

vement fébrile, nous paraissent devoir être rapportés à l'oblitération inflammatoire du canal cholédoque. Résultat d'une phlegmasie aiguë, cette oblitération se dissipa à mesure que la résolution de la phlegmasie s'opéra. Citons maintenant d'autres cas dans lesquels l'inflammation, passée à l'état chronique, a donné lieu à une oblitération permanente.

#### XLVIII. OBSERVATION.

Inflammation chronique des canaux cholédoque et cystique; oblitération de leur cavité par épaissement des parois; ramollissement et rupture des parois de la vésicule. Ictère. Péritonite sur-aiguë.

Un fort à la halle, âgé de soixante-quatre ans, entra à la Charité dans la dernière quinzaine du mois de décembre 1821. Trois mois auparavant, cet homme avait été pris, sans cause connue, de vomissements bilieux qui persistèrent pendant plusieurs jours. Ils cessèrent spontanément, mais ils furent remplacés par une diarrhée très-abondante, qui dura pendant un mois environ, et épuisa le malade. Vers le milieu du mois de septembre, le flux du ventre diminua, mais les forces ne se rétablissaient pas; l'appétit était à peu près nul, et les aliments étaient difficilement digérés. Le malade commença à s'apercevoir alors que les yeux et toute la surface du corps avaient une teinte jaune assez prononcée. Cependant, bien que perdant chaque jour son embonpoint et ses forces, il continua à travailler jusqu'au huit derniers jours qui précédèrent son entrée à l'hôpital. Il présenta alors l'état suivant.

Toute la peau était d'un jaune tirant un peu sur le vert; la maigreur était considérable, la langue s'éloignait peu de son état naturel, mais il y avait anorexie complète, et le peu d'aliments qui étaient introduits dans l'estomac causaient à la ré-

gion de l'épigastre une sensation de pesanteur et de chaleur qui se prolongeait pendant plusieurs heures. Les selles étaient rares, d'une couleur gris-cendré. L'abdomen, palpé avec soin, ne présentait aucune tumeur; partout il était souple et indolent. Le pouls, sans fréquence le matin et dans le jour, s'accélérait un peu chaque soir. Des sangsues appliquées à l'épigastre ne rendirent pas les digestions plus faciles. Un vésicatoire placé sur cette région fut plus efficace. Le malade prenait pour toute nourriture du lait et quelques potages. Quinze jours environ après son entrée, l'état de l'estomac semblait s'être amélioré; le mouvement fébrile du soir était beaucoup moins prononcé; mais l'ictère persistait; les forces ne revenaient pas; la maigreur augmentait. (*On donna l'eau de Vichy, le petit-lait avec addition de crème de tartre, des pilules de mercure doux et de savon.*)

Un matin, en se plaçant sur son séant, le malade ressentit tout-à-coup comme un déchirement (c'était son expression) dans l'hypochondre droit. Quelques minutes après, une vive douleur se manifesta d'abord dans le flanc droit, puis dans tout l'abdomen. Lorsque le lendemain nous vîmes le malade, il présentait d'une manière non douteuse tous les symptômes d'une péritonite aiguë. La manière brusque dont elle avait débuté, la sensation de déchirement bien caractérisée qu'avait éprouvée le malade, nous portèrent à penser que cette péritonite reconnaissait pour cause une perforation intestinale (*trente sangsues furent appliquées sur l'abdomen*). Dans la journée le malade s'affaissa rapidement; il succomba dans la nuit.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

Une grande quantité de liquide d'un gris sale, comme bour-

beux, était épanchée dans le péritoine, que des concrétions membraniformes couvraient déjà en plusieurs points. L'estomac et le reste du tube digestif, examinés avec soin, ne présentèrent aucune perforation. Mais la vésicule du fiel, réduite à un très-petit volume, et comme atrophiée, offrait à sa surface inférieure, non loin de sa grosse extrémité, une solution de continuité de la largeur d'une pièce de cinq sous environ. La surface interne de la vésicule ne présentait rien de remarquable; mais ses parois nous parurent être, dans toute leur étendue, remarquables par leur friabilité. En cherchant à pénétrer de l'intérieur de la vésicule dans le canal cystique, nous ne pûmes y parvenir. Incisant ensuite le canal cholédoque, pour remonter de ce canal dans le cystique, nous reconnûmes que la cavité de ces deux conduits était devenue si petite qu'il était impossible d'y introduire le stylet le plus fin. Cette oblitération presque complète était le résultat de l'épaississement considérable qu'avaient subi leurs parois. Le canal hépatique, au contraire, était très-dilaté, et rempli de concrétions biliaires. Le tissu du foie n'offrit aucune altération appréciable. La membrane muqueuse de l'estomac était dans toute son étendue considérablement épaissie, d'un gris ardoisé et comme mamelonnée. Le tissu lamineux subjacent et la tunique musculaire participaient aussi d'une manière notable à cet excès d'épaisseur. La couleur ardoisée de l'estomac se continuait dans le duodénum. Le reste du tube digestif n'offrit point d'altération appréciable. Rien de remarquable dans les autres viscères des trois cavités, si ce n'est une couleur jaune très-prononcée de la dure-mère.

—

Ici encore l'oblitération presque complète d'une partie des canaux biliaires reconnu pour cause très-probable un état in-

flammatoire de ces canaux. Comme chez les sujets des précédentes observations, la maladie se montra d'abord sous la forme d'une simple phlegmasie gastro-intestinale; comme chez eux, cette phlegmasie se propagea bientôt aux canaux biliaires, et de leur engorgement résulta l'ictère. Jusqu'à présent tout est analogue chez ces trois malades: mais de plus, chez celui-ci, l'inflammation passe à l'état chronique, et après plusieurs mois de durée, elle produit un épaississement tel des canaux biliaires que, si le malade eût encore vécu quelque temps, il est vraisemblable que leur oblitération eût été complète, et qu'on les eût trouvés transformés en une sorte de cordon ligamenteux, comme l'observation suivante nous en offrira un exemple. L'oblitération du canal cystique explique pourquoi, dans ce cas, la vésicule, loin d'être distendue et de former tumeur, fut, au contraire, trouvée réduite à un très-petit volume. Ses parois ramollies et friables semblaient d'ailleurs avoir participé à l'inflammation qui avait frappé les conduits cystique et cholédoque; seulement le travail inflammatoire, qui avait rendu plus épaisses et plus dures les parois de ces conduits, avait au contraire ramolli les parois de la vésicule. Ne nous étonnons pas de ces deux effets opposés de l'inflammation dans les diverses parties du même tissu; les membranes muqueuses nous en offrent de fréquents exemples. Ainsi les mêmes symptômes de phlegmasie ayant existé, tantôt on trouve la muqueuse gastrique tellement ramollie qu'elle ne forme plus qu'une sorte de pulpe inorganique; tantôt, au contraire, on la rencontre plus épaisse, plus dure que dans son état normal; il est même des individus chez lesquels on trouve réunis ces deux états morbides dans les diverses parties de leur estomac. La rupture des parois ramollies de la vésicule du fiel rentre donc ici dans les cas de l'espèce de perforation de l'estomac, où la rupture des parois de ce viscère

n'est que le dernier degré de leur ramollissement. Quant à la sensation de *déchirement* qu'éprouva le malade, elle a été également observée chez d'autres individus, dans des cas de perforation de l'estomac ou de la vessie. Nous en avons cité ailleurs quelques exemples (1).

#### XLIX. OBSERVATION.

Rétrécissement du canal cholédoque. Oblitération du canal cystique; dilatation de l'hépatique et de ses principales divisions. État granuleux du foie. Gastrite chronique. Ictère.

Un homme âgé de cinquante ans, adonné aux liqueurs alcooliques, fit, deux ans avant d'entrer à l'hôpital, une chute dans laquelle l'hypochondre droit fut violemment contus par une barre de fer. Depuis ce moment il dit ressentir une douleur sourde dans ce même hypochondre; il ne peut pas assigner d'une manière précise l'époque à laquelle il a commencé à devenir jaune.

État du malade lors de son entrée à l'hôpital (août 1825): Teinte très-jaune des conjonctives et de toute la surface cutanée; ascite; infiltration des membres inférieurs; douleur sourde habituelle dans l'hypochondre, où l'on ne sent d'ailleurs aucune tumeur, non plus que dans le reste de l'abdomen; anorexie; pas de vomissements; selles décolorées; urines noires.

Les jours suivants, même état; pouls peu fréquent, faible, régulier; puis affaiblissement graduel; tendance à l'assoupissement. La veille de la mort, évacuation de matières noires liquides par le vomissement et par les selles.

(1) Précis d'Anatomie pathologique.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

Sérosité limpide et jaune, sans aucune trace d'inflammation dans le péritoine, foie d'un petit volume, d'une couleur verdâtre, d'une grande densité, présentant un grand nombre de granulations éparses à sa surface extérieure, ainsi que dans l'intérieur de son parenchyme. La vésicule du fiel est fortement distendue par un liquide séreux très-légèrement teint en jaune; son col, ainsi que le canal cystique, ne présentent plus aucune trace de cavité. Les principaux rameaux qui par leur réunion constituent le canal hépatique, et ce canal lui-même, sont extrêmement dilatés et remplis d'une bile jaune épaisse. A partir de la jonction des canaux hépatique et cystique, le canal cholédoque se rétrécit beaucoup jusqu'au duodénum; un stylet peut cependant y être encore introduit, et pénétrer dans le duodénum.

Un liquide très-noir remplit l'estomac; sa surface interne est ardoisée dans une grande partie de son étendue, et sa membrane muqueuse est mamelonnée; le duodénum est parsemé d'un grand nombre de petits points noirs; tout l'intestin grêle est rempli par un liquide, qui en plusieurs endroits est noir comme celui de l'estomac, ailleurs est rouge, et paraît être manifestement du sang; au dessous de ce liquide la membrane muqueuse est pâle.

Rien de remarquable dans les autres viscères de l'abdomen.

Engorgements sanguins partiels, avec couleur noire et dureté du parenchyme, en plusieurs points du poumon. (*Apoplexie pulmonaire* de Laennec.) L'un de ces engorgements a son siège tout-à-fait au sommet du poumon droit.

Infiltration rougeâtre du tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité des hémisphères.

Sérosité roussâtre dans le canal thoracique.

L'altération de texture des voies d'excrétion de la bile est ici compliquée d'une altération du parenchyme même du foie (*diminution de volume, augmentation de densité, granulations*). De cette altération du parenchyme dépendit l'ascite; il y eut jaunisse, bien que l'oblitération du canal cholédoque ne fût pas complète; il était seulement très-rétréci. Le point de départ de ces diverses altérations paraît remonter à la chute sur l'hypochondre droit.

Ici, d'ailleurs, nous retrouvons encore une gastrite chronique, et de plus un pointillé noir dans le duodénum.

Nous remarquerons les exhalations sanguines qui, dans les divers temps de la vie, eurent lieu simultanément dans le tube digestif, dans les poumons, dans la pie-mère.

#### L<sup>e</sup> OBSERVATION.

Transformation des conduits cholédoque et cystique en cordons fibreux; atrophie du foie. Ancien ictère avec ascite.

Un homme, âgé de cinquante ans, entra à la Charité vers le commencement du mois de décembre 1820. Depuis sept mois il était affecté d'ictère. Il assurait n'avoir jamais ressenti de douleur en aucun point de l'abdomen; depuis trois mois environ l'abdomen avait commencé à se tuméfier. Lorsque ce malade fut soumis à notre examen, toute la peau, ainsi que la conjonctive, présentait une teinte jaune, qui, à la face, tirait sur le vert. Une énorme ascite existait. Les membres abdominaux n'étaient que très-légèrement œdématiés. Les fonctions digestives ne présentaient d'autre altération qu'un

défaut habituel d'appétit et une constipation opiniâtre; les selles étaient peu consistantes, tout-à-fait décolorées. L'urine était peu abondante et verdâtre. Il y avait apyrexie complète. Les organes thoraciques paraissaient être sains. La gêne de la respiration, peu considérable, semblait dépendre uniquement du refoulement du diaphragme par le liquide du péritoine. Nous crûmes devoir rapporter l'ascite à une affection du foie (*tisane et potions diurétiques, pilules de calomel et de savon, frictions sur les membres avec la teinture de digitale*). Pendant les dix jours suivants l'état du malade n'offrit aucun changement; puis les traits de la face s'altèrent tout-à-coup, et il succomba inopinément.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

Encéphale généralement mou, comme abreuvé de sérosité, sans autre lésion. Organes thoraciques très-sains. Péritoine rempli par une énorme quantité de sérosité limpide, d'un jaune citrin, n'offrant aucune trace d'inflammation.

Le foie est remarquable par son petit volume; il est comme flétri, il offre assez la couleur grisâtre de l'olive; il a d'ailleurs sa consistance ordinaire, et son tissu ne présente aucune autre altération appréciable. Des orifices divisés des canaux biliaires, contenus dans l'intérieur du foie, découle en abondance une matière d'un beau vert, semblable à la résine de la bile, lorsqu'elle a été isolée des autres principes constituants de ce liquide. Les branches principales, qui par leur réunions vont former le canal hépatique, ainsi que ce canal lui-même, sont considérablement dilatées et remplies de grumeaux de matière jaune, tels qu'on les obtient au moment où on les précipite de la bile par l'acide nitrique. Le canal hépatique présente une pareille dilatation jusqu'au point de sa

réunion avec le cystique. Ce dernier conduit, ainsi que le cholédoque dans toute son étendue, est transformé en un cordon ligamenteux, dans lequel la dissection la plus exacte ne peut faire découvrir aucun reste de cavité. La vésicule du fiel, réduite à un très-petit volume, est moulée sur une concrétion inégale, formée par de la matière jaune durcie. La rate est très-volumineuse. Tous les autres organes, le tube digestif en particulier, paraissent être dans leur état physiologique.

Chez ce malade, l'oblitération d'une partie des conduits biliaires était plus complète que chez les précédents. Les canaux cystique et cholédoque ne constituaient plus que de simples cordons ligamenteux, sans aucune trace de cavité. Quant à l'étiologie de cette espèce d'oblitération, elle est plus obscure que dans les cas précédemment cités, et ce n'est plus que par analogie qu'on peut admettre ici l'inflammation comme cause vraisemblable de l'oblitération des conduits biliaires. Si cette inflammation a existé, elle a été sourde, latente; et rien ne prouve que la phlegmasie du canal cholédoque a été, comme dans les cas précédents, consécutive à une phlegmasie gastro-intestinale. Si nous ne voulons pas nous égarer, efforçons-nous toujours d'assigner la limite qui sépare ce qui n'est que probable de ce qui est démontré. Nous ne ferons qu'indiquer ici plusieurs autres circonstances intéressantes de cette observation, telle que la différence d'aspect que présentait la bile dans les petites divisions et les grosses branches du canal hépatique, l'espèce d'isolement des deux principaux éléments de ce liquide (matière résineuse verte et matière jaune); l'état particulier du foie, état semblable à celui que nous avons déjà trouvé chez plusieurs ascitiques; l'espèce de compensation qui existait entre la petitesse du foie et l'énorme

volume de la rate; enfin la mort inopinée du malade. Ce genre de mort presque subite, sans agonie, sans trouble antécédent des fonctions du poumon ou du cerveau, est loin d'être rare chez les hydropiques, chez ceux surtout dont l'hydropisie est liée à un état du foie, tel que celui dont il est ici question. Dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, la cause immédiate de la mort nous échappe entièrement.

#### LI<sup>e</sup> OBSERVATION.

Transformation du canal cystique en cordon fibreux. Dilatation considérable du canal cholédoque, sans existence d'obstacle à son extrémité duodénale. Calculs de phosphate de chaux dans la vésicule. Foie volumineux et granuleux. Ascite. Pas d'ictère. Péricardite latente.

Un marchand épicier, âgé de cinquante ans, éprouva de violents chagrins en 1815; il fut alors totalement ruiné par suite de mauvaises spéculations. Dès ce moment, sa santé, bonne jusqu'alors, se déranga; il eut une jaunisse qui ne fut que passagère, puis il eut une ascite. En 1816, il subit deux fois la ponction; mais chaque fois le liquide se reproduisit avec une grande rapidité. Pendant les neuf années suivantes sa santé a été constamment mauvaise; en 1817, l'ascite a spontanément disparu, et elle ne s'est remontrée que quelques mois avant l'entrée du malade à l'hôpital (1825).

Lorsque nous vîmes le malade, une tumeur volumineuse existait dans l'hypochondre droit; on la sentait jusqu'aux environs de l'ombilic; jamais elle n'avait été douloureuse. L'abdomen, considérablement tuméfié, était le siège d'une fluctuation manifeste. Les membres ne sont point infiltrés; ils l'ont été une seule fois, en 1816. Langue naturelle, appétit conservé, pouls très-petit, un peu fréquent; toux et respiration courte depuis un an.

Ce malade n'était que depuis peu de jours à l'hôpital ; il avait encore de la force, il se levait, se promenait dans les salles, lorsque dans la matinée du 4 août il fut trouvé dans un état comateux ; extrémités froides, pouls insensible. Mort deux heures après la visite.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Remarquable affaissement de l'abdomen, qu'à l'avant-dernière visite nous avons encore trouvé tuméfié. Nous négligeâmes de l'examiner à la visite du 4 août. Maigreur de la face et des membres.

*Crâne.* Adhérences celluleuses de la lame d'arachnoïde qui tapisse la dure-mère avec celle qui est étendue sur les parties supérieures et latérales des hémisphères cérébraux ; tissu cellulaire sous-arachnoïdien infiltré d'une notable quantité de sérosité ; on en trouve aussi beaucoup dans les ventricules latéraux, qui restent considérablement distendus après qu'on en a fait sortir le liquide qu'ils contenaient.

*Thorax.* Anciennes adhérences celluleuses des plèvres costale et pulmonaire ; nombreux tubercules miliaires au centre des lobes supérieurs de chaque poumon, dont le tissu est d'ailleurs sain et crépitant. Péricarde distendu par trois verres d'un liquide rouge, semblable au sang qui sort d'une veine. Toute la surface interne du péricarde est tapissée par des fausses membranes superposées. Celles qui sont en contact immédiat avec le liquide sont colorées par lui ; elles présentent un aspect aréolé, assez semblable à celui de l'estomac des ruminants, connu sous le nom de bonnet. Ailleurs elles sont rugueuses, hérissées d'aspérités. Le cœur lui-même est sain.

*Abdomen.* Le péritoine ne contient qu'une très-médiocre

quantité de sérosité. Le foie est intimement uni par des fausses membranes, d'une part au diaphragme, et d'autre part à la rate, à l'estomac et au colon. Des fausses membranes épaisses dérobent à la vue la vésicule du fiel, qui, réduite à un très-petit volume, ne contient que quelques mucosités filantes, et trois petites concrétions d'un blanc mat, que l'analyse chimique nous a démontré être formées de phosphate de chaux. Le canal cystique était transformé en un cordon fibreux jusqu'à son embouchure dans le canal hépatique : au point de jonction de ces deux calculs, existait un petit calcul semblable aux calculs biliaires ordinaires. Le canal hépatique présentait son aspect normal ; mais le canal cholédoque avait une capacité au moins triple de celle qu'il offre communément ; il s'ouvrait librement dans le duodénum. Un tissu dur ayant plusieurs lignes d'épaisseur, d'un aspect squirrheux, était interposé entre le péritoine qui recouvre les deux faces du foie et la membrane propre de ce viscère, laquelle, au-dessous de ce tissu accidentel, apparaissait sous forme d'une ligne légèrement ondulée. Le foie, très-volumineux, dépassait de plusieurs travers de doigt le rebord des côtes ; il s'étendait jusque dans l'hypochondre gauche. Incisé en divers sens, il présentait partout un tissu d'une remarquable densité, d'un blanc grisâtre et parsemé d'une très-grande quantité de granulations, qui faisaient une notable saillie au-dessus d'un fond plus rouge qu'elle.

La rate était très-volumineuse, de consistance médiocre : taches rouges dans le duodénum, résidant dans la muqueuse. Autres organes sains.

Bien que cette observation soit incomplète à plusieurs égards, elle offre cependant de l'intérêt sous plus d'un rap-

port. On remarquera d'abord qu'il n'y eut point ici d'ictère ; et, en effet, le canal cystique était seul oblitéré. La bile n'arrivait plus dans la vésicule, qui ne contenait que du mucus et des concrétions tout-à-fait étrangères par leur nature aux calculs biliaires. Quelle fut la cause de la dilatation considérable du canal cholédoque ? Sa cavité s'agrandit-elle pour suppléer la vésicule, et remplir dans une partie de son étendue les fonctions d'une sorte de réservoir ? Remarquons, à l'appui de cette idée, que chez plusieurs animaux qui n'ont point de vésicule du fiel, et chez des hommes qui en étaient privés, on a trouvé une pareille dilatation du canal cholédoque.

Nous avons trouvé plus souvent un semblable agrandissement de la cavité des canaux biliaires derrière un calcul qui obstruait un point de leur étendue. Entre autres cas de ce genre, nous citerons celui d'un individu, âgé de plus de soixante ans, dont la vésicule et les canaux biliaires contenaient un grand nombre de calculs. Plusieurs étaient accumulés vers l'extrémité duodénale du canal cholédoque, et en obstruaient complètement l'orifice. Celui-ci, vu dans le duodénum, était plus apparent que de coutume, et présentait à son pourtour une sorte de bourrelet qui rappelait la disposition de l'anus. Derrière cet amas de calculs, le canal cholédoque avait subi une dilatation telle que son diamètre égalait au moins celui de la veine-porte. Il en était de même des conduits cystique et hépatique. Les rameaux qui donnaient naissance à ce dernier, remplis de calculs, étaient aussi tellement dilatés, que l'un d'eux, ouvert, pouvait recevoir dans sa largeur l'index et le doigt du milieu réunis.

Cette observation offre encore un exemple de la coïncidence d'un état comateux promptement terminé par la mort, avec la disparition subite du liquide d'une hydropisie, sans

établissement d'aucune évacuation supplémentaire. (*Voyez* ce que nous avons déjà dit à ce sujet dans un des volumes précédents.)

Les fausses membranes qui entouraient le foie, et qui l'unissaient à plusieurs parties voisines, n'ont été ici annoncées dans leur formation par aucune douleur aiguë. La lésion du péricarde ne fut pas moins obscure. Les tubercules pulmonaires ne pouvaient être annoncés par aucun signe caractéristique.

## LII. OBSERVATION.

Inflammation chronique de la vésicule biliaire. Concrétions osseuses, et développement de fibres d'apparence musculaire dans l'épaisseur de ses parois. Induration du parenchyme hépatique.

Un vitrier âgé de vingt-neuf ans contracta, deux ans environ avant l'entrée à l'hôpital, une diarrhée qui, après avoir duré un certain temps, se compliqua d'ascite, d'infiltration des membres inférieurs et d'ictère. Lorsque nous vîmes le malade, l'hypochondre droit était tendu, légèrement douloureux. Il accusait de temps en temps de vives douleurs à l'épaule droite. Sa langue était naturelle, la soif peu vive, l'appétit nul depuis long-temps. Il y avait des alternatives fréquentes de constipation et de diarrhée. Tantôt les selles étaient complètement décolorées, tantôt elles étaient jaunes ou brunes.

Pendant les trois premières semaines du séjour du malade, aucun changement notable ne survint : puis le dévoisement, suspendu depuis quelque temps, reparut très-considérable. La fièvre s'alluma, la langue se sécha et se noircit ; un amaigrissement très-rapide eut lieu ; le malade tomba dans une