

tières analogues à celle de l'S iliaque et du rectum, on rencontre des corps étrangers de toute espèce, des phalanges entières de lapin ou de lièvre, des boutons, des noyaux de fruits, incrustés de matières calcaires, etc., etc.

La membrane muqueuse du cœcum semble parfaitement normale, et l'épaisseur des parois de cette partie du gros intestin n'est pas considérable.

L'intestin grêle est normal; son volume est ordinaire, mais ses parois sont amincies et se déchirent à la moindre traction.

Il en est de même de l'estomac, qui est un peu dilaté et dont les parois, d'épaisseur normale, se déchirent facilement sous l'influence de tractions légères.

L'œsophage et le larynx sont absolument sains.

Les reins ont le volume habituel, et leur tissu, sur les surfaces de section, présente les caractères de l'état normal.

La rate, petite, paraissait très-anémiée.

Le foie, de volume normal, de couleur ordinaire, se présente à la coupe comme un foie tout à fait sain et exempt d'altération; la réaction iodique n'a donné aucun résultat.

Le pancréas est normal.

La cavité thoracique présente sa capacité très-diminuée par le refoulement du diaphragme. Les deux poumons sont refoulés en haut et ne sont, tous les deux, pas plus gros que les poings. Le poumon droit était intimement adhérent à la plèvre pariétale et à la plèvre diaphragmatique; il présentait une coloration rouge de congestion hypostatique, assez nette, et sur des coupes cet aspect rougeâtre était aussi très-marqué.

Le poumon gauche était normal.

Le cœur était également sain.

Rien à noter du côté des centres nerveux.

CHAPITRE VI

MALADIES DU FOIE.

Les faits cliniques qui suivent ont, les uns, pour ainsi dire, un intérêt d'actualité; ils sont, en effet, relatifs à une question à l'ordre du jour, car ils concernent la détermination du chiffre de l'urée; dans des cas d'hépatites chroniques et de lésions destructives du parenchyme hépatique; les autres, moins importants, méritent cependant d'être signalés.

— L'observation LXII est un cas d'*ictère bénin catarrhal*; les symptômes classiques ont été assez nets, et je ne rapporte cette observation que pour l'opposer aux suivantes.

Celles-ci (obs. LXIII et LXIV) sont des observations de coliques hépatiques.

Rien n'est plus commun que de voir des malades atteints de coliques hépatiques, avec ictère, dans les antécédents desquels on trouve un grand nombre d'attaques de cette même affection, attaques qui ont été méconnues précisément parce qu'elles n'ont pas été suivies de jaunisse. C'est là un fait que j'ai entendu signaler bien des fois par mes différents maîtres dans les hôpitaux et dont

j'ai pu constater par moi-même l'exactitude dans un grand nombre de cas. Que de coliques de ce genre passent inaperçues, surtout chez la femme, atteinte plus souvent que l'homme de cette maladie! Du reste, le diagnostic est parfois bien difficile.

Ainsi, dans notre première observation, il manque au tableau symptomatique la signature de l'affection; je veux parler de l'ictère. On est exposé à diagnostiquer, en pareil cas, soit un ulcère simple de l'estomac, soit toute autre affection douloureuse de l'abdomen, et, s'il s'agit de femmes jeunes, bien souvent on met sur le compte de névralgies anémiques ou hystériques ce qui est déterminé par la présence des calculs dans l'appareil hépatique.

J'ai observé, avec M. Vulpian, à l'hôpital de la Pitié, une jeune fille de 25 ans, qui, depuis quatre ans, souffrait par intervalles de douleurs aiguës dans le ventre; ces douleurs étaient accompagnées de vomissements, mais jamais d'ictère; on l'avait toujours considérée comme hystérique et traitée en conséquence, d'autant plus qu'en réalité elle avait eu plusieurs fois des crises de nerfs qui éclataient à propos de ses douleurs du foie. Un jour, à la suite d'une crise semblable aux précédentes, comme forme, mais un peu plus violente, la coloration jaune de la peau survint; les selles se décolorèrent, etc. : c'est alors qu'elle entra à la Pitié. Toute l'histoire clinique antérieure de la malade s'éclaira ainsi d'un nouveau jour, et l'on put instituer un traitement rationnel qui fit disparaître en même temps et la tendance aux coliques hépatiques et les accès hystériformes que provoquaient ces accidents. A propos de la malade de l'observation XLIII, on aurait pu commettre la même erreur.

— L'observation LXIV est intéressante en ce sens que la malade ne présente absolument rien à noter, ni au point de vue de l'hérédité, ni au point de vue de ses antécédents personnels, qui puisse expliquer la formation de calculs

biliaires; elle est domestique; sa vie est active, et cependant, à 28 ans, elle a des coliques hépatiques.

— Les observations LXV, LXVI sont des cas d'*hépatite interstitielle chronique*, avec augmentation notable du volume du foie sous l'influence bien évidente de l'alcoolisme; l'observation LXVII est un exemple de *cirrhose hypertrophique*, également d'origine alcoolique.

M. le professeur Charcot, dans son cours d'anatomie pathologique, a tracé un nouveau chapitre de la pathologie hépatique. Mettant à profit les travaux de MM. Prévost et Dumas, Bouchardat, Parkes, Murchison, G. Meissner, Fouilloux, et surtout ceux de M. Brouardel, il a signalé : « l'influence remarquable qu'exercent certaines lésions du foie sur la formation et consécutivement sur l'élimination des produits fondamentaux de l'assimilation et de l'excrétion azotée, à savoir l'urée et acide urique. »

Il résulte de tous les travaux faits jusqu'à ce jour, et en particulier de ceux de M. Brouardel, que, dans les affections hépatiques, le taux de l'urée peut être modifié de deux façons opposées : ou bien il y a exagération du chiffre moyen de l'urée rendu en 24 heures, ou bien il y a diminution, ou même suppression de cette excrétion.

Les faits du premier groupe sont ceux dans lesquels le foie n'étant pas le siège de lésions organiques, le fonctionnement physiologique du viscère est modifié par un simple trouble dynamique, comme dans les cas d'ictère dit spasmodique, etc.

Les faits du second groupe se rapportent à des lésions destructives plus ou moins profondes, plus ou moins étendues du parenchyme hépatique; dans ce cas, la production d'urée est plus ou moins diminuée.

M. Vulpian, qui avait exposé dans son cours de 1874 les hypothèses nouvelles émises sur l'uréogénie hépatique, et qui avait été conduit à mettre en doute la légitimité de ces

hypothèses a voulu contrôler dans son service les résultats obtenus par divers médecins, par M. Brouardel entre autres. Il a donc fait analyser, en particulier au point de vue de la quantité d'urée rendue, l'urine des vingt-quatre heures de tous les malades atteints d'affections destructives du foie, qu'il a eus à soigner. Ces affections sont des cas de gastro-hépatocarcinome (chap. V), d'hépatites interstitielles (obs. LXV et LXVI), de cirrhose hypertrophique (obs. LXVI). Les analyses ont été faites en tenant compte : 1° du régime; 2° de la quantité d'urine recueillie dans les 24 heures; 3° de la température des malades, c'est-à-dire de l'existence ou de la non-existence d'un état fébrile.

C'est un problème bien délicat que celui qui concerne l'appréciation de l'influence des affections d'un organe déterminé sur la quantité d'urée contenue dans l'urine. En effet, il est clair qu'il faut prendre en considération la quantité et la nature des aliments ingérés par le malade, la quantité et la nature des liquides introduits dans l'estomac, les médicaments absorbés, etc. Or ces éléments varieront nécessairement dans une assez forte mesure, suivant l'organe affecté et suivant l'affection dont cet organe est atteint. Ce sont là des appréciations relatives au problème à résoudre, sur lesquelles M. Vulpian a souvent appelé notre attention.

Mais il est un autre point sur lequel il a insisté à plusieurs reprises et dont je dois dire ici quelques mots. Quand même il serait démontré que les affections de tel organe, du foie par exemple, font varier dans une énorme proportion la quantité d'urée contenue dans l'urine des 24 heures, indépendamment des conditions mentionnées plus haut, on ne serait pas en droit de voir là une preuve décisive que cet organe, le foie, est le principal foyer de production de l'urée qui se forme dans l'économie. Il n'y a pas de maladie absolument cantonnée dans l'enceinte d'un viscère.

Dès que les fonctions du foie, par exemple, sont troublées par une affection d'une certaine intensité, la nutrition intime de tous les organes, de tous les tissus, de tous les éléments anatomiques, se trouve en souffrance à un degré variable. Les actes physico-chimiques dont l'organisme vivant est partout le théâtre sont plus ou moins modifiés. Si l'urée, comme il est permis de le croire, est un produit de désassimilation qui se constitue partout où des phénomènes de nutrition et de dénutrition ont lieu dans la substance organisée et vivante des animaux, on comprend bien comment la quantité de cette urée, formée dans un temps déterminé, pourra varier sous l'influence des affections d'un organe important tel que le foie. On ne pourra donc pas tirer de ces variations un indice montrant que cet organe est le foyer principal de la production de l'urée. La question physiologique resterait donc entière, quand même, je le répète, on aurait prouvé — et on ne l'a pas fait nettement — que les affections du foie sont par elles-mêmes, beaucoup plus que les affections d'autres organes aussi importants, une cause de variation de la proportion d'urée contenue dans l'urine des vingt-quatre heures.

En effet, les preuves alléguées en faveur de la doctrine nouvelle demandent à être vérifiées de nouveau, et les analyses, pour avoir une valeur réelle, devront être plus nombreuses. Les résultats fournis par nos observations s'éloignent assez de ceux indiqués par les auteurs. Dans le premier cas (gastro-hépatocarcinome, obs. LVI), nous trouvons, comme chiffres moyens de l'urée rendue en 24 h., 10 gr. 40, et comme quantité moyenne d'urine dans le même temps 0 lit. 80; dans le second cas (hépatite interstitielle, obs. LXV), ces chiffres sont : urée, 33 gr. 535; urine, 2 lit. 47; dans le troisième cas (hépatite interstitielle, obs. LXVI) : urée, 26 gr. 849; urine, 3 lit. 50; dans le quatrième (cirrhose hypertrophique, obs. LXVII) : urée,

13 gr. 032 ; urine, 1 lit. 50. Au contraire, chez les malades de M. Brouardel, atteints, il est vrai, de cirrhose atrophique avancée, l'urée des 24 h. n'a jamais dépassé 9 grammes. Dans un des cas de cirrhose hypertrophique décrits par M. le Dr Hanot, le chiffre de l'urée des 24 h. a oscillé entre 4 gr. et 9 gr. L'observation de Vogel, qui a trait à un cancer du foie, montre que ce chiffre, dans le même temps, a été de 6, 7, 8 grammes.

Ces résultats contradictoires démontrent que la question de fait elle-même n'est pas résolue entièrement, et partant la question de doctrine doit être réservée ; elle doit l'être à plus forte raison si l'on tient compte des considérations de physiologie pathologique indiquées plus haut.

— Chez le malade de l'observation LXVI, M. Vulpian a cherché à vérifier les faits indiqués par MM. Colrat, de Lyon, Couturier, Lépine ; il s'agissait de savoir si le malade atteint de lésions diffuses du foie était, sous le rapport de la digestion des matières sucrées, dans les conditions où l'on trouve un animal auquel du sucre a été injecté dans les veines jugulaires. Dans les cas cités, le sucre est apparu dans les urines pendant la période de digestion des féculents. Nous n'avons pas obtenu le résultat indiqué ; en faisant prendre de la glycose au malade, le sucre n'est pas passé dans les urines ; mais un fait assez particulier s'est produit : la quantité d'urine rendue, qui avant l'administration de la glycose était de 4 à 5 litres, est tombée à 2 litres 1/2 ; l'expérience, plusieurs fois renouvelée, a toujours donné les mêmes résultats.

— Il importe de faire remarquer que le fait négatif de l'observation LXVI, relativement à l'assertion des auteurs précités, n'a qu'une médiocre valeur, parce que la circulation intra-hépatique était en somme peu troublée.

OBSERVATIONS.

Obs. LXII. — *Ictère bénin catarrhal. Traitement par les purgatifs et les amers.*

La nommée V... Suzanne, âgée de 28 ans, confectionneuse.

Entrée le 12 juillet 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 7.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 28 ans, a été réglée à 19 ans ; longtemps avant l'apparition de ses règles, elle a eu des épistaxis abondantes.

Les antécédents héréditaires sont nuls, et ceux que fournit la malade elle-même ne présentent rien de saillant. Elle n'accuse aucun signe de scrofule, ni de rhumatisme.

La malade a été atteinte de varioloïde il y a 8 mois. Elle n'a jamais eu d'autres affections sérieuses.

Vers la fin du mois de juin dernier, elle fut prise de malaise ; elle éprouvait des douleurs sourdes dans les membres et les reins ; en même temps, elle eut de la céphalalgie, des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles et un état fébrile assez marqué, surtout le soir.

Dès cette époque, l'appétit diminua et cessa même tout à fait ; bientôt elle fut sujette à des vomissements qui survenaient chaque fois qu'elle essayait de manger. Ces vomissements ont diminué, et aujourd'hui ils ont complètement cessé. Deux jours après le début de ces accidents, il survint de l'ictère, qui débuta par les conjonctives et la face antérieure de la poitrine. Il resta ainsi limité pendant huit jours, puis se généralisa peu à peu à tout le corps, qu'il occupe aujourd'hui dans son entier.

Pas de douleurs, pas de coliques.

Etat actuel. — L'ictère est très-marqué, et la coloration

de la peau est beaucoup plus foncée qu'elle ne l'était il y a 2 ou 3 jours, dit la malade. Démangeaisons cutanées très-vives qui la forcent à se gratter au point de se faire des excoriations à la peau.

Encore d'après son dire, les selles étaient tout à fait décolorées; depuis hier seulement, elles reprennent leur coloration normale. Pas de constipation.

Aujourd'hui, la malade se plaint de courbature, de céphalalgie, et elle accuse surtout une perte d'appétit très-marquée.

Des douleurs assez vives se montrent à l'épigastre une demi-heure, une heure après chaque repas; mais elles ne durent pas plus d'une heure et ne sont pas suivies de vomissements.

Il existe un peu d'œdème des membres inférieurs, et l'urine contient une assez grande quantité de matières colorantes de la bile; pas d'albumine.

Cependant l'état général est amélioré depuis quelques jours.

Le pouls bat 60 fois par minute. Température normale.

La malade ne tousse pas. Du reste, rien, ni à l'auscultation, ni à la percussion des poumons.

Cœur. — La palpation fait percevoir de forts battements; l'auscultation permet d'entendre un souffle assez fort à la pointe et au premier temps et un autre à la base, également au premier temps (celui de la pointe semble n'être que le prolongement de celui de la base). Le cœur ne paraît pas hypertrophié ni dilaté.

Les vaisseaux du cou sont également le siège d'un souffle assez fort.

Foie. — Le foie est sain, et il n'y a jamais eu de douleurs au niveau de la région qu'il occupe.

Rate. — Elle est également saine.

La marche de l'affection et l'ensemble des symptômes

font diagnostiquer un ictère catarrhal, malgré les douleurs qui suivent les repas.

13 juillet. — *Traitement.* — On ordonne: 15 gr. d'huile de ricin. — Tisane de houblon. — Bouillon et potages.

14 juillet. — Après son purgatif, la malade se sent mieux; les douleurs disparaissent, ainsi que l'affaiblissement général; mais l'ictère persiste, accompagné de démangeaisons insupportables.

17 juillet. — L'ictère diminue lentement; les souffles du cœur sont les mêmes.

18 juillet. — L'appétit est toujours médiocre; la malade prend de nouveau 15 grammes d'huile de ricin.

19 juillet. — Les selles commencent à reprendre leur coloration normale. — La malade mange une portion.

21 juillet. — Deux pilules écossaises.

23 juillet. — La teinte ictérique diminue sensiblement; l'appétit revient. — Eau de Vichy; vin de quinquina; tisane de houblon.

On continue ce traitement jusqu'à la fin du mois.

La malade quitte l'hôpital le 4 août 1877, complètement guérie; l'ictère avait entièrement disparu; le souffle cardiaque était devenu très-faible.

Obs. LXIII. — *Coliques hépatiques. Absence d'ictère. Phénomènes nerveux hystérisiformes. — Guérison par les alcalins.*

La nommée D... Mariette, âgée de 38 ans, couturière.

Entrée le 29 mars 1877, salle Sainte-Madeleine, lit n° 8.

Renseignements. — Cette malade, âgée de 38 ans, est couturière de son état; elle est réglée depuis l'âge de 12 ans et toujours très-régulièrement.

Comme antécédents, elle accuse seulement des douleurs rhumatismales qui se montrent très-fréquemment; mais jamais elle n'a eu d'attaques aiguës, qui l'aient forcée à garder le lit.

Il n'existe chez elle aucun antécédent strumeux ni syphilitique. Rien non plus d'important du côté de l'hérédité.

Elle est très-nerveuse, et souvent elle éprouve la sensation de la boule hystérique.

Depuis 4 mois, cette malade se plaint de douleurs assez vives qui ont débuté dans le côté droit et le côté gauche du tronc. Elles étaient limitées aux deux régions latérales du thorax et s'irradiaient, par moments, sous les épaules et sur la face antérieure de la poitrine.

Ces douleurs sont venues tout à coup, sous forme d'accès; elles ont persisté jusqu'au moment actuel, avec des rémissions, des exacerbations plus ou moins répétées.

La malade ne souffrait pas au niveau de l'épigastre; elle n'avait ni nausées ni vomissements; mais, quand elle avait mangé, elle éprouvait une vive douleur dans la région de l'estomac.

Suivant son dire, après les douleurs, elle serait devenue jaune par tout le corps, et son urine aurait été rouge, peu abondante et très-trouble.

En même temps, elle aurait eu une fièvre assez intense, plus forte le soir que le matin.

Les accidents fébriles et douloureux auraient duré quelques jours, et l'ictère aurait disparu au bout de deux semaines.

Pendant un mois, elle fut à peu près bien; mais, il y a trois mois, elle a éprouvé une seconde crise plus forte que la première.

Les douleurs débutèrent sur les côtés du thorax et cette fois occupèrent la région épigastrique; à ce niveau, ces douleurs étaient plus fortes que sur les côtés. La malade avait des élancements dans la région épigastrique, et ces élancements se propagèrent, beaucoup plus que la première fois, vers les épaules et la face antérieure de la poitrine. Jamais il n'y a eu d'irradiation vers les membres inférieurs.

Elle a eu encore la jaunisse, et la durée des accidents a été à peu près la même que la première fois.

Il y a une huitaine de jours, la malade a été reprise d'une nouvelle crise.

État actuel. — C'est une femme grande, assez forte.

La face est pâle; aucune coloration anormale de la peau; celle-ci est un peu chaude au toucher et sèche. T. A., 38°, 6.

La malade se plaint surtout de vomissements.

Ces vomissements surviennent après chaque repas et presque aussitôt après; ils se montrent aussi dans l'intervalle des repas, et alors ils ont une teinte verdâtre très-nette.

La pression au niveau de la région épigastrique est très-douloureuse. Il n'y a pas de point douloureux dans le dos; la douleur ne se propage pas non plus vers les épaules.

L'appétit est très-diminué; la langue est blanchâtre; l'haleine, fétide; la malade n'ose pas manger, de peur de provoquer ses douleurs.

Elle n'a pas remarqué une exaspération de la douleur par certains aliments plutôt que par d'autres; elle est très-constipée et ne va à la selle qu'avec des lavements. Aucun renseignement sur la couleur des matières fécales.

L'état général est, d'après son dire, un peu amélioré; la malade a de la fièvre le soir, et elle se plaint de céphalalgie et de vertiges.

Pas d'épistaxis; pas de taches rosées, ni de douleur dans la fosse iliaque droite.

La malade ne tousse pas; l'examen de la poitrine ne décèle rien d'anormal, en avant; en arrière, à gauche, la respiration est un peu soufflante à l'expiration. Pas d'expectoration.

Le cœur aussi est sain, et l'auscultation ne fait entendre aucun bruit pathologique.

Le foie est un peu douloureux à la pression, mais il n'a pas augmenté de volume.

La rate est saine.