

coupe de couleur jaune grise, on remarquait des places insuliformes, brillantes, rougeâtres, qui, par leur résistance solide, contrastaient avec les parties environnantes devenues graisseuses. La bile, d'un jaune gris, était rare et trouble.

La rate était trois fois plus grosse que d'habitude, sa consistance était ferme; sur sa coupe rouge pâle et brillante comme de la cire, ressortaient des globules nombreux, gris, transparents, dont le volume atteignait celui d'un grain de millet et même plus.

Les glandes mésentériques étaient fortement hypertrophiées, sans pourtant qu'aucune substance parût s'être déposée à leur intérieur; muqueuse teinte en rose dans l'estomac, pâle, ramollie et couverte de fécès d'un jaune grisâtre dans l'intestin.

Reins très-volumineux, mais d'ailleurs normaux.

A cette époque l'action chimique de l'iode et de l'acide sulfurique n'étant pas encore connue, ne fut pas essayée.

C. État cérumineux du foie consécutivement à la fièvre intermittente.

OBSERVATION LXXIX. — *Fièvre intermittente opiniâtre, tuméfaction solide et régulière du foie et de la rate; ivrognerie; pneumonie droite; intoxication par l'ammoniaque caustique; pharyngite, pneumonie gauche. Mort.*

Autopsie. — *Dégénérescence cérumineuse du foie et de la rate; infiltration inflammatoire des poumons droit et gauche.*

Robert Kabot, serrurier, âgé de 39 ans, fut admis à l'hôpital le 18 juillet 1854 et mourut le 26. Le malade a pendant une année entière souffert continuellement, à cela près de quelques interruptions, d'une fièvre intermittente; c'est un buveur d'eau-de-vie. Depuis le 13 juillet il se plaint d'une douleur dans le côté droit, douleur qui survint après un refroidissement, et s'accompagna de toux et d'une expectoration rougeâtre. Quoique le pouls soit à 116, et que la température du patient soit très-élevée, celui-ci ne se sent pas positivement malade; il répond avec gaieté aux questions qu'on lui adresse, mais d'ailleurs, ne présente encore aucun symptôme positif du délire ébrioux. Dans le thorax, à droite et en arrière, au-dessous de la partie moyenne du scapulum, on constate de la matité, du souffle bronchique et des râles consonnants; les crachats sont rouillés; en haut et en avant, ainsi que du côté gauche, rien d'anormal. La rate volumineuse, dépasse le rebord costal de 4 centimètres. Le foie est aussi notablement tuméfié; la percussion donne une matité de 10 centimètres sous le sternum, de 16 centimètres sous le mamelon, de 13 centimètres dans l'aisselle; le bord de la glande est obtus, sa surface lisse, sa consistance ferme.

Prescription : Infusion de feuilles de digitale.

Dans l'après-midi, il se produit une sueur abondante sans diminution de la fièvre. L'infiltration pulmonaire n'a pas augmenté; nuit tranquille, peu de dyspnée.

Le 20. Transpiration copieuse, disposition à la somnolence, langue très-chargée, selles en bouillie; pouls grand et plein à 112; 28 respirations. Dans l'après-midi, par mégarde, le malade avale une cuillerée pleine de liqueur ammoniacale caustique; on le fait vomir en lui faisant boire une grande quantité d'eau et d'huile, néanmoins, immédiatement après, il devient enroué, et pendant 24 heures, sa déglutition reste très-douloureuse. Cet endolorissement disparaît sous l'action des sangsues et d'affusions froides, l'enrouement seul persiste mais sans dyspnée; la fièvre devient plus intense.

Le 21. L'intérieur de la gorge ne paraît plus rouge; la région gastrique est indolore; la respiration bronchique se fait entendre à gauche sous le scapulum.

Prescription : Infusion de digitale, et mucilage de gomme arabique.

Le 22. Tout le lobe inférieur gauche est hépatisé; à droite, toujours respiration consonnante; un peu de douleur quand on presse le larynx, augmentation de l'enrouement; crachats purulents, mélangés de sang.

Le 24. Pulsations 128, respirations 40; l'expectoration commence à s'arrêter.

Prescription : Décoction de racine de polygala, et élixir pectoral.

Le 25. 136 pulsations, 18 respirations. L'infiltration pulmonaire ne progresse plus; cyanose, délire, propension à la somnolence.

Prescription : Décoct. polygala avec acide benzoïque. Le soir râle trachéal. Mort à 2 heures de la nuit.

Autopsie le 26, 7 heures après la mort. Voûte du crâne épaisse et injectée de sang, dure-mère épaissie; un peu de sang en caillots solides dans les sinus; environ 1 1/2 once d'un sérum pâle à la base du crâne.

Arachnoïde non transparente, veines de la pie-mère dilatées et tire-bouchonnées. Substance cérébrale hyperhémique; plexus gorgés de sang.

Muqueuse de l'épiglotte, pâle; ligaments arythéno-épiglottiques, un peu œdémateux. Larynx sain, trachée et bronches légèrement injectées; en comprimant les bronches, il s'en écoule une grande quantité de fluide spumeux. Le poumon gauche adhère en bas, au moyen d'un exsudat fibrineux de date récente, qui remonte jusqu'au lobe supérieur. Ce dernier est très-œdémateux, le lobe inférieur, dans toute son étendue, est à l'état d'hépatisation rouge. A droite, les mêmes adhérences existent, le lobe supérieur œdématisé, est légèrement infiltré en bas; le lobe moyen est exsangue et emphysémateux; le lobe inférieur complètement infiltré, est à l'état d'hépatisation grise.

Péricarde opalin en quelques endroits; taches laiteuses sur le ventricule droit, coagulums mous à gauche, solides à droite; valvules normales.

Langue et gosier rouges et dépouillés de leur épithélium; la muqueuse de l'œsophage, depuis le cartilage cricoïde jusqu'au cardia, est recouverte de traînées d'un exsudat gris jaune, qui se détache facilement; la membrane située entre ces dépôts est très-injectée et livide même par places.

Estomac normal, sans traces de cautérisation, cependant la muqueuse est légère-

(1) a, neuvième côte; b, bord inférieur du lobe hépatique droit; c, rate; d, péricarde.

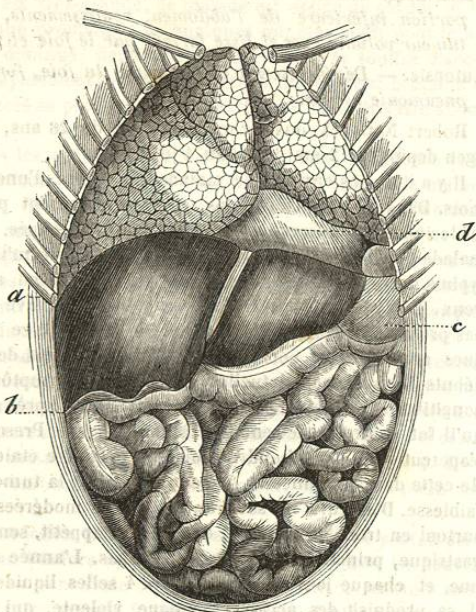


Fig. 49 (1).

ment ramollie et même ecchymosée en certains points. Pancréas normal. Glandes mésentériques volumineuses, ne paraissant pas infiltrées; veines du mésentère non dilatées.

* Muqueuse de l'iléum et du cœcum, saine.

Le foie, par son lobe gauche, est en contact avec la rate fortement proéminente.

Le foie dépasse la neuvième côte de 7 centimètres. La capsule de la rate est épaissie, son parenchyme est brun gris et brillant; sa consistance a augmenté ainsi que son volume, elle mesure 7 1/2 pouces de long, 5 pouces de large, 1 1/4 d'épaisseur. Son poids égale 0^k,560.

Le foie pèse 2^k,15, son diamètre transversal est de 10 1/2 pouces; le lobe droit mesure d'avant en arrière 9 1/4, pouces, son enveloppe est opaline, son bord arrondi, sa surface lisse. Le parenchyme semble d'un brun rouge pâle, sa coupe est brillante, sa consistance ferme ressemble à celle du lard. Un grand nombre de cellules ont subi la dégénérescence cérumineuse, et sont colorées par l'iode et l'acide sulfurique, en rouge vif. On remarque surtout cette réaction au centre des lobules; dans quelques points du parenchyme, elle occupe, d'une manière uniforme, des espaces étendus. La vésicule biliaire renferme une petite quantité de bile pâle, ténue et jaune. Les reins et les conduits urinaires sont normaux.

OBSERVATION LXXX. — Fièvre intermittente opiniâtre, typhus, soulèvement de la portion inférieure de l'abdomen, vomissements, diarrhée, œdème des pieds, tumeur volumineuse et lisse formée par le foie et par la rate.

Autopsie. — Dégénérescence cérumineuse du foie, forte tuméfaction de la rate; pneumonie ultime.

Robert Norwack, ouvrier meunier, âgé de 26 ans, séjourna à l'hôpital Allerheiligen depuis le 12 mai jusqu'au 4 juillet.

Il y a huit ans environ, le malade fut atteint d'une fièvre quarte, qui dura neuf mois. Dans les premiers temps, cette fièvre ne fut pas traitée, mais plus tard, la médecine étant intervenue, elle finit par être coupée. Au bout de quelques mois le malade fut atteint d'une affection, qui, d'après ce qu'il raconte, semble avoir été un typhus grave. Pendant sa convalescence il prétend avoir perdu beaucoup de cheveux. En 1854, Norwack fut encore pris d'une grave maladie aiguë, dont il ne peut pas préciser suffisamment la nature; à partir de ce moment, il serait resté, quelques années, bien portant. C'est au printemps de 1858, qu'il fait remonter les débuts de sa maladie actuelle. Les premiers symptômes consistèrent en douleurs pongitives et persistantes dans les côtes; bientôt après ses forces diminuèrent au point qu'il fut contraint de renoncer à son travail. Presqu'en même temps le malade s'aperçut que l'hypochondre droit et l'épigastre étaient soulevés. Dans le courant de cette dernière année et de celle qui suivit, la tuméfaction augmenta ainsi que la faiblesse. D'ailleurs les souffrances étaient modérées; les symptômes consistaient surtout en troubles digestifs, en défaut d'appétit, sentiment de pression à la région gastrique, principalement après les repas. L'année dernière la diarrhée fut continue, et chaque jour il y eut de 3 à 4 selles liquides. L'été, pendant longtemps, il se produisit des accès de colique violente, qui se répétaient plusieurs fois par jour, et duraient 1/2 heure et même une heure. Pendant tout ce temps, le malade affirme qu'il n'a pas souffert de la fièvre intermittente; jamais il n'a eu la syphilis. La tuberculisation est héréditaire dans sa famille. De treize frères ou sœurs, deux seulement survivent. Quatre sont morts d'affections pulmonaires, à l'âge de vingt ans passés; le seul frère qu'il possède encore est actuellement arrivé à la période coïliquative de la tuberculisation. (Ce dernier mourut au commencement de juin.)

Au moment de son admission, le 12 mai 1860, le malade présente une teinte blême et cachectique de la peau; il n'y a point d'ictère; la poitrine et le cou sont couverts d'un pityriasis versicolor. Point de mouvement fébrile; organes thoraciques, sains. Épigastre et hypochondre droit fortement soulevés; la vue seule peut reconnaître facilement les limites de ce soulèvement. Dans cette région, on sent le foie qui est très-dur et lisse. Son bord arrondi, est aussi facile à suivre, dans toute son étendue, que le rebord costal. Le volume de la glande déterminé à l'aide de la percussion et de la palpation est le suivant: sur la ligne sternale, 14 centimètres; sur la ligne mamillaire 17 centimètres (il s'étend depuis la partie moyenne de la cinquième côte, jusqu'à 8 centimètres au-dessous du rebord costal); sur la ligne axillaire, 15 centimètres. Le bord inférieur du lobe gauche dépasse la ligne médiane et décrit une ligne légèrement convexe qui remonte sous l'arc des côtes en suivant la ligne mamillaire gauche. Les autres limites du lobe gauche ne peuvent être déterminées à cause de l'étendue de la matité splénique. Celle-ci commence au bord inférieur de la sixième côte, remonte en suivant cette dernière jusqu'à la ligne axillaire, et s'étend ensuite, en ligne droite, jusqu'à la colonne vertébrale. Pendant les inspirations profondes la ligne qui limite en haut la matité s'abaisse d'un demi-pouce. L'examen des autres viscères abdominaux ne fait découvrir rien d'anormal. L'urine contient une très-faible proportion d'albumine.

Les troubles subjectifs sont ceux que nous avons déjà énumérés, à propos des commémoratifs. La faiblesse est très-grande, le malade est obligé de garder le lit presque toute la journée, et une promenade de quelques minutes suffit pour le harasser. La diarrhée a un peu diminué; depuis huit jours, le malade souffre d'accès de frissons qui disparaissent rapidement pour faire place à une chaleur brûlante et prolongée. D'habitude, ces accès se produisent vers midi, sans avoir du reste aucun type bien arrêté.

Au bout de quelques jours les accès fébriles disparurent sous l'influence de la quinine, qui fut ordonnée concurremment avec l'iode de fer, lorsque le malade fut admis à la polyclinique. Ce traitement fut continué jusqu'à la fin de mai, sans succès. A cette époque, apparurent des douleurs cardiaques intenses, et l'on fut obligé de se borner à l'emploi des narcotiques. En même temps on observa un œdème passager des pieds; les douleurs de l'estomac diminuèrent, mais toutefois sans disparaître complètement. De temps en temps le dévoiement recommençait, mais il restait modéré. Vers le milieu de juin, sans aucune cause appréciable, le vomissement survint, il se produisit trois à quatre fois par jour, ordinairement après les repas, fatiguait beaucoup le malade et résista à tous les médicaments, tels qu'opium, morphine, eau d'amandes amères, poudre gazeuse, etc., jusqu'à ce qu'enfin, après l'emploi de la teinture d'iode continuée pendant huit jours, il cessa. Une fois on trouva parmi les matières vomies une petite quantité de sang. Deux jours après la cessation du vomissement, le malade perdit par le nez plein une assiette de sang.

Le 25 juin, le malade, abstraction faite de sa grande faiblesse, se sentait assez bien; on prescrivit de nouveau l'iode de fer, mais dès le lendemain, les nausées reparurent, le vomissement se renouvela fréquemment. Celui-ci résista à toute espèce de médication; en outre le malade fut en butte à de violentes douleurs épigastriques, il passa ses nuits sans sommeil. A partir de cette époque le collapsus fit de rapides progrès, les pieds redevinrent œdémateux. L'état du malade resta le même jusqu'au 2 juillet, où il empira subitement. Le soir de ce jour, ce fut à peine si on put obtenir quelques mots de réponse à de nombreuses questions, puis le malade retomba bientôt dans son assoupissement. Enfin, le collapsus augmentant

toujours, la mort survint sans qu'il apparût de nouveaux phénomènes, le 4 juillet au matin.

Autopsie douze heures après la mort. — On ne put faire l'ouverture du crâne. Les poumons des deux côtés, surtout à gauche, étaient adhérents, mais pouvaient cependant être énucléés facilement. Dans les lobes inférieurs de chacun d'eux, on trouve une infiltration pneumonique molle et de couleur rouge brun. Lorsqu'on les incise, leur tranche laisse échapper une grande quantité d'un fluide séro-sanguin. Au sommet des deux poumons on découvre d'anciennes cicatrices de petites bronchi-ectasies, mais point de tubercules. Cœur petit, mollassé, contenant peu de sang; valvules normales.

Le foie remplit l'épigastre, l'hypochondre droit et une grande partie du gauche. Le lobe gauche arrive jusqu'à un pouce près de la ligne axillaire. L'estomac dilaté et les intestins sont fortement refoulés en bas. Le foie est uni de toutes parts aux organes voisins: paroi abdominale, estomac, diaphragme, etc., par des adhérences plus ou moins résistantes.

La mensuration fournit les résultats suivants: maximum de l'épaisseur du lobe droit, $4 \frac{3}{4}$ pouces; maximum de longueur, 8 pouces; de largeur, 7 pouces; largeur du lobe gauche, $4 \frac{1}{4}$ pouces; largeur du foie entier, $11 \frac{1}{4}$ pouces.

La capsule très-épaisse a une couleur blanche mate, les bords sont obtus, la consistance a notablement augmenté. En coupant l'organe, on rencontre tantôt des zones larges de plusieurs pouces, dont l'aspect jaune et presque homogène est semblable à celui du saumon fumé; tantôt des places où la structure acineuse est très-marquée. Le parenchyme, presque partout exsangue, est solide et brillant, la pression du doigt y laisse son empreinte sans déchirer le tissu. La rate est arrondie et semblable au chapeau plat d'un champignon. Elle est entièrement cachée derrière l'arc des côtes et mesure $7 \frac{1}{2}$ pouces de long sur $6 \frac{1}{2}$ de large. Son parenchyme est d'un rouge brun, d'une consistance normale, et le microscope n'y découvre aucune altération spéciale. Le rein droit adhère au lobe droit du foie, le rein gauche adhère à la rate; tous les deux sont d'un volume normal, peut-être plus petit que d'habitude. La muqueuse gastrique, dans la région pylorique, présente une teinte ardoisée, la muqueuse de l'intestin grêle est pâle, celle du gros intestin est grossièrement injectée et livide par places.

D. Foie cérumineux, consécutivement à la phthisie pulmonaire.

OBSERVATION LXXXI. — Tuberculisation chronique des poumons et de l'intestin; emploi de l'huile de foie de poisson; dégénérescence cérumineuse et adipeuse du foie, commencement de dégénérescence de la rate: reins à l'état normal.

La femme Jenke, âgée de 21 ans, après avoir souffert pendant deux ans d'une tuberculisation pulmonaire chronique, et avoir pris, presque continuellement pendant tout ce temps, de l'huile de morue pour traitement, finit par succomber au milieu des symptômes de la colliquation et de l'épuisement.

L'autopsie fit découvrir une infiltration tuberculeuse, circonscrite au sommet des deux poumons; de plus des ulcères isolés dans l'intestin et un peu d'ascite. En outre il existait une dégénérescence cérumineuse très-avancée dans le foie. Cet organe était notablement amplifié et présentait en outre la couleur jaune-pâle, la surface lisse, les bords obtus d'un foie devenu adipeux. En incisant, on reconnaît les parties envahies par la graisse, elles forment une couche mince à bords déchiquetés, qui occupe la superficie de la glande (Atlas, pl. VII, fig. 1) et est nettement séparée d'avec la substance glandulaire à l'état cérumineux. Cette dernière constitue la

plus grande partie du foie, et se distingue par sa couleur d'un rouge-pâle, son vif éclat et sa consistance dure et résistante. En quelques points isolés, situés notamment à la face inférieure et dans le lobe carré, la couche envahie par la graisse est plus épaisse; d'ailleurs, elle contient partout plus de sang que l'autre. Dans les vaisseaux principaux du foie, il n'y a qu'un peu de sang fluide; le long des ramifications de la veine porte, on découvre de tous côtés des couches arborescentes de substance hépatique à l'état adipeux (Atlas, pl. VII, fig. 1), tandis que les rameaux des veines hépatiques sont entourés de substance glandulaire devenue cérumineuse. Dans les étroits conduits de la bile il y a seulement une petite quantité de mucus poisseux et jaune comme de la graisse.

En examinant avec le microscope la zone pâle qui entoure la glande, on y voit des cellules gorgées de graisse; au contraire, la substance d'un rouge pâle est à l'état d'infiltration amyloïde presque continue; çà et là seulement on remarque, au voisinage des fines radicules de la veine porte, des cellules pleines de graisse. La teinture d'iode et l'acide sulfurique font apparaître la teinte rouge caractéristique; la coloration bleue ne se produit que sur quelques points. Le foie ne contient pas traces de sucre; la bile est peu abondante et pâle.

Rate d'un volume normal, un peu sèche et dure, contenant quelques dépôts cérumineux isolés.

Reins exsangues, d'ailleurs sains.

Le foie fut examiné au point de vue des matières inorganiques qu'il renfermait; sa substance desséchée à une température de 110 degrés, donna 7,4 p. 100 de matières qui se composaient de sels alcalins 3,4 p. 100, et de 4 p. 100 de terres, phosphates et sulfates de chaux, outre quelques traces de carbonate de chaux et de magnésie.

Dans un autre cas de foie cérumineux consécutif à la syphilis constitutionnelle, la glande contenait 68,144 p. 100 de parties solides et 31,56 p. 100 d'eau. Les parties solides consistaient en 38 p. 100 de graisse pauvre en cholestérine et ayant une réaction acide, en 30,44 p. 100 de tissu glandulaire; ce dernier résidu, exempt de graisse, donna 15,5 p. 100 de cendres dont quelques traces seulement purent se dissoudre dans l'eau.

OBSERVATION LXXXII. — Symptômes de phthisie laryngée et pulmonaire, tuméfaction volumineuse et résistante du foie; ascite.

Autopsie: Tuberculisation du larynx, de la trachée, des poumons et de l'intestin; foie très-gros à l'état adipeux et présentant une dégénérescence cérumineuse circonscrite; rate molle semée d'infiltrations cérumineuses isolées, reins à l'état adipeux.

Franz Hiltcher, tailleur, âgé de 38 ans, fut traité pendant plusieurs mois pour une tuberculisation du larynx, des poumons et de l'intestin, qui, présentant les symptômes ordinaires à cette affection, n'attira spécialement l'attention que, par suite de la coïncidence d'une tuméfaction considérable et résistante du foie et d'une ascite assez copieuse, mais sans œdème des pieds.

L'autopsie fit découvrir une ulcération étendue, de nature tuberculeuse, occupant la muqueuse du larynx et de la trachée; au sommet des deux poumons, une infiltration gélatineuse, des tubercules jaunes, et deux vomiques grosses comme des noix. Dans l'iléum on trouva de nombreux ulcères tuberculeux dont quelques-uns rendaient la perforation imminente. Le sac péritonéal renfermait 5 livres environ d'un liquide légèrement trouble.