

quer que les purgatifs, donnés pendant plusieurs jours de suite dans le but de combattre l'hydropisie, déterminèrent une irritation fâcheuse des voies digestives, sans que l'hydropisie diminuât en rien. Loin de là, elle augmenta pendant que ces purgatifs étaient administrés; nous la vîmes aussi se reproduire avec une remarquable promptitude à la suite de la ponction.

Ce que l'art n'avait pu faire, la nature l'opéra spontanément. Mais cette résorption du liquide péritonéal fut comme le signal de l'apparition de nouveaux accidents. (Quatrième période.)

Déjà, dans le cours de cet ouvrage, nous avons appelé l'attention sur les symptômes très-graves qui se manifestent souvent à la suite de la résorption subite et spontanée d'une hydropisie, lorsqu'il ne s'établit aucune évacuation supplémentaire. On en voit ici un nouvel exemple: il est possible que quelque liaison puisse être ici établie entre la disparition brusque de l'ascite, et la formation de l'œdème pulmonaire. Nous verrons dans d'autres observations un flux séreux remplir les bronches en même temps que s'opérait la résorption d'un hydrothorax; un flux intestinal également s'établir en même temps que disparaissait une ascite; enfin, dans un autre cas, un épanchement très-considérable de sérosité dans les ventricules du cerveau suivre très-rapidement la résorption de la sérosité accumulée dans le péritoine.

L'aspect des ulcérations de l'iléum nous semble indiquer qu'elles existaient dès l'époque de l'entrée du malade à la Charité, et cependant il était alors fortement constipé; c'est qu'effectivement, comme déjà nous l'avons prouvé ailleurs, les ulcérations intestinales ne sont pas nécessairement accompagnées de diarrhée.

XVIII^e OBSERVATION.

Foie augmenté de volume et lobulé. Ascite. Gastro-entérite. Ponction pratiquée douze fois.

Un marin, âgé de trente-neuf ans, cheveux noirs, peau brune, présentant l'ensemble des caractères du tempérament bilieux, a passé neuf années en Angleterre, sur les pontons. Il y a éprouvé la misère la plus grande, il y a été atteint de fièvres intermittentes. De retour en France depuis 1814, il a exercé différents métiers, a souvent manqué du nécessaire, et cependant s'est toujours bien porté jusqu'au mois d'octobre 1821. A cette époque, il fut atteint d'un grand dévoiement qui persista pendant deux mois, et qui céda enfin à l'usage de l'eau de riz et à la diète. A peine ce dévoiement avait-il cessé, que le malade commença à s'apercevoir que son ventre prenait un volume inaccoutumé; d'ailleurs, aucun point de l'abdomen n'était douloureux. Les parois abdominales pouvaient être pressées en tous sens sans qu'aucune sensation pénible en résultât. Vers le milieu du mois de janvier 1822, le malade entra à l'hôpital de la Pitié; cent soixante-quatorze sangsues et plusieurs vésicatoires volants furent appliqués sur l'abdomen, dans l'espace de cinq semaines environ. Il but du vin blanc nitré; cependant l'ascite alla toujours en augmentant: le dévoiement reparut; le malade découragé quitta la Pitié, alla passer une quinzaine de jours chez lui, puis il entra à l'hôpital de la Charité, le 24 mars 1822.

Il était alors très-faible. La face et les membres étaient considérablement émaciés; la teinte jaune paille du visage semblait indiquer l'existence de quelque lésion organique. Le ven-

tre, fortement tendu, avait un volume énorme; la fluctuation y était évidente; depuis qu'il avait acquis un développement aussi considérable, il était légèrement douloureux. Aucune tumeur ne se sentait à travers ses parois amincies. Les battements du cœur paraissaient être dans leur état normal; le pouls était fréquent, sans que la peau fût chaude; cinq ou six évacuations alvines avaient lieu dans les vingt-quatre heures. La langue était sèche et un peu rouge; l'appétit à peu près nul; la soif peu vive. La respiration était haute, courte; mais ce phénomène paraissait être uniquement dû au refoulement du diaphragme. L'urine était rouge, sédimenteuse. La peau restait constamment sèche.

Il était bien évident que cette ascite était entièrement indépendante de toute espèce de maladie du cœur. Mais il restait à déterminer si elle était le résultat d'une phlegmasie du péritoine, qui se serait lentement et sourdement développée; si elle n'était pas plutôt liée à un état morbide du foie; si enfin elle n'était point essentielle.

Les hydropisies ascites essentielles, dans le sens que l'on attache ordinairement à ce mot, sont infiniment rares; il était donc au moins probable qu'il y avait ici autre chose qu'une simple augmentation de l'exhalation de la sérosité, ou qu'un simple défaut d'absorption.

Il y a, à la vérité, des exemples bien constatés de péritonites qui se sont développées sans avoir jamais été annoncées par la moindre douleur; mais il est bien rare que lorsque l'exhalation est le produit d'une péritonite, elle soit aussi abondante; le ventre devient tendu, rénitent; les intestins soudés se dessinent plus ou moins à travers les parois abdominales, et la fluctuation est souvent bien obscure, soit en raison de la quantité ou des qualités du liquide épanché, soit parce que, logé dans une foule de poches dont les fausses membranes

forment les parois, il ne peut pas céder en masse au choc qui lui est imprimé par la main.

En procédant ainsi par voie d'exclusion, nous fûmes porté à regarder le foie comme la cause de l'ascite, bien que sa maladie n'eût été annoncée par aucune espèce de symptôme local.

Mais d'autres organes étaient encore souffrants; la sécheresse de la langue, l'anorexie, la diarrhée qui avait paru et disparu plusieurs fois, annonçaient l'irritation des voies digestives; il ne semblait pas d'ailleurs, ainsi qu'on l'observe quelquefois, que l'abondance du liquide épanché dans le péritoine fût diminuée par l'abondance des selles; le dévoiement était donc sans avantage, et ne pouvait qu'affaiblir le malade.

Quelle médication fallait-il faire? Calmer avant tout l'irritation de la muqueuse gastro-intestinale; apaiser les douleurs abdominales, et chercher à mettre sous peu de jours le malade en état de supporter l'opération de la paracentèse, qui était indiquée par la gêne extrême de la respiration, et par l'anxiété générale qui résultait de la distension énorme du ventre. En conséquence, du 25 au 30, des tisanes adoucissantes furent prescrites: *eau d'orge gommée, eau de veau émulsionnée, des embrocations d'huile de camomille, des fomentations émollientes furent faites sur le ventre, des bains tièdes furent donnés.* Le malade prit pour toute nourriture trois bouillons et trois vermicelles chaque jour. Pendant ce temps, sa langue s'humecta et perdit sa rougeur, le dévoiement se modéra, le pouls perdit sa fréquence, et l'ascite générale diminua.

Le 30, la ponction fut pratiquée; un liquide transparent, incolore, s'écoula; plusieurs fois l'écoulement s'arrêta tout-à-coup, et l'on fut obligé d'introduire un stylet dans la canule du trocart, pour écarter les anses intestinales qui oblitéraient

momentanément l'orifice de la canule. Le malade se sentit immédiatement soulagé; la nuit il dormit bien. Le lendemain matin, il ne se plaignit d'aucune douleur au ventre; il disait que sa poitrine avait été débarrassée d'un poids énorme qui s'opposait à sa dilatation. Il avait uriné beaucoup plus abondamment que les jours précédents. Cette abondance plus grande des urines, à la suite de l'opération de la paracentèse, a été fréquemment observée; on a cherché à s'en rendre compte, en supposant que le rein soumis à une compression moins forte après l'évacuation du liquide exerçait plus librement ses fonctions.

Vainement cherchâmes-nous à constater la présence de quelque tumeur à travers les parois abdominales affaissées; nous n'en découvrimes aucune.

Le liquide avait été évacué; il fallait empêcher qu'il ne se reproduisit; on n'aurait pas pu sans inconvénients solliciter par des drastiques de nombreuses évacuations alvines chez un individu dont les voies digestives avaient été récemment frappées de phlegmasie. Au contraire, l'augmentation qu'avait subie depuis la veille le cours des urines paraissait être une voie ouverte par la nature, qu'il ne fallait pas négliger de suivre. Le malade prit de la tisane de chiendent nitrée, édulcorée avec le sirop des cinq racines, quatre onces chaque jour de vin diurétique amer de la Charité; l'intérieur des cuisses fut frictionné soir et matin avec un mélange d'alcool camphré, de teinture de digitale et de teinture de cantharides. Un quart lui fut accordé.

Les jours suivants, un peu de liquide continua à s'écouler à travers la plaie faite par le trocart. Jusqu'au 7 avril les urines furent abondantes et très-limpides. Les fonctions digestives étaient dans l'état le plus satisfaisant: le pouls était sans fréquence; les forces revenaient un peu.

Mais ce bien-être ne fut que passager. Le 10 avril, les urines commencèrent à devenir de nouveau rares et sédimenteuses; le volume du ventre s'accrut très-rapidement, et, le 15, la collection était aussi considérable que lors de l'entrée du malade à l'hôpital. Une seconde ponction fut pratiquée; une sérosité, aussi limpide que la première fois, s'écoula. Le 16, le 17 et le 18, l'abdomen resta affaissé; mais cette fois les urines ne devinrent ni plus abondantes ni plus claires. On ajouta vainement aux diurétiques ci-dessus indiqués le miel scillitique nitré, la décoction de petit houx, dont l'action spéciale sur les reins a été préconisée. Il ne se manifesta non plus aucune espèce de tendance à la sueur.

Dans cette impuissance de la nature et de l'art, M. Lermier essaya un moyen que les praticiens anglais ont vanté comme un spécifique contre les affections du foie et contre l'hydropisie qui les accompagne, et qui a été aussi employé en France: l'abdomen, surtout vers l'hypochondre droit, et la partie interne des cuisses furent fractionnés chaque soir avec deux gros d'onguent napolitain. Du calomel fut en même temps donné à l'intérieur, sous forme pilulaire, à la dose de dix grains tous les deux jours. Ce traitement fut commencé le 10 avril; le 26, les gencives commencèrent à se gonfler; le 28, un ptyalisme était établi; une ou deux selles avaient lieu en vingt-quatre heures: l'usage du mercure fut suspendu, il n'avait produit aucun bien évident. Loin de là, le volume du ventre était redevenu énorme; et de plus, les jambes, pour la première fois, s'étaient œdématisées. Le malade demandait la ponction avec instance. Elle fut pratiquée le 30 avril, quinze jours après la seconde. Le ptyalisme ne cessa que le 2 mai; et quatre ou cinq jours après la ponction, l'abdomen avait déjà acquis un volume aussi considérable qu'auparavant; l'œdème des jambes persistait. Le 10 mai, quatrième

ponction suivie comme les précédentes d'un soulagement momentané. *Limonade nitrée, sirop antiscorbutique.* Jusqu'au 27 mai, légère rougeur de la langue, pouls un peu fréquent, urines rares, mais claires.

Le 27 mai, distension énorme du ventre : cinquième ponction. Dès le lendemain, l'ascite était déjà presque revenue au même point que la veille avant la ponction. Dix jours après, le 6 juin, la gêne extrême de la respiration nécessita une sixième ponction ; et le 20, une septième dut encore être pratiquée. Cependant, sous l'influence de pertes aussi abondantes, le malade perdait chaque jour ses forces : son dépérissement était évident. Rien n'était plus variable que l'état de son pouls ; du jour au lendemain, nous le trouvions rare, fréquent, mais toujours très-faible. Cet état du pouls paraissait être en rapport avec l'état de la langue, que nous trouvions alternativement rouge ou pâle, sèche ou humide. Enfin, à compter du 16 juin, la rougeur de la langue devint permanente, et une diarrhée abondante, avec ténésmes et selles sanguinolentes, s'établit spontanément. Les tisanes les plus adoucissantes furent de nouveau prescrites ; des lavements émollients furent donnés chaque jour. Les symptômes de dysenterie disparurent ; mais les évacuations alvines continuèrent à être fréquentes ; bien que séreuses et abondantes, elles n'eurent aucune influence sur la collection péritonéale, qui, le 30 juin, exigea une huitième ponction. Cette fois, nous observâmes, au milieu du liquide, un assez grand nombre de flocons albumineux. Cependant, aucune douleur n'avait annoncé ce produit de l'inflammation de la séreuse.

Pendant le cours du mois de juillet, quatre nouvelles ponctions furent pratiquées à des époques très-rapprochées les unes des autres. Le liquide représenta toujours un plus ou moins grand nombre de flocons. La faiblesse toujours croissante du

malade semblait à la vérité les contre-indiquer ; mais, d'un autre côté, la suffocation, qui devenait imminente à mesure que son ventre se distendait, réclamait impérieusement l'évacuation du liquide.

Pendant tout ce mois, et dans le commencement du suivant, les signes de l'inflammation de l'estomac et du gros intestin persistèrent ; le pouls fut constamment fréquent.

La douzième et dernière ponction eut lieu le 29 juillet.

Du 30 juillet au 9 août, l'abdomen ne se distendit que médiocrement ; mais l'altération profonde des traits de la face, une sorte de matière pulvérulente répandue sur les cornées transparentes, le refroidissement de la peau, annonçaient la fin prochaine du malade ; le 6 août, la cornée du côté gauche s'ulcéra superficiellement. La mort eut lieu le 11 août, sans agonie, sans trouble marqué des facultés intellectuelles.

OUVERTURE DU CADAVRE

18 heures après la mort.

Crâne. Infiltration séreuse assez considérable dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, sérosité dans les ventricules latéraux, substance cérébrale saine. Une petite production osseuse, de forme irrégulière, ayant entièrement la consistance d'une des lames des os du crâne, et présentant la plus parfaite ressemblance avec une esquille détachée d'un de ces os, existait sur le côté gauche du cerveau. Elle adhérait à la face interne de l'arachnoïde qui tapisse en cet endroit la dure-mère, par du tissu cellulaire qu'on ne rompaît qu'avec une certaine force. Ainsi, elle était évidemment contenue dans la cavité de l'arachnoïde. Elle avait environ un pouce et demi d'étendue dans son plus grand diamètre.

Thorax. Les poumons, très-petits, ne descendant pas plus bas que la cinquième côte, ne présentaient cependant pas un

tissu plus dense que lorsqu'ils peuvent librement se dilater. Ils semblaient plutôt avoir subi une sorte d'atrophie.

Le cœur, vide de sang, était remarquable par sa petitesse, sa pâleur, et l'extrême flaccidité de ses parois.

Abdomen. Une grande quantité de sérosité citrine, transparente, s'écoula au moment où les parois abdominales furent incisées. On ne trouva dans la cavité du péritoine aucune trace de flocon, et cette membrane, soigneusement examinée, ne présenta pas le moindre vestige de phlegmasie.

Le foie, remarquable par sa petitesse, n'occupait qu'une très-petite partie de l'hypochondre droit. Sa surface extérieure présentait de toutes parts une foule de bosselures irrégulièrement arrondies. Incisé par une coupe nette, il offrait une série de petits lobes rougeâtres, arrondis, que circonscrivaient tantôt des lignes sinueuses d'un gris blanchâtre, tantôt des plaques de même couleur. La grandeur des lobes était variable : l'aire des plus considérables égalait à peine le diamètre d'une pièce de cinq sous; les plus petits n'étaient plus que de simples points, des espèces de grains. On les séparait facilement, sans les déchirer, des espèces de loges dans lesquelles ils étaient logés, et aux parois desquelles il ne semblaient adhérer que par un tissu cellulaire lâche. Ainsi séparés, ils présentaient une forme irrégulièrement arrondie, et leur volume variait depuis celui d'un gros pois jusqu'à celui d'un grain de chènevis. Incisés, ils présentaient un tissu rougeâtre, qui devenait d'un gris jaunâtre par le lavage, et qui offrait la plus grande analogie avec le tissu ordinaire du foie. Le tissu intermédiaire à ces lobes, disposé en forme de lignes ou de plaques, semblait être de nature fibreuse; il était creusé de nombreux vaisseaux. C'est lui qui formait les parois des cavités où étaient enchatonnés les lobules (1). C'é-

(1) On reconnaît dans cette description l'hypertrophie simultanée des deux substances du foie.

taient ceux-ci qui, proéminent à l'extérieur, formaient les bosselures, et donnaient au foie l'aspect d'un rein de fœtus.

La vésicule du fiel était pleine d'une bile qui paraissait avoir ses qualités ordinaires. Les gros vaisseaux qui entrent dans le foie ou qui en partent étaient dans leur état habituel.

La rate n'offrait rien de remarquable.

L'estomac, fortement resserré, présentait sur la plus grande partie de sa surface interne une couleur rouge intense qui existait dans la muqueuse : celle-ci n'était d'ailleurs ni ramollie ni sensiblement épaissie. Un amas de mucus verdâtre, épais, puriforme, semblable à celui qui recouvre souvent la muqueuse pharyngienne enflammée, la tapissait.

L'intestin grêle, dans son tiers supérieur, y compris le duodénum, ne présentait qu'une très-légère injection; mais dans le reste de son étendue jusqu'au dessous de la valvule iléo-cœcale, la muqueuse était aussi rouge que dans l'estomac. Non loin du cœcum, elle présentait d'espace en espace des érosions oblongues plutôt que de véritables ulcérations, que recouvrait une matière blanchâtre, pultacée, membraniforme.

A la face inférieure de la valvule, la couleur changeait brusquement; d'un rouge vif dans l'intestin grêle, elle devenait d'un gris ardoisé foncé dans le cœcum et dans les diverses portions du colon. Cette teinte résidait dans la muqueuse, et semblait due surtout à l'injection d'une foule de petites veines. Au milieu de cette teinte brunâtre apparaissaient par intervalles de petites taches blanches, exactement arrondies, d'une à deux lignes au plus de diamètre, et circonscrites par un cercle noir foncé : là où elles existaient, la muqueuse paraissait être détruite.

L'altération de texture du foie, dont cette observation four-

nit un exemple, est très-rare, portée à ce degré. Il semblerait d'ailleurs qu'elle consiste principalement dans une exagération des deux substances qui, par leur ensemble, constituent le parenchyme hépatique.

Ses symptômes furent très-obscur : jamais on ne put constater ni douleur, ni tumeur dans la région du foie. Il est impossible de dire quand elle commença. Les premiers phénomènes morbides existèrent du côté des voies digestives (diarrhée), puis une ascite se manifesta. Pendant tout le temps que nous observâmes le malade, la membrane muqueuse gastro-intestinale et le péritoine parurent être les deux seuls organes souffrants. L'ouverture du cadavre démontra seule l'affection du foie ; affection qui fut très-vraisemblablement la cause de l'ascite, par obstacle apporté au libre cours du sang de la veine-porte. C'est encore là une espèce d'obstruction du foie.

Un assez grand nombre de médicaments stimulants, employés chez cet individu, parurent n'avoir qu'un effet nuisible : les différents diurétiques qu'on mit en usage ne firent qu'irriter d'une manière fâcheuse la membrane muqueuse gastro-intestinale, sans augmenter la sécrétion urinaire.

Les frictions mercurielles, administrées de manière à produire la salivation, furent sans efficacité et sur la maladie du foie et sur l'ascite.

Nous ferons remarquer encore la grande quantité de ponctions qui furent pratiquées en un court espace de temps, et l'extrême rapidité avec laquelle la sérosité se reproduisait dans le péritoine, après qu'on l'avait évacuée. Plusieurs fois la sécrétion urinaire devint plus abondante, immédiatement après la ponction.

M. Roger, élève interne des hôpitaux, nous a remis une note sur un état du foie qu'il a rencontré à l'hôpital Saint-

Louis, qui offre beaucoup de rapports avec celui que nous venons de décrire. Ce foie fut trouvé chez une fille âgée de quarante-six ans, qui succomba à une péritonite. Il n'avait pas augmenté de volume, mais sa forme était changée. Il offrait celle d'un ovoïde, divisé en un grand nombre de lobules ; sa consistance était plus grande que dans l'état naturel ; sa couleur n'était point altérée. En incisant son tissu, on entendit crier l'instrument ; les endroits qui présentaient cette résistance étaient constitués par un tissu disposé en lignes sinueuses, qui avaient la densité et l'aspect perlé des aponévroses. Ce tissu semblait être la membrane de Glisson, épaissie sur les vaisseaux qu'elle enveloppe. La forme lobulée qu'avait le foie à l'extérieur était parfaitement représentée dans son intérieur. La membrane de Glisson épaissie décrivait des cercles correspondant au pourtour des lobules extérieurs. Le lobe de Spigel était ainsi divisé en six lobules très-distincts.

§ II. ALTÉRATION DE NUTRITION DU FOIE AVEC DIMINUTION DE SON VOLUME (ATROPHIE).

XIX^e OBSERVATION.

Atrophie du foie. Apparence cellulo-fibreuse de son tissu. Ascite. Gastro-entérite chronique.

Un polisseur en acier, âgé de trente-six ans, entra à la Charité le 27 janvier 1820. A la suite de violents chagrins domestiques, il quitta Versailles, qu'il habitait, et vint se loger à Paris dans une rue étroite et humide du quartier de la Cité. Jusqu'alors il avait joui d'une bonne santé ; seulement il y a seize ans, il avait eu une fluxion de poitrine, et il était sujet