

ainsi que Bright lui-même l'avait déjà indiqué. Cette hypertrophie, qui est une circonstance favorable lorsqu'elle ne dépasse pas le degré nécessaire pour une compensation parfaite, devient dans le cas contraire une véritable complication, dont les symptômes propres aggravent et précipitent les phénomènes de la maladie principale.

VINGT ET UNIÈME LEÇON

SUR L'ATROPHIE PARENCHYMEUSE DU FOIE.

Histoire d'un malade atteint d'ictère fébrile. — Méthode et éléments du diagnostic. — Mode de début. — Caractères thermiques. — Analyse des symptômes. — Des maladies du foie à début aigu et à ictère précoce. — Hépatite calculeuse. — Hépatite primitive supprimée. — Hépatite parenchymateuse. — Pyléphlébite aiguë.

Des rapports de l'ictère avec l'endocardite mitrale simple et ulcéreuse. — Caractères de la fièvre symptomatique de l'angiocholite. — D'un nouveau signe de la suppression de la sécrétion biliaire, ou *acholie*.

Résultats de l'autopsie. — Lésions de l'endocarde et du myocarde. — Des frottements péricardiaques sans péricardite. — Altérations des voies biliaires. — Dégénérescence graisseuse aiguë du foie.

MESSIEURS,

Je veux vous raconter aujourd'hui un fait clinique qui offre un grave intérêt au point de vue du diagnostic et de l'anatomie pathologique, et qui de plus permet de juger avec une précision péremptoire une question théorique fort controversée.

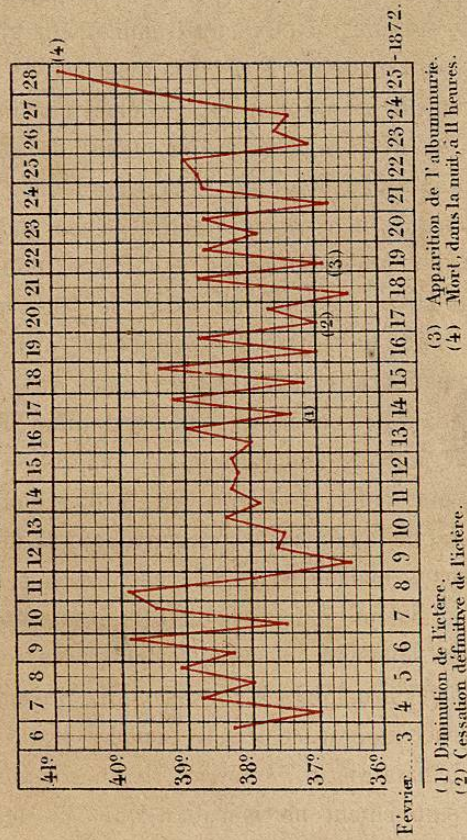
Un homme de soixante-six ans, d'une constitution assez robuste, cordonnier de son état, entra le 3 février dernier au n° 2 de la salle Saint-Jérôme ; il racontait qu'il

était malade depuis cinq jours, celui de l'entrée étant le sixième.

Le 29 janvier, cet homme avait été pris subitement au milieu d'une parfaite santé, d'un frisson d'une violence très-notable, puisqu'il n'avait pas duré moins de deux heures, et avait provoqué un tremblement général avec claquement de dents. Il n'y avait pas eu de douleur de côté, mais le frisson avait été remplacé par une fièvre intense, et dès ces premiers moments de maladie, cet individu avait été contraint de prendre le lit.

Remarquez-bien ces deux points, je vous prie : la brusquerie du début et la vivacité de la fièvre; non-seulement l'invasion avait été soudaine, mais elle s'était affirmée par un frisson de deux heures. Notre homme prit d'abord son mal en patience, et il resta chez lui bien qu'il allât de mal en pis; la fièvre subsistait forte et continue; le troisième jour, 31 janvier, apparaissait une coloration jaune des téguments; enfin, trois jours plus tard, à bout de forces et inquiet de la teinte qui avait envahi toute la surface de son corps, le malade arriva dans notre service. Ce jour-là, 3 février, sixième jour de la maladie, il se présenta à nous avec une suffusion ictérique des plus accusées, et l'état général qui accompagne l'invasion des maladies aiguës graves; la température, le soir, était de $38^{\circ},4$ (voy. fig. 8). Le lendemain matin, 4 février, le thermomètre à mon grand étonnement ne marquait que 37° , bien qu'aucune influence thérapeutique ne fût intervenue; ce fait n'enlevait rien de leur valeur aux notions précédentes; il restait acquis que la fièvre avait éclaté soudainement, avec toute la brusquerie, toute l'intensité d'une pneumonie par exemple, et il n'était pas moins certain que si

Figure 8.
Endocardite ulcéreuse et angiocholite suppurée. - Mort par hépatite diffuse.
Homme de 66 ans; Salle St-Jérôme N° 2.



la fièvre était nulle le septième jour au matin, elle était encore la veille au soir à 38°,4. Ces données précises devaient être, doivent toujours être en pareil cas, la base et le jalon principal de l'appréciation clinique. Un autre point devait être élucidé avant toute tentative de jugement, c'était l'origine de l'ictère précoce développé dès le troisième jour; or, l'urine, normale d'ailleurs, était abondamment chargée de pigment biliaire, les matières fécales en revanche étaient argileuses, complètement décolorées, il s'agissait à n'en pas douter d'un ictère par rétention.

Nous nous trouvions donc en présence d'un complexe morbide toujours fort embarrassant, du moins au début; un ictère par obstacle mécanique au cours de la bile était apparu dès le troisième jour d'une fièvre violente, qui avait éclaté avec un frisson unique, et la soudaineté propre aux maladies aiguës les plus franches. Dans ces conditions, le diagnostic ne peut être obtenu que par une méthode rigoureuse sur laquelle j'appelle votre sérieuse attention, parce qu'elle est applicable à tous les cas de ce genre; une fois en possession des données primordiales sur le mode de début, sur les rapports chronologiques de la jaunisse avec la fièvre, sur l'origine mécanique de l'ictère, la première question dont le médecin doit se préoccuper est celle-ci : l'appareil hépatique est-il seul en cause, est-ce une maladie aiguë du foie qui a produit simultanément la fièvre et l'ictère? ou bien l'ictère est-il simplement un phénomène secondaire, engendré suivant un mécanisme quelconque par une maladie extra-hépatique, à laquelle sont imputables et la brusquerie de l'invasion, et le mouvement fébrile? C'est toujours ainsi,

messieurs, ne l'oubliez pas, que la question doit être posée, c'est en procédant de la sorte, par étapes successives, que vous pourrez marcher sûrement dans la voie du diagnostic. Cette méthode, grâce à laquelle vous ne laissez derrière vous aucune éventualité non examinée, est surtout indispensable lorsque le caractère des accidents initiaux élimine d'emblée la seule maladie hépatique *commune* qui puisse déterminer à la fois de la fièvre et de l'ictère; or c'était précisément le cas chez notre malade. En raison de l'invasion soudaine en un état de santé parfait, en raison du frisson violent de deux heures, de la fièvre intense qui l'avait immédiatement suivi, je ne pouvais pas, je ne devais pas songer à une angiocholite catarrhale, soit primitive, soit secondaire; et si je voulais rapporter le processus dans son ensemble à l'appareil hépatique seul, je ne pouvais invoquer que des maladies rares, à la possibilité desquelles on aurait très-bien pu ne pas même songer, si l'on avait procédé à l'appréciation diagnostique avec une méthode plus rapide, mais moins rigoureuse. En fait, l'angiocholite catarrhale une fois éliminée, je ne pouvais envisager, dans l'hypothèse d'une affection hépatique seule, que quatre maladies, toutes rares à divers degrés, savoir: 1° une hépatite aiguë secondaire d'origine calculeuse; — 2° une hépatite aiguë primitive conduisant à la suppuration; — 3° une hépatite parenchymateuse ou atrophie jaune aiguë; — 4° une pyléphlébite aiguë.

Je le répète, toutes ces maladies sont rares; il est nécessaire de s'en préoccuper pour éviter de graves erreurs par omission, mais en raison même de leur rareté, il ne faut en admettre l'existence que si les symptômes soi-

gneusement analysés sont vraiment significatifs et décisifs.

Je ne pouvais m'arrêter à l'idée d'une hépatite d'origine calculeuse; pour être autorisé à en faire l'objet d'une discussion sérieuse, il faut la notion d'une cholélithiase antérieure; or vous avez assisté à mon interrogatoire minutieux et varié, et vous avez pu, comme moi, vous convaincre que s'il y a un point sur lequel cet homme soit affirmatif, c'est l'absence de tout accident qui puisse être rattaché à la présence de calculs biliaires. Non-seulement il n'a jamais eu de coliques hépatiques, particularité sur laquelle les malades donnent toujours des renseignements très-précis, en raison de l'acuité des douleurs qu'ils ont subies, mais il n'a jamais éprouvé aucun de ces symptômes moins éclatants qui, indépendamment des accès de coliques, caractérisent la lithiase biliaire; pas de pesanteurs, pas de douleurs dans l'hypochondre droit, pas de fatigue insolite après les repas, jamais d'ictère; ajoutez à cela que le foie a son volume normal, et vous considérerez comme moi qu'il était impossible d'accueillir l'hypothèse d'une cholélithiase. Cette conclusion négative a été la seule raison de mon élimination; quant aux phénomènes éprouvés par le malade depuis six jours, ils se conciliaient parfaitement avec l'idée d'une hépatite calculeuse; s'il est vrai, en effet, que l'angiocholite catarrhale aiguë s'accuse, avec de petits frissons ou sans frisson, par une fièvre médiocre, intermittente vespérale plutôt que continue, et par un ictère précoce, il ne faut pas oublier que l'angiocholite calculeuse est souvent suppurative avec extension du processus au tissu du foie, et qu'elle peut débiter alors par un frisson unique et violent, par une

fièvre subcontinue à degrés élevés ; un seul de ses symptômes ordinaires manquait, c'était la douleur circonscrite ou diffuse de la région du foie ; vous le voyez donc, c'est uniquement parce que je ne pouvais saisir les preuves d'une cholélithiase antérieure, que j'étais amené à éliminer l'hépatite calculeuse.

Quant à l'hépatite primitive, c'est différent, l'hypothèse est rapidement jugée d'après les symptômes présentés par le malade ; le foie n'est pas douloureux, il n'est pas augmenté de volume, il n'y a pas eu de vomissements, et, au matin du septième jour, la température est normale. Il n'y a pas d'hésitation possible, et quand bien même nous avons vu quelques heures plus tard que cette chute thermique était momentanée, elle n'en conservait pas moins toute sa valeur diagnostique ; une température de 37 degrés, au matin du septième jour, dans une hépatite aiguë primitive, n'est pas chose admissible. Du reste, le frisson unique est exceptionnel tout à fait dans cette inflammation suppurative ; ce qu'on observe dans la grande majorité des cas, ce sont des frissons plus ou moins accentués qui se répètent à divers intervalles, pendant les deux ou trois premiers jours, et la fièvre, non moins généralement, procède d'abord par accès intermittents.

L'hépatite parenchymateuse, appelée aussi hépatite diffuse aiguë, atrophie jaune aiguë, présente moins souvent encore que la précédente le début d'emblée ; la chose est possible, mais elle est vraiment rare ; ordinairement le tableau clinique pendant les premiers jours est celui d'un catarrhe gastro-duodéal ; le malade perd l'appétit, il a des nausées ou des vomissements, une

céphalalgie intense, un peu de sensibilité dans l'hypochondre, une fièvre médiocre ou nulle, l'ictère est loin d'être contemporain du début. Toutefois, dans les cas exceptionnels, que j'ai appelés suraigus, l'évolution est toute différente ; l'invasion et la fièvre sont soudaines et violentes comme chez notre malade, et l'ictère n'est pas moins précoce ; mais alors tous les autres phénomènes s'accusent avec la même rapidité, et, à un moment très-rapproché du début, on voit apparaître des hémorrhagies multiples, des accidents cérébraux graves, de l'ataxyadynamie, et bien souvent l'urine devient albumineuse ; enfin la fièvre s'accroît incessamment jusqu'à la fin. Jugez vous-mêmes si, au matin du septième jour, avec une température de 37 degrés, nous pouvions admettre chez notre homme une hépatite parenchymateuse ; le mode de début de sa maladie était inconciliable avec la forme commune de cette hépatite, l'absence des symptômes caractéristiques éliminait non moins radicalement la forme suraiguë.

Reste une maladie plus rare et qui, bien plus encore que les précédentes, peut être oubliée au moment de l'examen clinique, je veux parler de l'inflammation aiguë de la veine forte de la pyléphlébite. Dans la forme suppurative, elle s'annonce par des phénomènes fort semblables à ceux que nous avons sous les yeux ; mais, à peine est-elle constituée qu'elle produit une oblitération de la veine, d'où résultent, vous le pressentez facilement, un groupe de symptômes tout à fait spéciaux ; par suite de l'oblitération, tous les organes tributaires du vaisseau sont le siège d'une stase sanguine qui arrive rapidement à ses deux effets ultimes, l'effusion séreuse et l'hémorrhagie. Il y a

donc, avec une tuméfaction peu marquée du foie, un gonflement considérable de la rate, une ascite très-abondante, et des selles diarrhéiques séreuses, souvent sanguinolentes. Ce complexus morbide est accompagné d'une fièvre intense, et l'on ne trouve, pour en rendre compte, aucune inflammation viscérale commune; pourtant la pyléphlébite suppurative est secondaire neuf fois sur dix, si ce n'est dix sur dix; elle succède soit à des ulcérations de l'intestin, soit à une typhlite, soit à une ulcération de l'appendice vermiforme, ainsi que Moers, Malmsten, Axel Key en ont rapporté des exemples (1). — Par ces caractères tirés, les uns de l'examen des symptômes eux-mêmes, les autres des conditions dans lesquelles elle se développe, la pyléphlébite suppurative est en général facile à reconnaître, et si l'on fait souvent à son sujet des erreurs de diagnostic, ce sont des erreurs par omission, on oublie de la faire entrer en ligne de compte parmi les éventualités possibles. J'ai tenu à vous la signaler parce qu'elle est peu connue; mais, chez notre malade, qui n'avait ni tumeur splénique, ni ascite, ni diarrhée, ni maladie intestinale antérieure, elle ne pouvait être mentionnée que pour être aussitôt laissée de côté.

Arrivé au terme de cette revue, qui ne permettait que des conclusions négatives, j'étais certain que la maladie en litige n'était pas le fait d'une affection isolée du foie, et j'étais conduit à accepter la seconde alternative de la

(1) Moers, *Pylephlebitis in Folge von Verschwürung des Processus vermiformis* (Arch. f. klin. Medicin, 1868).

Malmsten, Axel Key, *Suppurativ pyleflebit beroende pa brandig afstötning af processus vermiformis* (Nordisk. med. Arkiv, 1869).

question que je m'étais posée; les phénomènes devaient être dissociés, l'ictère était un épisode pathologique secondaire, il fallait chercher ailleurs que dans l'appareil hépatique la cause du mouvement fébrile violent et soudain qui avait marqué le début du mal.

Procédant alors à un examen organique complet, je constate l'intégrité de tous les viscères, à l'exception du cœur; là, je trouve des signes certains d'endocardite. Il y a à la pointe un souffle systolique râpeux qui se prolonge jusqu'au commencement du second bruit, si ce n'est au delà; de la pointe ce souffle va s'atténuant progressivement vers la région de la base, et c'est à peine si, au foyer d'auscultation de l'orifice aortique, on en peut saisir un dernier écho sous forme d'un léger murmure surajouté au premier claquement de l'aorte. A l'orifice tricuspide, à l'orifice pulmonaire, les bruits sont normaux; en présence de signes aussi nets, le siège précis de l'endocardite pouvait être affirmé, il s'agissait d'une endocardite mitrale déterminant une insuffisance de la valvule, et peut-être un léger degré de sténose. — Il y avait, en outre, au voisinage de la pointe et dans une étendue égale à celle d'une pièce de cinq francs en argent, des frottements péricardiaques très-fins, qui se sont accusés davantage au bout de deux jours, de manière à devenir parfaitement certains, mais qui ont constamment présenté une grande variabilité d'intensité et de timbre. J'admis, avec l'endocardite, une péricardite sèche limitée à la pointe.

Ce fait acquis, il fallait encore songer avant de conclure à la possibilité d'une lésion du cœur d'ancienne date, sans nulle influence sur le processus aigu du moment;

or, le malade n'a eu ni rhumatisme articulaire, ni affection aiguë de la poitrine, il n'est pas alcoolique, il n'a jamais souffert du cœur, il est donc hors de doute qu'il est atteint d'une endocardite récente, au développement de laquelle doivent être attribués les phénomènes brusques et violents de la maladie qui a éclaté il y a six jours. — Restaient à expliquer les rapports probables de cette endocardite avec l'ictère.

En présence d'une endocardite fébrile récente, et d'un ictère également récent, la première idée qui doit venir à votre esprit est celle d'une endocardite ulcéreuse; l'observation démontre, en effet, qu'elle est accompagnée plus souvent que toute autre forme d'accidents hépatiques, capables de produire de l'ictère; tantôt il s'agit d'une simple angiocholite catarrhale, dont la raison d'être en ce cas n'est pas encore élucidée; tantôt il s'agit d'une atrophie jaune aiguë provoquée soit par l'obturation embolique de l'artère hépatique, comme Virchow et Oppolzer en ont rapporté des exemples, soit par des embolies capillaires disséminées dans l'épaisseur du foie. La notion de ces faits est extrêmement importante pour l'interprétation clinique des cas du genre de celui que nous étudions, et il convient de les retenir avec soin; toutefois, il ne faudrait point amplifier la portée de ces données, et croire que l'endocardite ulcéreuse soit la seule qui puisse déterminer de l'ictère; trois fois déjà, j'ai observé ce dernier avec une endocardite mitrale parfaitement simple, et en fait, il n'y a rien là qui puisse surprendre: du moment que cette endocardite donne lieu à une insuffisance, elle peut engendrer tous les désordres circulatoires périphériques qui sont le fait de cette dernière

lésion, et parmi eux figure, au premier rang, la congestion passive du foie avec possibilité d'ictère; d'un autre côté, il n'y a pas de raison pour que l'angiocholite catarrhale ne puisse coïncider comme complication fortuite avec l'endocardite mitrale non ulcéreuse. Voilà les termes dans lesquels la pathologie commande de poser ce problème clinique; chez notre malade, je ne pouvais admettre la stase mécanique du foie et l'ictère consécutif, parce qu'il n'y avait pas de tuméfaction du foie, parce que les caractères de l'urine et des matières fécales démontraient une rétention totale de la bile, et enfin parce qu'il ne s'était pas écoulé un temps suffisant entre le début de l'endocardite et l'apparition de la jaunisse; celle-ci, vous vous le rappelez, s'était montrée au troisième jour, et il était impossible que la lésion mitrale eût déterminé en quarante-huit heures des accidents secondaires aussi prononcés qu'une stase hépatique poussée jusqu'à l'ictère. — Bien certain de cette conclusion, je me rattachai à l'idée d'une angiocholite catarrhale compliquant l'endocardite; je n'ai pas besoin de vous faire observer que les arguments péremptoires qui m'avaient fait éliminer l'inflammation des canaux biliaires comme maladie unique, perdaient toute valeur du moment qu'une autre phlegmasie existait, qui pouvait rendre compte de la modalité spéciale de l'invasion et de l'intensité des phénomènes initiaux. Un seul point était encore à fixer, la nature de l'endocardite; j'ai déjà vu plusieurs cas d'endocardite aiguë, simple, spontanée et primitive, jamais dans ces cas-là je n'ai eu connaissance d'un frisson unique et violent, ni d'un début tellement brusque que dès les premières heures les accidents fébriles sont au

maximum; d'autre part, le malade avait soixante-six ans, sa constitution était bonne, c'est vrai, mais elle avait été grandement affectée par les privations du siège, et vous savez que l'endocardite ulcéreuse, soit primitive, soit secondaire, a pour terrain de prédilection les organismes surmenés, mal nourris, cachectiques; pour ces raisons d'ordres divers, j'ai éloigné l'idée d'une endocardite simple, et j'ai formulé le diagnostic suivant: Endocardite mitrale ulcéreuse avec péricardite sèche limitée, et ictere par angiocholite catarrhale.

En prévision des effets adynamiques constants de cette maladie, je devais me préoccuper pour le traitement non-seulement du processus cardiaque, mais avant tout, de l'état des forces. Un évacuant eut raison de la constipation qui existait depuis plusieurs jours, et je donnai l'infusion de digitale à 50 centigrammes incorporée dans une potion cordiale alcoolisée à 40 grammes, ainsi que je vous l'ai précédemment expliqué; le jour suivant un large vésicatoire fut appliqué sur la région précordiale.

La rémission fébrile complète observée au matin du septième jour fut de très-courte durée; le soir même la température est remontée à $38^{\circ},8$; la chute matinale du huitième jour n'a pas ramené un chiffre d'apyrexie: l'ascension du soir a dépassé de trois dixièmes celle du soir précédent, la chute du matin du neuvième jour a laissé le thermomètre de quatre dixièmes plus élevé que la veille au matin, et l'ascension vespérale de ce même jour est arrivée à $39^{\circ},8$, dépassant de sept dixièmes celle du soir d'avant. La ligne thermique présente ainsi du septième au neuvième jour inclusivement un type parfait des oscil-

lations régulièrement ascendantes qui caractérisent la première période de la fièvre typhoïde. — Le lendemain matin, dixième jour, le thermomètre tombe de nouveau à un chiffre apyrétique, $37^{\circ},5$; j'étais enclin à attribuer à la digitale l'honneur de cette chute, toutefois je sais par expérience que le dixième jour n'est pas généralement un jour de bonne crise et je résolus de ne rien dire avant vingt-quatre heures; ma réserve fut bien vite justifiée. Le soir même de ce dixième jour, la température dépasse de nouveau 39 degrés, elle est à $39^{\circ},5$; le matin du jour suivant, notez bien ceci, elle est de quatre dixièmes plus élevée que le soir, elle atteint $39^{\circ},9$, sans que d'ailleurs on puisse saisir aucune aggravation correspondante dans la situation du malade; cette circonstance était propre à modifier la signification fâcheuse de cette température matinale plus haute que celle du soir, et, en effet, ce même jour au soir, c'était le onzième, le thermomètre reste fixé à $37^{\circ},9$ par une chute de deux degrés en neuf heures, et, le matin du douzième jour, je trouve une chaleur de convalescence, $36^{\circ},5$; puis, présentant jusqu'aux plus petits détails le caractère de la convalescence légitime, la température quitte, dès le soir, ces chiffres voisins du collapsus, pour monter à $37^{\circ},6$, et l'exploration suivante, treizième jour au matin, nous donne $37^{\circ},5$. Je supprime alors la digitale.

Examinez le tracé thermique du dixième au douzième jour, et vous verrez qu'il n'y a pas à douter de la manifestation d'une défervescence parfaite; par la chute de deux degrés en quelques heures, par le chiffre sous-normal momentanément atteint, par le retour immédiat à des chiffres réguliers de convalescence, la défervescence