

de maladies générales confondues jusque-là avec les autres cachexies anémiques.

Nous avons indiqué d'après Addison, et avec tous les développements que le sujet comporte, les symptômes et la marche ; il nous reste, pour compléter cet aperçu, à réunir les formes d'altération observées dans les capsules, et à constituer ainsi l'anatomie pathologique locale.

On a vu que dans son mémoire, M. Rayer avait surtout fixé l'attention sur l'apoplexie des capsules surrénales et leur dilatation consécutive ; les autres lésions n'y occupent qu'une place secondaire, et l'auteur n'en rapporte aucune observation personnelle. Ce qu'il dit des dépôts cancéreux ou tuberculeux se réduit à un petit nombre de citations, et il déclare n'avoir jamais rencontré de matière cancéreuse dans les capsules lorsqu'il n'en existait pas dans les reins. Il est remarquable que dans les observations recueillies et publiées par Addison, il ne se rencontre pas un exemple d'apoplexie des capsules. Dans un seul fait, une des capsules surrénales était distendue par un épanchement sanguin ; mais il existait en même temps des produits tuberculeux : un tubercule avait obturé complètement la veine la plus considérable et déterminé l'hémorragie en en causant la rupture derrière l'obstacle. Les autres cas sont relatifs à des lésions de structure souvent assez mal caractérisées, les unes paraissant rentrer dans la classe des dégénérescences fibreuses, les autres semblant appartenir à celle des dégénérescences cancéreuses ou tuberculeuses. Des productions analogues existaient simultanément, ou, au contraire, ne se retrouvaient pas dans d'autres organes que les capsules surrénales. Le plus souvent, les reins ont été trouvés sains ou à peine modifiés.

Le nombre des observations est encore trop peu considérable, et il serait prématuré d'en tirer des conclusions absolues. Nous croyons plus utile de rapporter les faits en les réduisant à leurs parties essentielles, que de les commenter.

Sur les onze cas dont Addison nous a donné l'histoire, quelques-uns sont décisifs, les autres prêteraient matière au doute.

Nous ne nous étendrons que sur les plus concluants, en rappelant seulement que si M. Rayer a surtout insisté sur l'apoplexie des capsules, il ne manque pas d'exemples de lésions organiques analogues, sinon identiques, à celles que le médecin de l'hôpital de Guy a constatées.

Observation I. — Homme, 32 ans, est entré à l'hôpital de Guy le 6 février 1850 (service du D<sup>r</sup> Golding Bird), boulanger. Bronchite il y a trois ans, qu'il ne put guérir par les remèdes domestiques, et qui nécessita son admission à l'hôpital. Depuis lors sa peau, de blanche qu'elle était, a pris une teinte plus foncée, qui a été graduellement en augmentant. Un an après sa sortie de l'hôpital, il fut obligé de garder la chambre, par suite d'une extrême faiblesse. La bronchite avait reparu depuis quelque temps ; elle céda à un traitement méthodique, et le médecin, frappé de la coloration de sa peau, lui prescrivit, sans succès, des remèdes contre ce qu'il supposait être une jaunisse. Après cette rechute, le malade s'amaigrit, il est débile ; la peau est de plus en plus foncée. Il sollicite son admission.

*Etat actuel.* — Toute la peau du corps est bistrée ; il semblerait qu'on a sous les yeux un mulâtre, et l'analogie est si frappante, qu'on croit devoir rechercher ses antécédents, qui excluent toute idée d'une descendance de nègre. La couleur de la peau ne rappelle pas celle que détermine l'absorption du nitrate d'argent ; elle paraîtrait plutôt colorée par le pigment de la choroïde de l'œil. Quelques parties du corps sont plus notablement colorées ; le scrotum et le pénis ont la teinte la plus foncée. Les joues sont amollies, le nez effilé, les conjonctives bleuâtres ; la voix est grêle, plaintive. Sa contenance et son maintien sont ceux d'un enfant. Il accuse une douleur à la région épigastrique. Sa poitrine est bien conformée ; les bruits du cœur et ceux de la respiration sont normaux ; les urines ne sont pas altérées, elles n'excèdent pas un litre et demi par douze heures, sont acides et ne contiennent ni albumine ni sucre. La région lombaire gauche est douloureuse à la pression.

Le D<sup>r</sup> Bird, considérant le malade comme atteint d'anémie es-



sentielle, prescrit le sirop d'iode de fer et un régime réconfortant. Le malade reprit quelques forces et quitta l'hôpital. Peu de temps après sa sortie, il fut atteint de pneumonie et de péricardite aiguës qui amenèrent bientôt la mort.

*Autopsie.* — Adhérences pulmonaires anciennes; pneumonie récente et très limitée au sommet du poumon droit; lobe inférieur carnifié; le poumon gauche en presque totalité carnifié; pas de tubercules ni de cavernes; injection et épaissement de la muqueuse bronchique, épanchement d'un liquide foncé dans la cavité du péricarde, dépôts fibro-plastiques récents sur la séreuse; foie et rate amollis et friables, sans lésions ni de la vésicule ni des conduits biliaires; pas d'obstruction artérielle ou veineuse appréciable. Le sang des artères est plus foncé que d'habitude; les reins sont sains et de dimension normale. Les capsules surrénales des deux côtés sont affectées; la gauche a environ la grosseur d'un œuf de poule, et adhère fortement à la partie inférieure de la tête du pancréas. Les deux capsules ont une dureté de pierre. Rien d'anormal dans les intestins, pas de traces de dépôts tuberculeux dans aucun organe. Le cerveau ne fut pas examiné.

Ce fait mérite d'autant plus l'attention, que la maladie des capsules surrénales était complètement indépendante. Le nombre des observations où on rencontre une lésion ainsi limitée exclusivement aux capsules est peu considérable. On a pu, dans les cas complexes, rapporter l'anémie, la faiblesse et tout l'ensemble des symptômes, à une infection générale tuberculeuse ou cancéreuse. Il n'est pas possible d'opposer à l'observation d'Addison une semblable objection. La couleur bistrée de la peau, très développée, répondait au degré d'altération des capsules, atteintes toutes deux par une dégénérescence dont la nature reste douteuse.

Observation II. — Jackson, 35 ans, admis dans la clinique du Dr Addison le 11 novembre 1851, mort le 7 décembre 1851. Cet homme est d'un tempérament bilieux; il a les cheveux noirs, mais il est habituellement pâle. Son teint, depuis qu'il est malade, est devenu plus foncé, et maintenant il est d'un brun-olive. Sa

femme raconte que cette coloration a commencé avec la maladie et s'est accrue avec elle.

Il n'y a pas de doute que sa couleur dépend d'un excès de pigment. Ainsi, en examinant ses lèvres à l'intérieur, on constate qu'elles sont tachetées par un dépôt pigmentaire qu'on serait tenté d'abord d'attribuer à la malpropreté, mais qu'il est impossible d'effacer par des lavages répétés. La face est anxieuse; les sourcils sont froncés. Il donne lui-même les renseignements suivants sur sa maladie :

Ses occupations sont pénibles (il est douanier de la marine); elles l'exposent à toutes les vicissitudes, et sa nourriture se compose souvent, pendant des semaines, de salaisons. Il y a huit ans, il a souffert d'un rhumatisme accompagné d'une grande dépression nerveuse. Depuis lors, il a en général joui d'une bonne santé, à l'exception de quelques attaques de vomissements bilieux. Sa maladie actuelle a débuté, il y a six mois, par de la céphalalgie, des vomissements et de la constipation. Six jours après le début de la maladie, il eut du délire et resta pendant vingt-quatre heures privé de sentiment. Quand il reprit connaissance, il était incapable de mouvoir les mains et les jambes, qui d'ailleurs étaient engourdies, aussi bien que la pointe de la langue.

Au bout de deux mois il reprit ses occupations; mais, après dix jours, il éprouva de nouveau les précédents symptômes de céphalalgie, de vomissements, etc. Le Dr William crut découvrir dans ces accidents un caractère d'intermittence, et les rapporta à une intoxication paludéenne manifestée non seulement par les symptômes généraux, mais même par la teinte profondément cachectique de la face, qui rappelait l'aspect de la période d'asphyxie du choléra.

A son entrée à l'hôpital, pouls petit et faible, face grippée; vomissements de mucus mêlé de sang noir et coagulé; langue nette; région épigastrique tendue, surtout à gauche, sensible à la pression; urines normales, non albumineuses. Ces symptômes persistent sans grande modification; la peau est



froide; le pouls peu fréquent, mais si faible que c'est à peine si on peut le percevoir; dépression excessive, réclamant l'administration des toniques stimulants; le ventre mou, constipation; rien à noter du côté de la poitrine; quelques lignes d'intermittence, d'ailleurs contestables. Le soir, la peau est froide; le matin, elle est chaude.

*Diagnostic probable.* — État inflammatoire de la membrane muqueuse de l'estomac, caractérisé par le malaise épigastrique et les vomissements. « Ne serait-ce pas, ajoute le D<sup>r</sup> Gull, alors chef de clinique, et qui recueillait jour par jour l'observation, une affection des capsules surrénales, comme le suppose le D<sup>r</sup> Addison? »

*Autopsie.* — Injection de la membrane muqueuse de l'estomac; deux ou trois taches ecchymotiques, signes incontestables de gastrite; le cerveau, les poumons, le cœur, le foie, la rate et les reins, parfaitement sains; les capsules surrénales contiennent des concrétions fibrineuses, qui, examinées superficiellement, ne sont pas sans analogie avec certaines formes de tubercules crus.

Il est inutile de signaler les rapprochements qui existent entre cette observation et la précédente. Nous ferons seulement remarquer incidemment que, dans la 2<sup>e</sup> observation de M. Rayer, M. le D<sup>r</sup> Royer, qui a vu la malade, est également frappé de l'aspect cyanosé de la face, qui était, dit-il, d'une couleur lie de vin. N'est-il pas d'ailleurs remarquable que, dans deux faits consignés dans ce savant mémoire, les observateurs aient fixé leur attention sur la coloration du visage? C'est ainsi que le malade qui fait le sujet de la première observation avait, est-il dit, un teint jaune verdâtre, qui fit admettre l'existence d'une affection organique.

OBSERVATION III. — Henry Patten, vingt-six ans, menuisier, entré dans le service du D<sup>r</sup> Rees, le 9 novembre 1854. Cet homme, adonné à la boisson, a joui d'une bonne santé jusque il y a six mois; à cette époque, il fut pris de douleurs qu'il désigne sous le nom de rhumatismes, et qui s'étendirent de la

jambe droite à la hanche, au siège et à la portion lombaire de la colonne vertébrale. Il a remarqué que ses lèvres prenaient une couleur foncée depuis environ trois mois, et que son visage était le siège d'une semblable coloration disposée par plaques. Depuis un mois il a été obligé de suspendre son travail par suite d'accès de vertige et d'affaiblissement de la vue s'accompagnant d'une céphalalgie occipitale et d'une perte incomplète de conscience. Ces accès, qui se sont répétés plusieurs fois par jour à la suite de la moindre fatigue ou même d'une station prolongée, sont calmés par une position horizontale; depuis qu'il a quitté son travail il n'en éprouve plus que le matin en se levant. Débilité générale.

État actuel: aspect scrofuleux, teint pâle, cheveux noirs et secs, la face et le front sont d'une couleur jaune avec quelques taches brunes et des taches noires analogues sur les lèvres; incurvation du rachis à la hauteur de la seconde vertèbre lombaire qui est douloureuse à la pression; affaiblissement général sans paralysie proprement dite, pas d'appétit; impulsion du cœur faibles; urines normales.

Le lendemain de son entrée il est pris d'un hoquet qui persiste jusqu'à sa mort; quelques vomissements d'aliments ont lieu; il tombe dans un état de torpeur dont on a peine à le faire sortir; la langue se sèche, elle devient sale; le malade a un aspect typhoïde, son pouls s'affaïsse, et il s'éteint le 6 décembre.

*Autopsie.* — La peau est plus pâle que pendant la vie, mais elle présente la même couleur olivâtre et les mêmes taches brunes. Abscès dans la gaine du psoas du côté droit; affection tuberculeuse de la première et de la seconde vertèbre lombaire; dépôt inflammatoire au sommet du poumon, ayant l'apparence d'un amas de tubercules grisâtres. Tous les autres organes sont sains, à l'exception des capsules surrénales, complètement détruites et converties en une masse strumeuse d'une consistance variable. La capsule gauche adhère à l'estomac; la portion supérieure de cette capsule semble fluide et de la couleur du pus; l'inférieure est plus solide; la capsule droite présente à peu près les mêmes



altérations. Ces lésions sont figurées dans une des planches de la monographie.

Le sang, examiné au microscope, présente une sensible augmentation des globules blancs.

La quatrième observation n'offre d'intérêt que par la coïncidence des vomissements sans diarrhée avec la maladie des capsules surrénales; le malade succomba peu d'heures après son admission, et déjà, à son entrée, les extrémités étaient froides, les mains bleuâtres et le pouls insensible. Les lésions constatées à l'autopsie ne rendaient pas compte de ces graves désordres; celles des capsules surrénales méritent seules d'être rappelées: elles sont singulièrement atrophiées, et adhérentes aux parties environnantes par un tissu aréolaire très serré; à l'intérieur, elles sont pâles, d'apparence homogène, et contiennent du tissu fibreux, de la graisse, et des cellules du volume des globules blancs. Il était donc à supposer que les capsules surrénales avaient été le siège d'une inflammation qui en avait altéré la texture.

L'observation a été empruntée à Bright, qui l'a consignée dans ses *Reports of medical cases*, sous le titre suivant: *Epanchement séreux sous-arachnoïdien et dans les ventricules, avec amaigrissement, vomissements bilieux et affection des capsules surrénales.* La malade portait une tumeur de la mamelle gauche et de la parotide droite; sa peau était notablement brunie; elle était débile, se plaignait de douleurs de tête, et avait l'intelligence sensiblement affaiblie. En l'absence de tout symptôme positif, l'auteur conclut à quelque affection interne analogue à celle qui existait dans le sein gauche. La seule lésion bien caractérisée, dit Bright dans le long compte rendu de l'autopsie, se trouvait dans les capsules surrénales amplifiées, lobulées, et qui étaient le siège de dépôts morbides de nature tuberculeuse. Elles avaient à peu près quatre fois le volume normal, étaient fermes et solides du côté gauche seulement. Il y avait eu une fonte purulente, et il existait une cavité contenant 8 grammes environ de pus.

Dans la sixième observation, il s'agit d'un malade qui présente, au plus haut degré, les phénomènes caractéristiques que nous avons déjà signalés. L'anémie était poussée très loin, la faiblesse et l'inertie extrêmes, les battements du cœur faibles; les palpitations survenaient au moindre exercice musculaire; les vomissements se répétaient et étaient devenus extrêmement pénibles. Tout le corps était marbré de taches d'un brun châtain, et de places plus blanches qu'à l'état normal, ce qui formait un saisissant contraste. On supposa l'existence d'une affection cancéreuse de l'estomac; le malade mourut assez rapidement.

Nous passerons sous silence les lésions révélées par l'autopsie dans une partie de la membrane muqueuse de l'estomac, du duodénum et du gros intestin. Les capsules surrénales étaient hypertrophiées et notablement indurées; à la section, elles semblaient composées d'une masse rougeâtre parsemée de taches opaques formées par une matière jaunâtre, et rappelaient l'aspect des ganglions mésentériques tuberculeux.

La malade qui fait le sujet de l'observation 7 était affectée d'un cancer du sein; l'autopsie seule est rapportée avec quelques détails. La peau de la face, des bras et de la poitrine, était d'une teinte bistrée toute spéciale, et les deux capsules surrénales étaient complètement transformées en une masse cancéreuse.

L'observation 8 est relative à une femme âgée de 53 ans, faible, amaigrie, malade depuis trois mois, se plaignant de vomissements, de douleurs à l'estomac; sa peau est sèche et d'une teinte brunâtre, les plis de l'aisselle sont d'un brun foncé; il existe sur la poitrine des plaques de même couleur, et autour du nombril une auréole noirâtre. On trouve à l'autopsie un cancer ulcéré du pylore, et la capsule surrénale gauche infiltrée de matière cancéreuse; le rein correspondant est sain.

Le neuvième cas est celui d'un homme de 58 ans, atteint également de vomissements, de douleurs épigastriques; sa maladie date de deux mois environ, il est extrêmement affaibli, a perdu l'appétit, et succombe, sans autres symptômes, quatorze jours après son admission. La coloration de la peau est à peine men-