

Dans l'épidémie décrite par Wolczywski, cet auteur reconnut qu'on faisait usage d'une eau provenant de puits alimentés par filtration. Elle était chargée de matières organiques et donnait lieu dans la ville voisine à de fréquentes endémies. On y décela la présence du coli-bacille, qui fut trouvé également dans le sang et les viscères des enfants morts d'ictère avec hémoglobinurie.

Cette eau était employée soit en bains, soit pour laver la bouche des enfants. On continua les bains avec la même eau, mais les lavages de la bouche furent pratiqués dès ce moment avec une eau de source pure, stérilisée et additionnée de 1 p. 100 d'acide borique.

Dès lors l'épidémie s'arrêta. C'était bien l'eau de lavage de la bouche qui avait infecté les enfants. Comme cette eau n'était pas déglutie, Wolczywski admit que les frictions faites dans la bouche avec le linge mouillé avaient implanté le coli-bacille dans l'épithélium buccal d'où il avait pénétré dans l'organisme.

Il ressort de là que la bouche du nouveau-né doit être lavée sans violence et avec un liquide aseptique.

Les infections provenant de l'absorption, au moment du passage de l'enfant, de liquide amniotique putréfié, ou de sécrétions vaginales, celles qui sont engendrées par du lait d'une femme malade sont susceptibles aussi de certaines mesures prophylactiques, mais elles ne rentrent pas dans notre sujet, l'ictère n'ayant pas été observé dans de pareilles conditions.

E. — Le traitement proprement dit de l'ictère infectieux se borne à peu de chose. Il faut soutenir les forces de l'enfant en lui donnant une nourrice, s'il prend la bouteille, lui donner quelques gouttes de *cognac* dans de l'eau sucrée, plusieurs fois par jour, faire de l'enveloppement chaud si l'enfant est dans le collapsus, désinfecter la plaie ombilicale, si elle paraît suppurer activement ou s'ulcérer, par des lavages et l'application de poudre d'*iodoforme*.

CHAPITRE XXI

TRAITEMENT DES DÉGÉNÉRESCENCES HÉPATIQUES

PAR

CH. ACHARD

Agrégé, médecin des hôpitaux.

I

Des diverses dégénérescences hépatiques.

Les dégénérescences de la cellule hépatique sont nombreuses, diverses, et d'importance très inégale. Il en est que nous ne ferons que signaler. La cellule hépatique peut être frappée d'*atrophie simple*, notamment par compression ou rétraction; les processus inflammatoires en provoquent fréquemment la *tuméfaction trouble*; la *nécrose de coagulation* est engendrée surtout par les processus infectieux et toxiques. La *tuméfaction transparente*, altération moins banale, a été décrite dans le choléra (Hanot et Gilbert) et se retrouve aussi dans quelques états infectieux. Toutes ces lésions cellulaires, intéressantes sous le rapport de l'anatomie pathologique générale, n'ont qu'une médiocre importance pour le clinicien, surtout lorsqu'il envisage le côté thérapeutique: en effet, ces altérations n'existent pas ordinairement à l'état isolé, mais se trouvent en quelque sorte perdues dans un ensemble anatomique et symptomatique qui absorbe toute l'attention du clinicien.

Il en est de même des altérations *pigmentaires* du foie. Le pigment biliaire infiltre les cellules hépatiques dans certains ictères. Le pigment ocre, ferrugineux, s'y rencontre dans le paludisme chronique, dans certaines cirrhoses, accompagnées ou non de diabète, et aussi en dehors de la cirrhose, coexistant en général avec une infiltration pigmentaire d'autres parenchymes et parfois de la peau. Dans ces divers cas, d'après des recherches récentes, il semble bien qu'il ne s'agisse pas d'une élaboration de pigment par la cellule hépatique, mais simplement d'un dépôt de ce pigment, né ailleurs et venu par la circulation dans la cellule.

Cependant quelques dégénérescences, soit en se montrant quelquefois d'une façon isolée, soit en donnant lieu à quelques symptômes locaux ou à quelques modifications de l'état général, méritent d'être étudiées brièvement au point de vue clinique et thérapeutique. Ce sont la dégénérescence *graisseuse* et la dégénérescence *amyloïde*. La première est une altération cellulaire, la seconde paraît être plutôt une lésion interstitielle.

II

Dégénérescence graisseuse.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Le terme dégénérescence graisseuse s'applique à deux états différents de la cellule hépatique. Dans la *surcharge* ou *infiltration graisseuse*, la graisse s'accumule dans le corps cellulaire et arrive à en constituer la majeure partie; mais l'élément, s'il est profondément troublé dans ses aptitudes physiologiques, n'en subsiste pas moins; sa vitalité est reconnaissable à la persistance du noyau qui est refoulé à la périphérie, mais qui conserve ses réactions histo-chimiques. Dans la *dégénérescence granulo-graisseuse*, le corps cellulaire dégénère, la formation de gouttelettes graisseuses n'est qu'un des

termes de la lésion profonde qui frappe la cellule tout entière; celle-ci est atteinte mortellement le plus souvent, le noyau est altéré.

La surcharge graisseuse s'observe à de faibles degrés dans l'état physiologique (alimentation, lactation), et à des degrés plus élevés dans les affections chroniques, les cachexies, l'obésité, la tuberculose, l'alcoolisme. Tantôt elle est associée à d'autres lésions du tissu hépatique, par exemple dans la cirrhose tuberculeuse, tantôt elle est à peu près isolée, par exemple dans le foie gras des tuberculeux. Quant à la dégénérescence granulo-graisseuse, elle se voit dans les processus toxiques ou infectieux à évolution aiguë, notamment dans l'intoxication phosphorée, les septicémies et pyohémies, l'éclampsie, les ictères graves primitifs. Elle peut aussi s'observer dans les ictères graves secondaires qui terminent d'une façon parfois rapide les affections plus ou moins chroniques du foie.

Cliniquement, cette distinction que nous venons de constater dans les lésions se trouve tout aussi justifiée.

La simple surcharge graisseuse peut évoluer d'une façon absolument silencieuse. D'autres fois, on peut la soupçonner, chez les phtisiques, par exemple, lorsque le foie est volumineux, lisse, sans résistance au palper, sans déformation, ni douleur, ni ascite, ni ictère. Quelquefois encore, le trouble des fonctions hépatiques s'accuse davantage, l'urine renferme de l'urobiline et très peu d'urée, les digestions se font mal, il y a de la diarrhée. On a signalé encore, comme faisant partie de ce tableau symptomatique, la pâleur, l'aspect demi-transparent des téguments, le teint d'albâtre, l'anasarque, etc., phénomènes qui semblent devoir être rapportés plus justement à la cachexie générale engendrée par la maladie stéatosante.

La dégénérescence granulo-graisseuse, à marche aiguë, se révèle souvent d'une façon bruyante, par le syndrome bien connu de l'ictère grave primitif ou secondaire.