, mais sommeil par intervalles. Ce matin la garde a remarqué que les lèvres étaient un peu livides et la face et les conjonctives jaunes; à part cela, le malade ne paraissait pas pire. Il a prié la garde de laisser reposer son thé parce qu'il était trop chaud. Dix minutes après, la garde le revoit et le trouve sans connaissance, avec la respiration rapide, et en cinq minutes il était mort à 8 heures 30 du matin.

Autopsie. — Tous les tissus étaient teints de jaune, et les poumons étaient modérément congestionnés en arrière. Le foie et les voies biliaires ne présentaient rien d'anormal, sauf que le premier était pâle et un peu gras. Reins considérablement congestionnés; tubes urinaires gorgés d'épithélium granuleux. L'urine dans la vessie contenait une petite quantité d'albumine.

OBS. CXLII. — *Scarlatine. — Ictère. — Guérison.*

Émilie S., âgée de dix-huit ans, fut admise le 5 avril 1864 au London Fever Hospital. Elle avait depuis un jour de la fièvre et mal à la gorge. A son entrée, pouls à 120; peau très-chaude; exanthème scarlatineux ponctué, de bonne couleur et modérément intense. Langue rouge avec enduit blanc, et sèche au milieu; arrière-gorge rouge; amygdales grosses; pas d'ulcération. Pas d'engorgement des ganglions du cou. Prescription : mixture avec chlorate de potasse et chlore libre, thé de bœuf, etc.

6 avril (troisième jour). Pouls à 120, faible. Trois ou quatre selles la nuit précédente. 4 onces de vin et un œuf.

7 avril. — Pendant la première partie de la dernière nuit, grande agitation et divagation; mais la malade a assez bien dormi après avoir pris une potion opiacée. Aujourd'hui, pouls à 130; langue sèche; pas d'ulcération aux amygdales; la malade a tout à fait ses idées nettes; éruption scarlatineuse intense sur les bras.

9 avril. — Pouls à 120, très-faible; l'éruption s'efface. Toute la peau et les conjonctives présentent une légère teinte ictérique; pas de sensibilité au foie; deux garde-robes par jour, évacuation jaune pâle; langue sèche; la desquamation commence à la face. La malade a mal dormi et divague de temps en

temps. L'urine contient du pigment biliaire, mais pas d'albumine. On prescrit 6 onces d'eau-de-vie.

11 avril. — Pouls à 96, peau plus fraîche; desquamation générale; ictère dans le même état; trois garde-robes jaune clair; idées plus nettes. L'appétit reparait et la malade se sent beaucoup mieux. On prescrit de la quinine et du pouding à la crème.

13 avril. — Desquamation abondante. L'ictère est en voie de disparition.

17 avril (quatorzième jour). — La santé générale s'améliore. Il n'y a plus du tout d'ictère. Encore un peu de relâchement des intestins. La jeune fille quitte l'hôpital le 29 en très-bon état.

OBS. CXLIII. — *Scarlatine. — Ictère. — Guérison.*

Frédéric C., âgé de vingt-sept ans, fut admis le 17 décembre 1861 au London Fever Hospital. Sa femme et son enfant sont à l'hôpital pour une scarlatine bien marquée. La maladie a commencé la veille par un mal de gorge, des frissons et mal à la tête. A son entrée, le pouls est à 114; léger exanthème scarlatineux; langue humide et chargée, rouge à la pointe et sur les bords; il avale difficilement; amygdales grosses et rouges, mais sans ulcération; ventre libre. Prescription : mixture acide, régime léger, et thé de bœuf.

19 décembre (4^e jour). — Face un peu jaune; un peu de sensibilité à la région du foie. Deux pilules laxatives.

20 décembre. Ictère plus marqué; conjonctives jaunes; langue humide, nette et rouge; angine moins intense; trois garde-robes par jour; bile en abondance dans les évacuations; l'exanthème a disparu; pouls à 84. Le malade se sent mieux.

21. Ictère plus prononcé; l'urine contient beaucoup de pigment biliaire, mais pas d'albumine; un peu de sensibilité à la pression sur la région hépatique; un peu de constipation. On prescrit une mixture contenant du nitrate de potasse et du sulfate de magnésie.

23 décembre. Pouls à 66; moins d'ictère; pas de douleur dans la région hépatique; plusieurs garde-robes.

A partir de cette date, l'amélioration continua à progresser jusqu'au départ du malade le 26 janvier 1862. L'ictère disparut au bout de peu de jours. Desquamation légère.

Je vous ai déjà présenté plusieurs cas où l'ictère fut le résultat d'une pyohémie et où l'on trouva des abcès multiples dans le foie (obs. LXVII à LXXIII, p. 175). Dans le cas suivant, l'ictère fut également l'effet d'une pyohémie, mais il n'y eut pas de dépôts purulents dans le foie et en même temps les voies biliaires étaient parfaitement libres.

OBS. CXLIV. — *Nécrose des vertèbres cervicales. — Pyohémie — ictère.*

Élisabeth A., âgée de vingt-quatre ans, fut admise, le 17 février 1868, au London Fever Hospital. Elle avait été fille publique avant son mariage et avait à l'aîne des cicatrices de bubons. Douze jours avant son entrée, elle avait été