

tion, ils manquaient quelquefois leur effet en ne produisant pas les adhérences. A ce reproche, on peut répondre en disant que dans les cas où les adhérences n'ont pas été produites, c'est que l'application des caustiques avait été mal faite, et qu'on n'était pas arrivé jusqu'au péritoine; qu'on n'avait pas eu soin de maintenir par une compression convenablement exercée les parois abdominales en contact avec la tumeur.

Vous m'avez vu employer une autre méthode par laquelle je me propose d'obtenir les adhérences entre le kyste et les parois du ventre au moyen de l'*acupuncture multiple*. Je vous ai rappelé comment je procédais; cette acupuncture me paraît offrir cet avantage, que l'inflammation qui l'accompagne est toujours circonscrite dans l'espace où elle est faite; de plus, les adhérences sont plus rapidement obtenues, puisqu'il n'est pas besoin, comme dans le procédé de Récamier, de détruire progressivement les différentes couches de la peau avant d'arriver au péritoine.

Lorsqu'un kyste hydatique a été ouvert, la suppuration s'en empare et la décomposition des matières qu'il contient, peut, en quelques cas, devenir le point de départ d'une infection putride ou purulente qui emporte le malade.

Pour prévenir ces accidents, on a imaginé de faire des injections dans la cavité de la poche ouverte, soit avec de l'eau pure, soit avec un liquide tel que l'alcool ou la teinture d'iode, destiné à modifier la surface du foyer.

Les *injections iodées*, appliquées pour la première fois dans le traitement des kystes hydatiques du foie par M. Boinet, ont été jusqu'ici celles qui ont donné les meilleurs résultats. Gardez-vous de croire pourtant que cette médication soit infaillible. Sans doute, on a à enregistrer un nombre assez imposant de guérisons, mais quelque méthodiquement qu'elle soit pratiquée, cette opération est encore très-hasardeuse.

Les injections doivent être faites tous les jours, et le mélange que l'on emploie contient : parties égales (50 grammes) de teinture d'iode pour autant d'eau distillée, additionnée d'une certaine quantité (4 grammes) d'iodure de potassium. Si les symptômes d'iodisme viennent à se déclarer, on augmente la proportion d'eau distillée.

Lorsque les parois de la poche adventice sont peu épaisses, elles reviennent sur elles-mêmes, et le foyer finit par se fermer complètement; mais il n'en est plus ainsi lorsque ces parois sont trop épaisses.

Je ne dirai qu'un mot des injections de bile proposées dans ces derniers temps, et pratiquées pour la première fois en 1857, par M. le docteur Auguste Voisin. Avant de se prononcer sur cette méthode, il serait nécessaire d'avoir un plus grand nombre de faits à rapporter. D'ailleurs, s'il est aisé de comprendre les avantages de l'injection iodée, il est moins facile de se faire une idée de ceux que pourrait présenter l'injection faite avec la bile, quand on connaît surtout les terribles effets produits par le contact de la bile avec le péritoine et le tissu cellulaire sous-cutané.

LXXX. — DE L'ICTÈRE GRAVE.

L'ictère grave est une maladie générale, *totius substantiæ*, analogue à la fièvre typhoïde, à la fièvre bilieuse des régions intertropicales. — La rétention de la bile dans les canaux biliaires ne fait point l'ictère grave. — Symptômes typhoïdes du début. — Coloration jaune, verte de la peau et des conjonctives. — Hémorrhagies par les membranes muqueuses : épistaxis, gastrorrhagie, mæna. — Hémorrhagies de la peau : ecchymoses, purpura. — Diminution de volume du foie, non constante. — Symptômes nerveux secondaires. — Terminaison, mortelle le plus souvent. — Anatomie pathologique : altération de la cellule hépatique non constante. — Altération du sang primitive. — Remarque sur l'ictère mortel du nouveau-né. — L'ictère grave n'est pas la fièvre jaune.

MESSIEURS,

Dans l'une de nos dernières conférences sur les coliques hépatiques, je vous ai rapporté, avec tous ses détails, l'observation d'une femme âgée d'une cinquantaine d'années, et qui a succombé dans notre salle Saint-Bernard aux accidents qui accompagnent l'étranglement des hernies. Vous vous rappelez assurément, messieurs, que cette malade, qui était encore dans notre service, à plusieurs reprises, pour des coliques hépatiques, présentait dans les dernières semaines de son séjour à l'hôpital un ictère des plus prononcés. Pendant plusieurs semaines les canaux biliaires devaient être obstrués, lors de chaque accès de colique, car l'ictère persistait longtemps, les urines présentaient une coloration acajou très-marquée et les matières fécales offraient les caractères observés ordinairement en pareille circonstance.

Cette malade, avons-nous dit, a succombé à un étranglement herniaire, mais l'autopsie qui a été faite avec le plus grand soin par M. le docteur Benj. Ball nous a démontré, entre autres faits intéressants, une oblitération complète des canaux excréteurs. En effet, le canal cystique et la première portion du canal cholédoque étaient tellement confondus, au milieu de produits inflammatoires, qu'il était impossible de comprendre comment la bile eût pu couler jusqu'à l'intestin par les voies naturelles. Et, si la bile tombait dans le duodénum, cet écoulement ne pouvait avoir lieu que par une ouverture anormale, une fistule dont nous avons trouvé l'orifice intestinal seulement. Je ne veux pas insister plus longtemps sur les détails de cette autopsie qui sont encore présents à votre esprit; mon intention est surtout de vous faire remarquer que chez cette malade, où, pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois, il existait une rétention biliaire relative sinon absolue, l'organe hépatique lui-même ne nous a offert aucune altération dans ses éléments anatomiques, la cellule hépatique n'avait subi aucune altération, la sécrétion biliaire avait continué certainement à se faire, et la bile retenue dans les canaux excréteurs

avait été en très-grande partie résorbée, ainsi qu'en témoignait l'ictère si prononcé et si persistant.

De l'exposé de ce fait il ressort donc, ainsi du reste que cela est établi par beaucoup d'autres observations analogues, que la rétention de la bile n'entraîne point *nécessairement* une intoxication spéciale de l'organisme. De plus, la rétention biliaire même persistante n'a point pour conséquence fatale l'altération organique de la glande hépatique; partant, on ne saurait accuser la rétention biliaire d'être la cause des symptômes de la maladie dite *ictère grave, ictère malin, ictère typhoïde*.

Depuis une dizaine d'années surtout, en Angleterre, en Allemagne et en France, l'attention des pathologistes a été particulièrement éveillée sur une forme grave d'ictère qui presque toujours se termine rapidement par la mort; maladie évidemment générale avec ou sans altération organique du foie, et qui a pour symptômes principaux l'ictère et des hémorrhagies multiples.

En voici un exemple: Une femme âgée de trente-quatre ans, couchée au n° 24 de notre salle Saint-Bernard, se plaignait depuis sept semaines de douleurs dans toutes les parties du corps et surtout au niveau des articulations; elle avait néanmoins pu continuer son métier de journalière, mais quatre jours avant son entrée à l'hôpital elle éprouva un malaise général et s'aperçut qu'une petite quantité de sang était mélangée à ses crachats et à son mucus nasal. La douleur persistait dans la continuité des membres inférieurs et surtout dans la hanche et le genou du côté droit, sans que ces douleurs fussent accompagnées des autres signes de l'arthrite rhumatismale. Il y avait de la fièvre, le pouls était fréquent, petit. La langue était sale, bien que l'appétit fût conservé; il n'y avait point eu de vomissements, point de diarrhée, le ventre était souple, indolent, mais le foie dépassait les fausses côtes de plusieurs travers de doigt. Il y avait absence complète de sommeil. La peau présentait une légère teinte ictérique, les urines étaient d'un rouge acajou et l'acide nitrique ainsi que la teinture d'iode y rendaient très-manifeste la coloration verte.

Le lendemain la malade se plaint d'étouffements, l'examen du cœur et du poumon ne fournit pas la raison de cette dyspnée intermittente. Les articulations sont toujours douloureuses, la fièvre est vive, la peau moite, le pouls marque 120. L'intelligence était restée nette, mais la nuit suivante survient du délire, de l'agitation, le pouls a acquis une fréquence encore plus grande; l'ictère est un peu plus prononcé; de nouveau les crachats sont sanguinolents; il n'y a point eu d'épistaxis ni de vomissements, mais le pouls devient de plus en plus petit, le délire est continu et la malade succombe le quatrième jour de son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire le septième jour à partir du début des hémorrhagies et du malaise général plus accusé qui l'avait forcée à demander son admission à l'hôpital.

L'autopsie démontra qu'il n'existait aucune lésion articulaire, pas de pus dans les articulations, pas même d'injection vive ni de synovie abondante dans les articulations qui avaient été douloureuses. En aucun point de l'organisme

on ne découvre de foyer purulent ni de phlébite. L'estomac et l'intestin ne présentent aucune altération, les plaques de Peyer ont leur aspect normal, pas d'ulcération dans le gros intestin. Les poumons sont un peu congestionnés à leur base, pas de pneumonie ni de noyaux hémorrhagiques. Le cœur est petit, les valvules sont normales, pas d'endocardite ni de péricardite. Le cerveau lui-même ne présente aucune altération.

Le foie n'est pas volumineux, mais il est flasque, d'une teinte jaune brun uniforme. A la coupe, cette coloration est encore plus prononcée; toute trace de la structure lobulée du foie a disparu: on ne retrouve plus cette apparence granitique que présente la glande à l'état normal. La vésicule est affaissée sur elle-même et ne contient presque pas de bile.

Examiné au microscope par M. Benj. Ball, alors chef de clinique de la Faculté, le foie présente les altérations suivantes:

1° Diminution de calibre des vaisseaux capillaires qui sont fort peu abondants;
2° Disparition complète des cellules normales du parenchyme hépatique, dont on ne retrouve même pas les débris. A leur place on rencontre des granulations brunes de matière pigmentaire, les unes très-petites, d'autres assez volumineuses, et offrant une forme polyédrique; des gouttelettes de graisse en très-grande abondance, que l'addition d'un peu d'éther fait promptement disparaître, et sur plusieurs points des globules sanguins extravasés. On constate en outre une hyperplasie du tissu conjonctif, qui se présente sous forme de tractus parfaitement visibles sur une lame mince de tissu.

Il existe çà et là des noyaux de cellules isolés, tuméfiés et infiltrés de graisse; mais nulle part on n'a trouvé d'aiguilles de tyrosine ni de globules de leucine.

Les symptômes principaux de cette observation sont une courbature de longue durée, bientôt accompagnée de malaise général et d'une teinte ictérique de la peau, en même temps que d'hémorrhagies légères par les muqueuses nasale et bronchique. La malade se plaint d'une dyspnée, qui n'a point sa raison d'être dans une lésion anatomique des poumons ni du cœur; des troubles nerveux encéphaliques surviennent; il y a du délire, de l'agitation; et la malade succombe dans le coma, sept jours après l'apparition des hémorrhagies et de l'ictère. Les douleurs musculaires et articulaires ne pouvaient être rapportées à la diathèse rhumatismale, puisque la malade ne présentait aucun autre signe présent ou passé de cette diathèse, et devaient être rattachées, ainsi que les autres symptômes morbides, à une maladie générale, analogue aux pyrexies. D'ailleurs l'apparition de l'ictère et des hémorrhagies bientôt suivies d'accidents nerveux graves, nous autorisait à diagnostiquer un ictère typhoïde, c'est-à-dire une sorte de pyrexie avec altération organique probable de la glande hépatique. L'autopsie a justifié ce diagnostic; seulement nous devons remarquer que dans cette observation il n'existait point d'*atrophie du foie*, bien que les cellules de la glande eussent été entièrement détruites. Quant aux causes, nous n'en avons découvert aucune qui mérite d'être prise en considération.

Voici maintenant un autre fait :

M. G... a quarante-six ans, c'est un homme d'une santé assez frêle, nerveux, hypochondriaque, méticuleux. Il a eu souvent des troubles digestifs légers, mais rien qui ait nécessité l'intervention active de la médecine.

Au commencement de juillet 1864, sans causes connues, il prend un accès de fièvre, qui se calme vers le cinquième jour, et, alors que tout allait à souhait, un ictère se déclare, sans mouvement fébrile. Jusque-là rien qui émeuve beaucoup le malade ou sa famille ; mais, à deux jours de là, la fièvre s'allume de nouveau et il survient un phlegmon sous la mâchoire du côté gauche.

L'ictère devient très-foncé, la peau est chaude, le pouls donne de 120 à 130 pulsations, la langue se sèche, et il y a de légères épistaxis. La région du foie n'est pas douloureuse ; l'intelligence est nette, il n'y a pas de sommeil.

L'intensité du mouvement fébrile, la vivacité de la douleur causée par le phlegmon, rendaient le diagnostic assez difficile. La fièvre était-elle sous l'influence du phlegmon, ou bien reconnaissait-elle pour cause principale l'affection du foie ? Le sens dans lequel nous résolvions cette double question avait une grave influence sur le pronostic. En général, l'ictère accompagné de fièvre a un grand danger ; il n'en est plus tout à fait de même lorsque la fièvre peut être mise sur le compte d'une maladie concomitante, bien que l'expérience démontre que l'ictère le plus simple est souvent aggravé par le fait seul de l'excitation fébrile, quelle que soit l'origine de cette excitation. Aussi tout en espérant que les choses prendraient une tournure favorable, n'étions-nous pas sans d'assez vives inquiétudes.

Cependant la lésion hépatique n'était pas douloureuse, il n'y avait pas de phénomènes nerveux inquiétants, le phlegmon marchait bien, et quoique les saignements de nez persistassent, quoique la teinte ictérique de la peau restât toujours aussi foncée, nous nous plaignions à espérer que les choses s'arrangeraient assez bien.

Il est dans la règle que la fièvre due à un phlegmon diminue lorsque la collection du pus se forme. Le pus s'accumulait, la fluctuation se dessinait sous la peau, et même l'abcès commençait à s'ouvrir du côté de la bouche, et la fièvre ne se modérait pas. Nous étions au dixième jour à partir du début de l'ictère. Un matin nous observons quelques soubresauts de tendons, la langue devient plus sèche, l'agitation plus grande : la nuit qui suivit fut plus agitée ; le lendemain les soubresauts étaient plus violents encore, notre inquiétude croissait à mesure que se manifestaient les symptômes nerveux ; le soir il y eut de la faiblesse, et dans le courant de la nuit, le malade s'éteignit sans délire et sans secousses.

Ce fait, messieurs, vous montre les difficultés du diagnostic, alors que l'ictère se complique d'une affection intercurrente.

Dernièrement M. le docteur Jules Worms nous communiquait l'observation suivante : Un soldat du 4^e régiment des voltigeurs de la garde, âgé de vingt-neuf ans, trapu et très-fort, d'une très-bonne santé et ne passant pas pour

avoir été ivrogne, se plaint, un jour de garde, d'être sans appétit et de se sentir mal à l'aise. Le lendemain il fait une promenade à pied avec ses camarades pour se remettre. Le troisième jour il se sent plus malade, éprouve des frissons et de l'abattement ; il lui est impossible de se lever. Il se plaint de douleurs dans les membres et ses camarades remarquent l'apparition de la jaunisse. Le quatrième jour l'abattement est à son comble, il survient des vomissements bilieux et l'on transporte le malade à l'hôpital du Gros-Caillou. Le médecin qui le reçoit, constate un ictère d'intensité moyenne avec refroidissement de la peau. Le pouls est lent, à peine sensible ; l'abattement physique et l'anéantissement intellectuel sont extrêmes. Le malade succombe dans la matinée du cinquième jour de sa maladie, après être resté depuis la veille au soir dans un état de torpeur constant, sans avoir rendu de matières stomacales ni intestinales et sans avoir eu aucune hémorrhagie.

L'autopsie est faite douze heures après la mort.

La peau présente une coloration ictérique peu intense ; mais les sclérotiques sont d'un jaune d'ocre. Aucune ecchymose n'existe sur le corps ; les gencives sont recouvertes d'une croûte sanglante.

Les poumons sont congestionnés aux deux bases. Le cœur droit est rempli de sang poisseux, coagulé à peine dans quelques points. Les petits caillots sont gélatiniformes. Le cœur gauche renferme du sang liquide grumeleux. Pas de coagulations dans les vaisseaux.

La rate a 14 centimètres de long sur 10 de large ; elle est très-molle et friable.

L'estomac renferme 250 grammes de liquide noir d'encre ; le microscope démontre que cette matière noire qui dépose au fond du vase est constituée uniquement par des globules de sang déformés. Au grand cul-de-sac de l'estomac se voient des ecchymoses très-petites, nombreuses et disséminées. La couche muqueuse est ramollie.

Les reins ne présentent aucune altération ni apparente, ni histologique. Les parois de la vessie sont normales.

Le bord inférieur du foie se trouve à trois travers de doigt au-dessus du rebord costal. Il présente une coloration *rouge foncée*. Il est très-petit et ressemble à un foie d'enfant. Le diamètre transverse n'est que de 24 centimètres ; le diamètre perpendiculaire, de la vésicule à l'émergence de la veine cave, a 15 centimètres. L'organe ne pèse que 940 grammes (le poids moyen du foie de l'adulte est de 1400 grammes). La vésicule renferme 60 grammes de bile très-noire et épaisse. La capsule de Glisson est plissée, épaissie en certains points et formant sur la glande des arborescences. Il est évident qu'elle constitue un revêtement trop considérable pour la glande diminuée de volume. La substance hépatique est très-ramollie et friable. A l'œil nu on n'est pas frappé par une notable modification d'aspect des différentes coupes du foie. Il y a bien un pointillé jaune, mais qui est loin de présenter cette marqueterie propre à la cirrhose.

L'examen microscopique révèle les faits suivants : Les cellules hépatiques sont complètement détruites. Ça et là seulement on voit des lambeaux d'enveloppes cellulaires. Il y a des granulations pigmentaires en grande abondance. On trouve quelques noyaux de cellules libres et subissant un commencement de transformation grasseuse ; mais en somme il y a à peine des globules de graisse.

Ce qui frappe dans cette observation, messieurs, c'est assurément la brusquerie du début et la rapidité de la marche, puis les symptômes nerveux qui témoignaient d'une altération grave de l'organisme. Cet homme se portait à merveille, lorsque tout à coup il se plaint de perte d'appétit et de malaise ; le lendemain il éprouve un frisson, signal de l'affection générale et il tombe aussitôt dans un abattement qui doit continuer jusqu'à la mort. A peine quelques heures avant de mourir, a-t-il un peu de délire fugace pour retomber bientôt dans la torpeur. L'apparition de l'ictère dès le second jour de la maladie établissait que le foie était en cause, et l'état typhoïde ne pouvait laisser de doute sur le diagnostic ; cependant il n'y avait point eu d'hémorragie nasale, stomacale ni intestinale, mais l'estomac contenait deux cent cinquante grammes de sang noirâtre, il y avait donc eu hémorragie avant la mort ; et vous verrez tout à l'heure que nous avons observé nous-même un cas à peu près semblable. De plus, le sang était altéré et le cœur renfermait un sang visqueux, diffus, la rate était molle, friable, et le foie présentait tous les caractères anatomiques de l'hépatite diffuse ou de l'atrophie jaune aiguë des auteurs allemands.

Voilà, messieurs, des observations que Graves et Budd auraient désignées sous le nom d'ictère malin ou de fièvre jaune d'Irlande, et que Frerichs eût fait figurer au chapitre de l'atrophie aiguë ou jaune du foie (1). Enfin, ce sont des cas semblables à ceux qu'a décrits mon savant collègue le professeur Monneret, sous le nom d'ictère hémorragique essentiel.

Quels sont donc les caractères de cette maladie si grave, qui a été le sujet d'interprétations variées, de théories nombreuses, bien qu'au fond la plupart des auteurs s'accordent à voir en elle une maladie générale ?

La coloration ictérique de la peau avec toutes ses nuances ne doit être considérée que comme un symptôme. L'ictère n'est point une maladie, il est l'expression d'états multiples compatibles avec la santé ou fatalement mortels. Mais, si la jaunisse est quelquefois le symptôme d'une lésion organique de la glande hépatique, souvent l'autopsie n'a démontré aucune altération organique, et l'examen histologique, fait par les observateurs les plus compétents, n'a permis de reconnaître aucune modification importante de la cellule hépatique.

L'ictère, en général, n'est qu'un phénomène passager qui ne trouble en rien

(1) Frerichs, *Traité des maladies du foie et des voies biliaires*, traduit de l'allemand par L. Duménil et J. Pellagot. 2^e édition, 1866.

les fonctions gastro-intestinales et qui permet à ceux qui en sont affectés de vaquer à leurs occupations ordinaires. Lors même qu'il est la conséquence d'un obstacle mécanique à l'excrétion biliaire, quelle qu'en soit la durée, quelle qu'en soit l'intensité, il n'y aurait point maladie, dans le sens vulgaire de ce mot, si les malades ne ressentiaient quelquefois les grandes douleurs qui le plus souvent sont produites par la difficulté que des calculs biliaires éprouvent à cheminer à travers les conduits hépatiques. Et notez, messieurs, ainsi que je vous le rappelais au commencement de cette conférence, que l'ictère peut persister plusieurs mois sans que l'économie se révolte contre la présence insolite de la bile en circulation dans le sang. Tous les organes, tous les liquides portent en eux la coloration biliaire, et cependant aucun de ces organes, aucun de ces liquides ne cesse de remplir sa fonction physiologique. Enfin, il est des circonstances pathologiques où l'excrétion biliaire est impossible, comme dans les cas d'oblitération du canal cholédoque ; il est des cas où la sécrétion hépatique est presque entièrement supprimée, comme cela a lieu dans la cirrhose atrophique, et cependant la rétention biliaire ou son défaut de sécrétion ne déterminent qu'à la longue des altérations secondaires générales qui deviennent incompatibles avec la vie.

Mais si, en thèse générale, l'ictère n'est qu'un symptôme de peu de gravité, l'observation clinique avait démontré à Franciscus Rubæus (1), à Morgagni (2), à Boerhaave, à Graves, que l'ictère d'abord bénin en apparence, et qui semblait se présenter dans les conditions ordinaires, pouvait tout à coup être accompagné d'accidents généraux qui amenaient la mort. Et nous savons tous, par expérience personnelle, qu'il faut être très-réservé quant au pronostic de l'ictère. Il en est de ce symptôme comme de l'épanchement pleural, on ne peut jamais dire quelle en sera la terminaison. Graves nous apprend qu'il redoutait toujours les accidents nerveux dans ce cas, il avait de plus remarqué que ces accidents coïncidaient souvent avec une diminution des urines, la peau et la sclérotique restant toujours jaunes ; aussi, craignant la rétention biliaire dans l'économie, se hâtait-il de donner des diurétiques, cherchant en cela à imiter la nature qui éliminait la bile par le rein lorsqu'elle ne s'écoulait plus dans l'intestin, et, plusieurs fois, ajoute-t-il, ce fut avec succès qu'il avait eu recours à la médication diurétique (3). Toutefois, le professeur de Dublin n'avait point décrit un ictère malin spécial, et même dans ses *Leçons sur la fièvre jaune d'Irlande*, il n'accorde qu'une importance secondaire à la coloration jaune de la peau.

Il nous faut donc demander aux observateurs de ces dernières années la description d'un état morbide spécial qui est grave d'emblée et presque toujours mortel. C'est cet état spécial seulement que nous signalerons dans

(1) Franciscus Rubæus, *De ictero lethali*.

(2) Morgagni, 10^e et 37^e *Lettres anatomiques*.

(3) Graves, *Leçons cliniques*, t. I.

cette conférence, laissant de côté, et avec intention, les circonstances où des symptômes graves viennent compliquer un ictère de durée variable et qui est symptomatique d'une obstruction biliaire.

Beaucoup d'auteurs contemporains ont étudié l'*ictère typhoïde* d'emblée, et nous devons citer surtout, parmi eux, Rokitański, Henoch, Budd, Dusch, Griesinger et Frerichs (1). Mais à côté de ces travaux anglais et allemands, il est juste de citer les travaux français, fondés surtout sur l'observation clinique et la pathologie générale. On peut signaler spécialement le travail de M. Monneret, où le diagnostic et la nature de la maladie sont étudiés avec une grande sagacité et une connaissance approfondie de toutes les maladies dans lesquelles le foie a sa part morbide. Le docteur Genouville (2) partage les opinions de M. Monneret. Enfin, M. Blachez (3) a exposé une théorie de M. Gubler et publié des détails intéressants sur l'ictère grave de l'espèce *canis*.

Soit qu'on lise des relations d'ictère grave essentiel, soit qu'on ait observé un seul cas bien net, il est impossible de n'être pas frappé de l'analogie qu'il présente avec les pyrexies. En effet, dès le début, on peut reconnaître que tout l'organisme est frappé par la maladie, de même que dans la dothiéntérie, la variole, le choléra, les fièvres bilieuses des régions intertropicales et les fièvres pernicieuses de certaines contrées.

Tout à coup, ou après quelques jours ou quelques semaines de courbature, les malades se plaignent d'un anéantissement général; c'est en vain qu'ils veulent lutter, le malaise augmente; épuisés ils s'alitent, et bientôt on constate l'existence d'un ictère et souvent plusieurs hémorrhagies par la peau ou par les membranes muqueuses.

Quand la marche de la maladie est rapide, dès le troisième ou le quatrième jour, surviennent des accidents nerveux variés, de l'agitation, des convulsions, du délire et enfin un coma profond au milieu duquel arrive la mort. Un fait important c'est, assez souvent, l'absence de toute réaction, à peine le pouls s'élève-t-il, la température de la peau s'abaisse au contraire et l'on n'observe aucune tendance critique vers l'intestin. Lorsque la maladie dure plusieurs jours, des hémorrhagies multiples se produisent dans l'estomac, l'intestin, et alors les vomissements et les garderobes sont presque uniquement constitués par du sang altéré. Les vomissements sont noirâtres, identiques par leur composition et leur aspect avec les hématoméses du cancer stomacal. Quelquefois ces vomissements renferment de la bile, mais cela ne s'observe qu'au début. Les urines, peu abondantes, laissent déposer des globules sanguins déformés, et, suivant Frerichs, on peut constater de la *leucine*, de la *tyrosine* dans le dépôt urinaire. Le même observateur fait remarquer que dans ces cas l'urine ren-

(1) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*, 2^e édition, 1866, page 164.

(2) Thèse inaugurale.

(3) P. Blachez, *De l'ictère grave*, thèse de concours pour l'agrégation. Paris, 1860.

ferme une très-petite quantité d'*urée*, et l'anatomie pathologique dévoile du côté des reins des altérations analogues à celles qui existent dans le foie.

Les épistaxis peuvent se répéter et les gencives témoignent souvent, par la présence de fuliginosités noirâtres, de l'exsudation sanguine sur leur bord libre.

La peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont le siège d'hémorrhagies d'étendue variable, ayant la forme de purpura ou d'ecchymoses.

Quant à l'ictère il peut être généralisé ou limité à la moitié supérieure du corps, comme M. le docteur Hecker en a cité dernièrement un exemple. La coloration jaunâtre est plus ou moins foncée : l'ictère peut être vert ou jaune vif, ces variétés de coloration n'ont du reste aucune importance non plus que l'état brun verdâtre des conjonctives. M. Monneret et d'autres observateurs ont remarqué que l'aspect de la figure contraste avec l'état de prostration générale, la face n'a point le caractère hippocratique, elle paraît, au contraire, épanouie.

Les deux symptômes principaux sont donc les hémorrhagies et l'ictère; lorsqu'on parvient à tirer les malades de l'abattement où ils se trouvent pour en obtenir quelques réponses, ils accusent parfois, ainsi que cela avait lieu chez notre malade de la salle Saint-Bernard, des douleurs musculaires et articulaires qui ne sont probablement que la courbature, si commune au début et dans le cours des pyrexies ou des intoxications. Ils se plaignent rarement de douleurs de tête, quelquefois ils ont une respiration suspireuse, irrégulière et se plaignent d'étouffements.

En procédant à l'examen des différents appareils, on constate le plus souvent des phénomènes qui tous ont leur importance.

L'ictère appelle d'abord l'examen du foie. D'après Frerichs (1), dans la majorité des cas, il y aurait de la douleur au creux épigastrique et dans l'hypochondre droit, ainsi que vous le verrez chez le malade de la salle Sainte-Agnès dont nous vous dirons tout à l'heure l'histoire; la palpation et la percussion augmenteraient la douleur, en même temps qu'elles permettraient le plus souvent, mais non toujours, de constater une *diminution* considérable du volume de l'organe. Cette assertion de Frerichs est d'autant plus remarquable que beaucoup de ses observations ont porté sur des femmes arrivées au sixième, septième et huitième mois de la grossesse, et l'on sait qu'à cette époque de la grossesse, en dehors de tout état morbide, on constate, au contraire, une notable augmentation de volume du foie. Cependant ce que dit Frerichs n'est pas douteux, car la plupart des malades ayant succombé aux progrès de la maladie, l'autopsie a démontré que le foie était atrophié. Mais plusieurs des observations de Budd (2), de Hanlon, de M. Monneret et la relation anatomo-pathologique

(1) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie*, traduit de l'allemand par les docteurs Louis Duménil et J. Pellagot, 2^e édition. Paris, 1866.

(2) Budd, *On Diseases of the Liver*, third edition. London.

de nos malades des salles Saint-Bernard et Sainte-Agnès viennent infirmer la généralisation de l'assertion du professeur de Berlin. Chez ces malades, en effet, le foie avait conservé son volume normal; au contraire, dans le fait rapporté par le docteur J. Worms, le foie avait perdu presque un tiers de son volume et de son poids.

On doit conclure de tous ces faits que la diminution de volume du foie n'a qu'une importance relative, puisqu'elle peut manquer dans un grand nombre de cas. Mais la douleur épigastrique et hypochondriaque a une importance plus grande, parce qu'elle s'observe presque constamment et parce qu'elle est la conséquence du travail morbide qui s'opère dans le foie et quelquefois dans la tunique muqueuse de l'estomac, siège si fréquent d'hémorrhagies abondantes. Il y a lieu d'être étonné que les observateurs n'aient point noté plus souvent de la douleur splénique, l'anatomie pathologique ayant démontré que la rate était dans plusieurs cas le siège d'altérations organiques ou au moins d'une congestion passive, comme cela s'observe dans les septicémies.

Malgré l'existence de la dyspnée et l'irrégularité de la respiration, on ne trouve rien du côté des poumons ni du cœur, et l'autopsie vient confirmer ce qu'avait appris déjà la clinique, à savoir, l'absence habituelle de lésions dans ces organes. De sorte qu'on en est réduit à rapporter ces troubles fonctionnels à une affection du système nerveux splanchnique.

Notons cependant que Hecker, après d'autres observateurs, a expliqué le ralentissement de la circulation par l'altération graisseuse des fibres musculaires du cœur. Quant aux hémorrhagies bronchiques ou pulmonaires, elles ne sont point la conséquence d'un travail pathologique spécial au poumon, mais bien le résultat de la congestion passive qui existe dans tous les organes.

J'ai comparé plusieurs fois l'ictère grave aux pyrexies; cependant toute pyrexie a pour un de ses éléments principaux l'accélération du pouls et, au contraire, dans un grand nombre de cas d'ictère grave le pouls s'élève peu, quelquefois même descend au-dessous du chiffre normal (je ne parle pas de la fréquence du pouls dans les derniers moments de la vie, c'est là un phénomène d'agonie). Le peu de fréquence du pouls, dans l'ictère typhoïde, a sa raison d'être dans la prostration générale de la vie de relation et de la vie organique; comme toute l'économie est prostrée, il n'y a point de mouvement fébrile, parce qu'il n'y a aucune tendance à la réaction. L'altération primitive du sang et la désorganisation du foie, lorsqu'elle existe, sont telles qu'il n'y a point production possible des phénomènes réflexes ou sympathiques qui font l'accélération du pouls, l'élévation de la température, et ont pour résultat de produire des sueurs ou une diurèse abondante. Il semble que l'action du principe morbide, quelle que soit son origine, individuelle ou extérieure, soit telle qu'elle ne laisse point à l'organisme la puissance de se révolter et de réagir. Mais malgré cette absence de fièvre proprement dite, l'ictère grave, comme nous chercherons à l'établir en traitant de la nature de cette maladie, ne mérite pas moins

d'être placé à côté des pyrexies, de la fièvre typhoïde et de la fièvre jaune, qui ne sont que des septicémies spéciales, avec ou sans réaction fébrile possible, suivant l'intensité d'action de la cause ou la résistance de l'individu malade.

Aussi, les hémorrhagies sont-elles passives dans l'ictère typhoïde et analogues à celles que l'on observe dans les varioles ou les scarlatines graves, l'hémorrhagie étant souvent, dans ces pyrexies, une des manifestations de leur malignité.

Plusieurs auteurs admettent que dans l'ictère grave il existe deux périodes, l'une à laquelle appartiendraient l'ictère, les hémorrhagies et l'absence presque complète de réaction fébrile; puis une seconde période caractérisée par des accidents nerveux, convulsifs, délirants ou comateux.

Lorsqu'on étudie les théories de ces mêmes auteurs, on reconnaît que pour eux ces accidents nerveux sont la conséquence d'une intoxication secondaire, d'une intoxication biliaire simple ou complexe. Nous discuterons plus tard cette interprétation, je la crois trop absolue et je veux seulement faire remarquer maintenant que s'il existe une première période, les épiphénomènes qui constitueront la seconde période me paraissent être la conséquence de la marche progressive de la maladie. Je serai donc bref sur l'analyse de ces divers phénomènes nerveux qui surviennent quelquefois le troisième, le quatrième jour de la maladie, ou seulement une ou deux semaines après le début de l'ictère et des hémorrhagies.

Le délire, bien que tranquille ordinairement, peut être accompagné d'agitation, suivant les habitudes ou l'idiosyncrasie du sujet affecté; il commence le plus souvent la nuit et ne présente que de rares intermittences; bientôt il est suivi, comme dans toutes les maladies graves, de coma. Nous avons déjà dit que rarement les malades présentaient des convulsions; ces convulsions générales, lorsqu'elles se manifestent, peuvent revêtir la forme éclamptique: M. Monneret a noté leur existence d'un seul côté; il est vrai que, dans cette observation, l'autopsie a démontré l'existence d'une hémorrhagie méningée.

L'ictère grave se termine le plus souvent par la mort, cependant Hanlon et Griffin ont observé une terminaison heureuse. Alors les accidents nerveux ont été peu intenses et de courte durée. On ne dit point si dans ces cas il y a eu quelque phénomène critique. D'autres faits démontrent encore la possibilité d'une terminaison heureuse de la maladie; M. le professeur Monneret rapporte l'observation d'un étudiant en médecine, auquel il a donné ses soins et qui, bien qu'affecté d'un ictère hémorrhagique essentiel, s'est parfaitement rétabli. Même terminaison a été relatée par Baudon, dans un cas d'ictère typhoïde, mais, fait exceptionnel, il est noté « qu'une énorme parotide s'était développée depuis la tempe droite jusqu'au-dessous de la mâchoire inférieure. Il est probable que la parotide fut critique, car l'amélioration se prononça à partir de cette époque. » L'extrême gravité de l'ictère typhoïde semblerait devoir être infirmée par le mémoire que le docteur Carville vient de publier sur une