

cité de mes autres devoirs durant la courte période consacrée à leur
 préparation. Je suis très-satisfait cependant, à cause de la grande im-
 portance du sujet que je vous ai présenté et qui mérite plus d'attention
 de la part des membres de notre collège et de notre profession en général
 qu'on ne lui en a encore accordé. Le jour viendra, je crois, où grâce à
 une plus complète connaissance que nous n'avons aujourd'hui des fonc-
 tions physiologiques du foie et des signes qui indiquent ses troubles
 fonctionnels, nous serons à même de prévenir ou d'arrêter à leur début
 un grand nombre des plus sérieuses maladies auxquelles soit sujette
 l'humanité, et d'ajouter ainsi un autre chapitre au livre de la *Médecine*
préventive.

APPENDICE

Depuis que la leçon III a été imprimée, j'ai eu occasion d'observer le
 fait suivant d'hydatide du foie traitée avec succès par la paracentèse.

OBS. CLXXVII. — *Hydatide du foie. — Paracentèse. — Guérison.*

William C., âgé de 31 ans, bottier, fut admis le 5 décembre 1876 à l'hô-
 pital Saint-Thomas. Habitudes sobres; n'a pas pris de stimulants depuis
 14 ans; n'a jamais quitté l'Angleterre. En général, bonne digestion et pas de
 malaise après les repas, mais sujet, depuis un an ou plus, à des intervalles
 d'une semaine à un mois, à des crises de flatulence et de vomissements sur-
 venant ordinairement le soir. Il y a une semaine, il a remarqué pour la
 première fois une grosseur dans l'hypochondre droit où, depuis deux ou trois
 semaines, il éprouvait une légère douleur. Il n'a pas cessé ses occupations.
 La tumeur a légèrement augmenté.

A son entrée, on constate une tumeur arrondie, unie, élastique, indolente,
 dans la région de l'épigastre et dans celle de l'hypochondre droit, produisant
 une voussure des côtes et faisant saillir le ventre du muscle grand droit.
 Cette tumeur est évidemment liée au foie. Le bord inférieur de la tumeur
 atteignait jusqu'à l'ombilic, et la matité hépatique sur la ligne mammaire
 droite, comprenant la tumeur, mesurait 9 pouces; le côté droit de la poi-
 trine, 2 pouces au-dessous du mamelon, mesure 17 pouces un quart de tour,
 et le gauche 15 trois quarts. Légère douleur sourde dans la région hépatique.
 Tous les autres organes sains. Langue chargée, appétit médiocre; ventre
 libre; pouls à 84, température normale.

13 décembre, paracentèse avec trocart capillaire; environ 150 grammes de
 liquide clair, densité 1009; chlorures abondants, mais pas d'albumine ni
 d'échinocoques. Quelques heures après l'opération, crise de douleur abdomi-
 nale intense; température monte de 36°,6 à 38°,4. Une injection sous-cutanée
 de 2 centigrammes de morphine calme la douleur. Le lendemain, le malade
 se sent très-bien, mais la température a varié entre 38°,4 et 39°,2. Le 14,
 température normale et appétit bon. Pas d'autre accident. Quand le malade
 quitta l'hôpital, le 23 décembre, on ne pouvait sentir de tumeur, et la circon-
 férence des deux côtés de la poitrine était égale.

BIRBY
 FAC. DE MED. U. A. N. I.

OBS. CLXXVIII. — *Hépatite interstitielle résultant d'un refroidissement.*

L'observation suivante est celle que j'ai déjà signalée, dans la leçon IV, d'hépatite interstitielle résultant d'un refroidissement. J'en dois les détails à l'obligeance du docteur Wilson Fox, dans le service duquel se trouvait le malade.

J. C., âgé de 45 ans, fut admis à l'hôpital d'University College. Depuis 4 ans, il était cocher de fiacre, après avoir été 16 ans cocher d'omnibus. Il s'est marié à vingt-sept ans et a eu quatre enfants vivants. Il a passé toute sa vie à Londres, et a eu des habitudes sobres; il prenait par jour trois quarts de litre de bière et 125 grammes de bordeaux ou de porto; très-rarement un peu de rhum. Il y avait grande apparence que ses affirmations étaient vraies. Pas d'affection héréditaire, sauf que son père était alcoolique et était mort à 55 ans dans un accès. Santé antérieure toujours bonne; il n'a jamais eu la syphilis; pas de dyspepsie, ni envie de vomir le matin. Deux mois avant son admission, il a été un jour complètement traversé par la pluie et est resté ainsi sur sa voiture pendant six à sept heures. En rentrant chez lui, il s'est senti frissonnant et a eu la nuit des douleurs dans les jambes et dans les malléoles, qui le lendemain matin se trouvèrent enflées. Le soir, il se sentit plus mal et éprouva des douleurs dans les épaules, à travers la poitrine et dans la région du foie. Il perdit l'appétit, maigrit, devint faible et eut de temps en temps des vomissements; pendant les quinze jours qui ont précédé son admission, il a vomi tous ses aliments solides. Quelques jours avant son entrée, il eut une crise de douleur intense à l'épigastre, avec une sensation de constriction s'étendant jusqu'aux lombes et durant 24 heures. Ventre libre. Depuis le début de la maladie, il avait gardé la chambre et surtout le lit.

A son entrée, le malade se plaint principalement de vomissements, de faiblesse et d'une douleur dans la région du foie. Amaigrissement et pâleur considérables; teinte ictérique des conjonctives, mais pas d'ictère manifeste et pas d'anasarque. Appétit médiocre; soif, langue épaisse; ventre libre, légère sensation de plénitude à l'épigastre; pas d'ascite. La matité hépatique s'étend sur la ligne mammaire droite de la sixième côte jusqu'à deux pouces au-dessous du rebord costal, et sur la ligne médiane à deux travers de doigt de l'ombilic; bord ferme et arrondi; surface unie, ferme et sensible. On ne sent pas la rate au-dessous des fausses côtes; mais la matité atteint jusqu'au huitième espace intercostal.

Durant presque tout le séjour du malade, urine en quantité normale, densité 1010 à 1020; pas d'albumine, pas de sucre; toujours traces de pigment biliaire, et une fois cristaux de leucine et de tyrosine trouvés après évaporation. Vers la fin, elle était rare, très-colorée et déposait des urates en abondance. Pouls a varié de 80 à 100. Pendant quelques jours, température normale, mais généralement entre 37°,5 et 38°,6. Pas de périodicité dans l'élévation de la température. Parfois transpirations, mais pas profuses et jamais de tremblements. Trois semaines après son entrée, le malade fut pris

de pleuro-pneumonie dans la moitié inférieure du poumon gauche, pendant laquelle la température monta à 39°,4 et qui guérit en une quinzaine. La douleur et la sensibilité dans la région hépatique ont persisté, d'intensité variable, jamais très-violentes. Vomissements de temps en temps et matières vomies parfois striées de sang. Trois semaines après son admission, survint une diarrhée qu'on arrêta facilement, mais qui reparut par intervalles; à deux reprises, il y eut du sang dans les garde-robes; pas d'hémorroïdes. Epistaxis modérée, à peu près en même temps que l'hémorragie intestinale. Dans l'espace d'un mois après son admission, la voussure déterminée par le foie au-dessus de l'ombilic devint plus prononcée et la matité hépatique s'étendit un pouce plus haut dans la poitrine. Deux fois on enfonça l'aspirateur assez profondément dans différentes portions du foie, mais sans résultat. Les veines épigastriques devinrent plus saillantes, mais il n'y eut jamais d'ascite. Vers la fin la diarrhée devint plus fréquente et rebelle, et finalement rien ne put l'arrêter. L'ictère augmenta, sans être jamais intense; garde-robes pâles. Le malade succomba épuisé six mois après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Foie très-gros, s'étendant jusqu'à 4 pouces et demi au-dessous du cartilage ensiforme et 2 pouces au-dessous des côtes sur la ligne mammaire droite, et jusqu'au quatrième espace intercostal en avant. Poids, près de 2400 grammes; surface externe un peu granuleuse; tissu hépatique un peu induré, blanc par places, luisant et remplacé par du tissu fibreux; en d'autres points on remarque que le tissu fibreux interlobulaire est très-augmenté. Branches de la veine porte dilatées. La bile pénétrait librement dans le duodénum. Rate grosse et indurée. Estomac et intestins très-congestionnés. Poumons emphysémateux, avec quelques anciens nodules calcifiés. Les autres organes sains.

Dans le cas suivant, où l'hépatite aboutit à l'atrophie cirrhotique, la maladie prit probablement aussi sa source dans un refroidissement. Ce cas a encore présenté de l'intérêt à cause du jeune âge du malade (voir p. 291 et 309). Frerichs rapporte le cas d'un enfant de dix ans chez lequel l'atrophie cirrhotique parut également provenir d'un refroidissement pendant un bain (1).

OBS. CLXXIX. — *Hépatite interstitielle causée par un refroidissement et se terminant par une cirrhose atrophique chez un enfant de 12 ans.*

Le 22 septembre 1876, je fus consulté au sujet de mademoiselle Hélène F., âgée de 12 ans, sur laquelle sa mère et le docteur Lewis Mackenzie, qui lui donnait des soins, me fournirent les renseignements suivants :

La goutte existe du côté paternel et du côté maternel. Dès son bas âge, la petite malade a eu le foie torpide. Depuis deux ou trois semaines, les garde-robes seraient par moments décolorées et la peau est légèrement ictérique. A l'âge de six ans, à la suite d'un bain de mer, elle fut prise d'une violente

(1) *Op. cit.*, p. 325.

douleur abdominale qui dura douze heures et lui arracha des cris. Les trois semaines suivantes ne furent pas trop bonnes; elle eut des garde-robes décolorées, etc. Puis elle reprit sa santé habituelle jusqu'à l'automne de 1874, où parut pour la première fois un ictère bien caractérisé. Il arriva lentement et fut accompagné de quelque douleur pendant environ deux jours. Le ventre devint très-saillant et les veines qui sillonnent sa surface très-développées, et le foie atteignit en bas presque jusqu'au pubis. Elle garda le lit un jour ou deux de temps en temps. Au bout de trois à quatre mois, l'état général s'améliora, mais depuis l'enfant a toujours été fluette : tempérament irritable, appétit capricieux, ventre relâché, urine en très-petite quantité, foncée et chargée d'urates, teint un peu verdâtre. Depuis des semaines, les garde-robes seraient couleur de l'argile, sans trace de bile. Depuis le mois de mars 1876, les matières ont souvent contenu beaucoup de mucus et du sang rutilant. Le docteur M., qui la vit pour la première fois en mars 1876, trouva la rate grosse, mais la matité hépatique moins étendue. Au moment où je la vis, le foie n'était pas gros; la rate dépassait les côtes de 2 pouces et demi; ictère léger, mais pas d'ascite; vomissements; dents branlantes; pas de signes de syphilis, pas d'habitudes alcooliques; maigreur et faiblesse très-prononcées, mais dans les dernières semaines l'état général s'était amélioré.

J'écrivis au docteur M. ce qui suit : « Mademoiselle F. présente un cas qui certainement n'est pas commun; mais, d'après l'histoire de la maladie, je ne doute guère qu'il n'y ait là une forme d'hépatite interstitielle chronique ayant pour résultat une obstruction porte. L'absence de la cause habituelle semble infirmer l'existence d'une cirrhose vraie, et rien n'indique non plus que l'hépatite soit syphilitique. Pour moi, la crise de douleur abdominale violente à la suite d'un bain a une certaine importance, parce qu'elle fait rapporter l'origine de la maladie à un refroidissement. Mais bien que la cause soit obscure, l'état du foie doit, selon toute probabilité, être ainsi qu'il suit : épaissement de la capsule avec brides fibreuses traversant la substance du foie et oblitérant de nombreuses ramifications de la veine porte. »

Le 12 décembre 1876 mademoiselle F. mourut. Trois semaines avant sa mort, elle était très-mal : diarrhée avec hémorrhagies, pouls à 120, s'élevant à la fin jusqu'à 140; température, d'abord 39°, tombant à la fin à 35°; haleine douceâtre, comme un foie qu'on vient d'ouvrir. Délire et excitation maniaque, et plus tard respiration irrégulière, stupeur et coma.

Autopsie faite par le docteur Mackenzie. — Foie petit et arrondi, ne pesant que 460 grammes, surface ridée et irrégulière. Capsule épaissie, tissu ferme et dense et traversé partout par des brides fibreuses. Rate grosse. Portion inférieure des intestins très-congestionnée, muqueuse parsemée çà et là de petites extravasations. Veines mésentériques gorgées de sang. Les autres organes normaux.

Dans l'observation CLXXX, il me semble que l'explication la plus vraisemblable de l'ictère, c'était la présence de distomes dans les voies biliaires, et que le peu de cancer qu'on a trouvé dans le duodénum et dans les lymphatiques portes s'était développé à l'époque où l'on a

constaté une émaciation rapide, de l'ascite et une douleur violente, qui parurent cinq à six mois avant la mort. D'après ce que nous savons de la marche d'autres cas, il est probable que, dans la première phase de la maladie, il y avait un grand nombre de distomes dans le foie, et il est fort possible que ce soient des distomes que le malade remarqua dans les garde-robes pendant qu'il se trouvait à Malvern, en juin 1874. La présence des distomes dans le canal cholédoque peut avoir déterminé une péritonite localisée dans la scissure porte et qui a eu pour résultat l'oblitération du canal. On a souvent observé que les distomes produisent un épaissement et une induration considérables des parois des conduits biliaires. Le *fasciola* hépatique, quoique très-commun dans le foie du mouton et du bétail, est très-rare dans le foie humain. Il se peut qu'il ait été souvent méconnu. D'après Cobbold, on ne l'aurait rencontré qu'une vingtaine de fois dans l'espèce humaine (1).

OBS. CLXXX. — *Ictère par la présence de distomes dans les voies biliaires, suivi de cancer du duodénum et des lymphatiques de la scissure porte. — Ascite et mort.*

Le 8 mai 1874, sur l'invitation du docteur J. T. Williams, de Barrow-in-Furness, je vis M. Charles B., âgé de 39 ans. Ce monsieur avait des habitudes sobres et avait joui d'une excellente santé jusque cinq mois auparavant, où il devint ictérique à la suite d'excès de travail. L'ictère arriva graduellement, accompagné de perte de l'appétit, d'abattement, mais sans douleur ni vomissements. Il y a eu de fortes démangeaisons à la peau, et les intestins ont été irréguliers. Garde-robes peu colorées et urine foncée. Depuis que l'ictère a paru, mais non auparavant, il a maigri à raison d'une livre par semaine. Pas d'antécédents d'affection maligne dans la famille. Le père a été tué, la mère est morte à 73 ans; un frère est mort fou.

C'était un homme de frêle apparence, très-nerveux et excitable, et profondément ictérique. Il se plaignait surtout de faiblesse, d'anorexie et d'un goût cuivré dans la bouche. Foie un peu gros : matité verticale, 4 pouces trois quarts sur la ligne mammaire droite. Mais ce qui me frappa le plus fut une voussure légère, mais distincte, en avant des cartilages costaux, à droite de l'extrémité inférieure du sternum; légère sensibilité en cet endroit, mais rien qui ressemblât à de la fluctuation.

La nature de ce cas était évidemment obscure; mais en écrivant au docteur W., je discutai la possibilité d'un cancer, d'une hydatide ou d'un ictère catarrhal. Le cancer parut hors de cause par l'âge du malade, l'absence des symptômes ordinaires et surtout par le fait que le malade s'était bien porté et n'avait pas maigri avant l'apparition de l'ictère. En somme, j'inclinai à penser que, malgré sa durée, le cas prendrait tout à fait la tournure d'un ictère catarrhal, bien que la voussure pût indiquer une hydatide.

(1) *Lect. on Pract. Helminth.*, 1872, p. 143.

Je ne revis plus le malade, mais j'eus de ses nouvelles à différentes reprises par le docteur W. Le 18 juin 1874, j'appris que, se trouvant à Malvern une quinzaine de jours auparavant, il avait éprouvé comme un craquement dans la région du foie, et le lendemain matin il avait trouvé dans ses garde-robes à peu près une cuillerée à soupe de boules de gomme et de petites vésicules. Le docteur W. pensa que c'étaient des hydatides, mais il n'eut pas occasion de les voir. L'état des garde-robes varia beaucoup, parfois ayant la couleur et la consistance du mastic, d'autres fois presque normales. Les démangeaisons et la voussure à droite du sternum avaient diminué. Le malade avait encore perdu 7 livres. L'ictère était toujours le même. Le 13 octobre 1874, voici dans quel état il était : depuis quelques semaines, l'ictère est plus intense et la peau est plus irritable; les garde-robes sont très-claires et l'urine très-foncée; pas de changement dans la voussure des dernières côtes droites; l'appétit est bon, et le malade est mieux disposé pour son travail, jamais de douleur ni de malaise dans la région du foie. Le 3 février 1876, on m'écrit : « Amélioration sous bien des rapports; augmentation des forces, du poids et de l'appétit, et bien que le malade soit habituellement très-abattu, il n'en continue pas moins à remplir ses fonctions de clerk à la satisfaction de son patron. Consistance et couleur des garde-robes normales. Pas d'irritation de la peau, qui est moins jaune, mais un peu bronzée, comme dans la maladie d'Addison. Pas de voussure appréciable des cartilages costaux droits. » Il resta dans le même état et continua de vaquer à ses occupations jusqu'en août 1876, où il remarqua qu'il commençait à augmenter de volume à la taille. Le gonflement, qui était dû à de l'ascite, augmenta lentement et fut accompagné de douleur intense à l'extrémité inférieure du sternum et d'émaciation rapide. Les garde-robes étaient devenues claires et contenaient souvent beaucoup de mucus; urines chargées de bile. Vers la fin de décembre, le docteur W. ponctionna l'abdomen et en retira près de 9 litres de liquide séreux, jaune. A la suite, grand soulagement, mais le malade n'en continua pas moins à maigrir et s'affaiblit et succomba le 26 janvier 1877. Après la mort, on s'assura que M. B. s'était surtout nourri de coquillages crus, principalement de clovises et de moules, mais il ne paraissait pas avoir consommé de mollusques d'eau douce.

Autopsie. — Pas plus de trois quarts de litre de liquide dans le péritoine. Le docteur W. eut l'obligeance de m'envoyer le foie, le duodénum et les reins. Foie légèrement granuleux à la surface; tissu dense, hyperplasie du tissu fibreux interlobulaire. Canal cholédoque et canal cystique complètement oblitérés par la rétraction cicatricielle du tissu fibreux dans la scissure porte. Deux ou trois ganglions lymphatiques de la scissure porte augmentés de volume, à peu près gros comme des noisettes, et comprimant le tronc de la veine porte. Vésicule biliaire considérablement distendue, contenant largement 10 onces de sérosité incolore, floconneuse. Les conduits biliaires intra-hépatiques modérément distendus; l'un d'eux contenait un beau spécimen de distome (*Fasciola hepatica*) (1); on lava les conduits avec soin, mais on

(1) Cette pièce est au musée de l'hôpital Saint-Thomas.

n'y trouva pas d'autre parasite. La muqueuse duodénale, non loin de l'orifice du canal cholédoque, présentait une plaque de dépôt morbide, de la largeur d'une pièce de 1 franc. Ce dépôt n'était pas ulcéré et ne pénétrait pas dans l'épaisseur de la tunique musculaire, mais le docteur Greenfield constata que ce dépôt, ainsi que les ganglions engorgés de la scissure porte, étaient cancéreux. Pas d'indice de cancer nulle part ailleurs. Le rein gauche présentait un gros kyste, qui se rompit quand on voulut le détacher et dont la nature ne fut pas examinée.

FIN