

5 novembre. — Les sangsues ont diminué la douleur ; pas d'autre modification ; l'appétit est très-bon.

6 novembre. — La malade a été prise la nuit dernière de douleurs dans l'estomac, mais elle n'a pas vomi. Le pouls est plus plein et plus fréquent, à 100 ; la respiration n'est pas précipitée. Anne nous dit « qu'elle se sent mal à l'aise ». La langue est nette ; soif un peu vive, appétit naturel ; constipation, peau sèche ; pas de changement dans la teinte ictérique. La douleur persiste dans le point que j'ai mentionné. (*Cinq grains de pilules bleues trois fois par jour ; douze sangsues à l'épigastre.*)

7 novembre. — Hier soir, la malade s'est mise à délirer, et ce matin, à l'heure de la visite, elle est plongée dans le coma. Elle expire peu de temps après.

Autopsie. — On n'a examiné que le cerveau et les viscères abdominaux. Le volume du foie n'est pas augmenté ; la section n'y démontre pas la présence d'une quantité de sang plus considérable qu'à l'état normal. L'organe était d'une couleur légèrement brunâtre, teintée de jaune, comme s'il y avait eu de la matière colorante de la bile en excès. La vésicule était distendue ; elle était complètement remplie par une masse de substance visqueuse et cohérente, d'une couleur vert foncé, et qui ressemblait à de la lymphe. Cette substance reproduisait la figure pyriforme de la vésicule, et se terminait par une extrémité mince au niveau de l'embouchure du canal cystique. La muqueuse de la vésicule présentait une coloration d'un rouge éclatant et un aspect villeux ; la disposition si remarquable « en rayons de miel », qu'offre cette membrane à l'état sain, était complètement effacée. Du reste, elle avait une coloration uniforme, elle n'était ni ramollie, ni ulcérée. Elle ressemblait à la muqueuse du larynx dans la laryngite aiguë. Les parois de la vésicule étaient très-épaissies. Il n'existait aucune obstruction dans les conduits cholédoque, cystique et hépatique, et leur membrane interne n'était pas injectée. Le duodénum et l'estomac étaient imprégnés de la matière colorante de la bile ; mais ils étaient sains. Pas de calculs biliaires. Les reins n'étaient pas altérés.

Crâne. — La dure-mère est teinte en jaune ; elle n'est ni opaque ni épaissie. L'arachnoïde et la pie-mère sont intactes. Le tissu cérébral est ferme et sans injection ; il n'existe aucun épanchement plastique ; le liquide des ventricules ne dépasse pas la quantité normale, mais il a une couleur jaunâtre, ainsi que les organes contenus dans les cavités ventriculaires. Les nerfs et les autres parties du cerveau ne présentent pas cette coloration.

Il ne sera pas hors de propos de vous rapporter ici l'histoire d'une malade qui était récemment dans le service de mon honorable collègue ; il fallait, en effet, une habileté peu ordinaire pour différencier l'affection dont cette femme était atteinte, de l'état morbide si souvent mortel dont nous venons de nous occuper. Cette malade, déjà avancée en âge, était admise à Meath Hospital au mois de septembre ; elle avait de l'ictère, un purpura hæmorrhagica et des palpitations. Elle avait toujours eu des habitudes d'intempérance, et peu de temps encore avant sont entrée, elle ne faisait pas faute d'y obéir. Aussi, lorsqu'elle fut examinée pour la première fois par le docteur Stokes, elle présentait, avec les affections que je vous ai indiquées, plusieurs des symptômes du *delirium tremens*. Elle était extrêmement faible, et ses jambes étaient infiltrées. Au bout de quelque temps, son état commençait à s'améliorer sous l'influence du traitement, lorsqu'une nuit, elle fut prise d'un délire violent, de convulsions, et d'une paralysie incomplète du côté droit ; elle perdit en même temps la faculté de parler, et sa bouche se dévia horriblement à gauche.

La face présentait presque tous les caractères de la paralysie de Bell (*portio dura*) ; mais la température de la tête n'était pas abaissée, et il n'y avait pas de céphalalgie ; les yeux étaient naturels, les pulsations des carotides et des temporales n'étaient point exagérées. La malade sanglotait et poussait des gémissements, et elle semblait très-préoccupée d'exciter la commisération des personnes qui l'entouraient. Toutes ces circonstances éveillèrent l'attention du docteur Stokes, et l'engagèrent à examiner cette femme de plus près. Il prévint les élèves que ce fait différait, sous beaucoup de rapports, de l'ictère avec symptômes cérébraux ; ajoutant que s'il s'agissait réellement d'un ictère de cette espèce, le pronostic devait être excessivement grave. Un peu plus tard, on apprit par les infirmiers et les autres malades que cette femme, quoique âgée de cinquante ans, était tout à fait hystérique, et que, pendant son séjour à l'hôpital, elle avait eu plusieurs attaques semblables, mais moins violentes ; on se renseigna alors auprès du mari, et l'on sut que cette malade était sujette depuis trente ans à des accidents d'hystérie, et qu'elle avait été fréquemment prise de convulsions, de délire, et même de paralysie momentanée, plusieurs années avant l'apparition de l'ictère.

Dès lors le diagnostic était certain, et cette femme échappa au danger que lui eût fait courir le traitement de la maladie à laquelle on avait songé tout d'abord. Ce fait n'en est pas moins fort extraordinaire,

en raison de la combinaison insolite de ces divers états morbides ; il est bien propre à montrer la nécessité d'un examen attentif et réitéré, toutes les fois que nous nous trouvons en présence de quelque phénomène nouveau, ou d'un concours de symptômes qu'on n'observe pas habituellement. Je vous le demande , en effet, qui n'eût pas pris tout d'abord les accidents cérébraux de cette malade pour la complication ordinaire de l'ictère ?

CINQUANTE-QUATRIÈME LEÇON.

AFFECTIONS DES REINS.

LÉSION DE BRIGHT. — DIABÈTE. — CARBONATE D'AMMONIAQUE DANS L'URINE. — FISTULE RECTO-VÉSICALE.

L'urine albumineuse n'est point un signe pathognomonique de la lésion de Bright. —

Observations. — Discussion sur la pathogénie de cette affection. — Opinion de l'auteur confirmée par les recherches récentes de Johnson et de Toynebee.

Le diabète. — Nature de la maladie. — Caractères de l'urine. — Fréquence du diabète. — Observations de sir Henry Marsh. — Les trois formes du diabète.

Sur les variations subites des épanchements hydropiques. — Carbonate d'ammoniaque dans l'urine.

Observation de fistule recto-vésicale.

MESSIEURS,

Un homme du nom de Murphy nous arrivait, il y a quelque temps, avec une bronchite et de l'anasarque. Il toussait depuis longtemps ; il avait de l'orthopnée, une expectoration abondante, mais aucun symptôme d'une affection du cœur ; le pouls était régulier et un peu lent ; l'urine était rare et albumineuse ; du reste, il n'y avait pas de fièvre, pas de nausées, pas de soif anormale. L'apparition récente et subite de l'anasarque me fit admettre ici une hydropisie aiguë, et j'instituai aussitôt un traitement antiphlogistique, qui a été suivi, comme vous avez pu le constater, des plus heureux résultats. Mais c'est surtout sur les caractères de l'urine de ce malade que je désire appeler votre attention. Le jour de son entrée, son urine était fortement albumineuse ; portée à une température de 170 degrés (1), elle se coagulait rapidement, et il était facile d'y reconnaître la présence d'une grande quantité d'albumine. Or, sous l'influence de petites doses d'opium,

(1) 76 degrés centigrades.