

bonne santé jusque trois ans avant son admission. Elle eut alors pendant quelques semaines une atteinte mal définie de douleur et de gonflement dans la partie inférieure de l'abdomen; mais après cela, elle alla tout à fait bien et se maria en janvier 1873. Une fausse couche, mais pas d'enfant vivant. Au commencement de 1874, elle se mit à éprouver une toux sèche, de la distension flatulente de l'abdomen et des envies de vomir pour des causes insignifiantes; mais pas de nausées le matin, habitudes de sobriété. En novembre 1874, l'abdomen commença à enfler et à devenir douloureux; et depuis lors, l'odeur ou la vue de la nourriture détermine chez elle des vomissements excessifs; la toux a augmenté; il n'y a plus d'appétit; émaciation; crises de douleur abdominale si intense qu'elle est parfois obligée de garder le lit une semaine.

A son entrée, on constate que la malade est émaciée; son air exprime la souffrance; point d'ictère ni de stigmates veineux sur les joues; douleur et sensibilité de l'abdomen qui mesure à l'ombilic 43 pouces 1/2. Ascite considérable; les veines abdominales ne sont que peu dilatées. On ne peut sentir ni le foie ni la rate; mais la limite supérieure de la matité hépatique atteint presque le mamelon. La langue est trop nette et trop rouge; fréquentes envies de vomir; constipation. L'urine contenait des phosphates, mais pas d'urates ni d'albumine. Pouls à 96, petit et faible; pointe du cœur remontée, mais pas de bruit anormal. Toux sèche, fréquente; respiration thoracique et un peu pénible, mais signes pulmonaires normaux. Léger œdème des jambes. Température à 37°, 22.

On la traita par les purgatifs et les diurétiques, la digitale entre autres; mais comme il n'en résultait aucune amélioration, que la malade souffrait beaucoup et que sa respiration était de plus en plus gênée par la distension de l'abdomen, on pratiqua la paracentèse le 6 février et on retira plus de 9 litres et demi de sérosité jaune paille, d'une densité 1016. L'opération fut suivie d'un grand soulagement. Après qu'on eut enlevé le liquide, la limite supérieure de la matité hépatique atteignait encore près du mamelon. On pouvait sentir le bord inférieur du foie faisant saillie plus de trois pouces au-dessous des côtes sur la l. m. d., dur, marqué de dentelures et sensible, mais l'organe était lisse à sa surface. Circonférence 36 pouces. Le 10 février on prescrivit de l'iodure de potassium et du citrate de potasse, avec de la digitale et une décoction de sommités de genêt, et le 20 février on substitua à ces médicaments une mixture de bichlorure de mercure, de squille et de digitale. Peu à peu, l'ascite se reforma et, le 24 février, la circonférence était de 43 pouces; urine en très-petite quantité. Nouvelle paracentèse; on retire 9 litres de liquide, densité 1015. L'opération a apporté un soulagement immédiat et a été suivie comme la première fois d'une grande augmentation dans la quantité d'urine. Du 3 au 13 mars, érysipèle de la face et du cuir chevelu, s'étendant à l'abdomen, pendant lequel le pouls s'éleva jusqu'à 160 et la température à 40°, avec langue sèche et beaucoup de délire. Après cela, extrême prostration, vastes abcès dont un contenait plus d'un demi-litre de pus, formés sous la peau dans diverses parties du corps; la circonférence de l'abdomen a été jusqu'à 45 pouces et demi. Le 2 avril on retire encore par la paracentèse 2 litres et demi, et le 9 plus de 12 litres de liquide à 1015. Mort par épuisement le 27 avril.

Autopsie. Le péritoine contenait 12 litres de sérosité. Foie gros, pesant 62

onces, solidement adhérent aux organes voisins; capsule épaissie; tissu induré par hépatite interstitielle; nombreuses gommés syphilitiques fermes, quelques-unes aussi grosses que des cerises, distribuées principalement le long de la veine porte et de ses branches, certaines formant saillie à la surface du foie. La veine porte, dans la scissure, est très-dilatée; la rate est ferme et pèse 14 onces. Pas de réaction amyloïde avec le foie, la rate ou les reins. Pleurésie récente des deux côtés; les deux poumons œdémateux.

VII. — INFLAMMATION CATARRHALE DES VOIES BILIAIRES.

Cet état pathologique est ordinairement accompagné de congestion hépatique plus ou moins marquée, et par suite, ses caractères cliniques sont ceux qui appartiennent à la congestion et que je n'ai pas besoin de rappeler, auxquels s'ajoutent ceux qui sont particuliers au catarrhe des voies biliaires et de la vésicule. Ainsi, nous trouvons :

1° Une augmentation du volume du foie, qui, de même que dans la congestion, est uniforme dans toutes les directions et rarement considérable, mais qui est parfois accompagnée d'augmentation de volume de la vésicule qui se présente alors sous forme d'une tumeur plus ou moins pyriforme, faisant saillie au bord antérieur (voir fig. 21, p. 169). Dans quelques cas, on ne peut constater aucun accroissement de volume.

2° La portion du foie faisant saillie au-dessus des côtes est lisse à la palpation.

3° Il y a tout d'abord une sensation de constriction et de distension dans l'hypochondre droit, avec sensibilité à la pression, particulièrement sur la vésicule quand elle est augmentée de volume. Quelquefois cependant il y a peu ou point de douleur ou de malaise. Le pouls est d'habitude d'une lenteur anormale.

4° Comme les conduits biliaires sont obstrués par la tuméfaction de leur muqueuse aussi bien que par les produits inflammatoires qui s'éliminent de leur surface libre, l'ictère au bout d'un jour ou deux est beaucoup plus intense que dans la congestion simple, et les matières ne contiennent pas de bile.

5° Ici encore, les circonstances sous l'influence desquelles la maladie survient, aident beaucoup à poser le diagnostic.

a. Dans une grande majorité des cas, la maladie est précédée de symptômes de catarrhe de l'estomac et du duodénum. L'inflammation, en réalité, débute sur la muqueuse du canal digestif et s'étend de là au canal cholédoque. Par suite, on notera tout d'abord langue épaisse, perte de l'appétit, flatulence, nausées ou vomissements, douleur ou sensibilité à l'épigastre, et quelquefois diarrhée; ces symptômes s'accompagnent souvent de fièvre légère. Au bout de peu de jours, ou plus longtemps

après, l'ictère paraît, et la fièvre, si elle existe, peut tomber, bien que les troubles gastriques persistent. Les enfants sont très-sujets à l'inflammation des voies biliaires et chez eux elle résulte d'une nourriture indigeste ou en excès; et dans ce cas, l'ictère et les autres symptômes disparaissent habituellement au bout de dix ou vingt jours.

b. Le catarrhe des voies biliaires (comme le catarrhe des bronches) n'est pas rare chez des individus de constitution goutteuse, et j'ai plus d'une fois rencontré des cas de ce genre, où les vomissements fréquents, l'émaciation, l'ictère persistant pendant nombre de semaines, ont fait supposer un cancer, mais ont disparu rapidement sous l'influence des purgatifs, du colchique et des alcalins.

c. Le catarrhe des conduits biliaires est une des affections hépatiques qui peuvent être produites par la syphilis. L'ictère, qui n'est pas rare durant ce qu'on appelle la période secondaire, tient ordinairement à cette cause, et c'est surtout dans des cas de cette nature que peut survenir l'atrophie aiguë du foie.

d. L'inflammation des voies biliaires peut être consécutive à la congestion ou autres affections du foie, et dans ce cas ses symptômes peuvent être persistants. Il est probable que le catarrhe des conduits peut non-seulement déterminer la congestion du tissu hépatique, mais en être aussi bien le résultat. Dans le cas où la congestion du foie se développe sous l'influence des circonstances déjà mentionnées, et où, en sus des symptômes de la congestion simple, il y a un ictère prononcé, avec absence de bile dans les matières, on peut conclure qu'il y a catarrhe aussi bien que congestion de ces conduits. D'autres affections du foie, également, telles que la dégénérescence cirreuse et la tumeur hydatique, peuvent accidentellement se compliquer de catarrhe des conduits; et c'est ainsi qu'on voit parfois survenir l'ictère dans des affections hépatiques où il est généralement absent. Dans une autre leçon (leçon VII), j'aurai l'occasion de vous rapporter un exemple d'augmentation de volume du foie par dépôt tuberculeux où l'ictère était vraisemblablement dû à l'inflammation du canal cholédoque.

e. L'inflammation des conduits biliaires et de la vésicule peut être déterminée par l'irritation de calculs ou autres corps étrangers. Dans ces circonstances, on la reconnaît d'après les antécédents de coliques hépatiques, qui cependant faisaient défaut chez un malade mort dernièrement dans nos salles (obs. LXV).

f. Certains poisons, tels que ceux de la pyoémie et le phosphore, seraient, d'après Virchow, susceptibles de provoquer le catarrhe des conduits biliaires (1). La cause de cette forme de catarrhe des voies biliaires, connue

(1) Virchow's *Archiv*, 1865, XXX, H^o 1.

sous le nom d'*ictère épidémique*, réside vraisemblablement dans quelque poison contenu dans l'air ou dans l'eau servant à la boisson.

On peut dire, d'une façon générale, que chez les personnes jeunes le catarrhe des voies biliaires est la cause la plus commune de l'ictère; en outre, chez les personnes d'âge moyen ou avancé, quand on a eu lieu d'exclure la syphilis ou la goutte, l'ictère est probablement dû à quelque autre cause que le catarrhe.

Traitement. — Les règles déjà exposées pour le traitement de la congestion du foie sont aussi applicables au catarrhe des conduits biliaires. Je n'ai que quelques remarques à ajouter :

1° Les sangsues et les ventouses sont moins nécessaires dans le catarrhe simple. Dans la plupart des cas, les sinapismes et les fomentations chaudes, combinés avec les purgatifs, les alcalins et le chlorure d'ammonium, suffisent pour subjuguier la maladie. L'opportunité des déplétions locales dépendra de l'intensité de la douleur et de la congestion existant dans chaque cas.

2° Lorsqu'il y a quelque raison de supposer que l'affection pourrait être de nature goutteuse, on se trouvera bien d'ajouter à la médication indiquée tout à l'heure du colchique et de l'iode de potassium. Dans ces cas aussi, il sera nécessaire de régulariser la fonction digestive généralement troublée, sous peine de voir avant peu reparaitre une nouvelle manifestation du côté du foie.

3° Dans le cas de syphilis, les remèdes les plus efficaces seront le bichlorure de mercure et le chlorure d'ammonium conjointement avec des purgatifs.

4° Il faut parfois modifier le traitement, en présence d'autres maladies du foie dont le catarrhe des voies biliaires n'est qu'une complication.

Lorsque je traiterai de l'ictère, j'aurai à revenir sur ce sujet du catarrhe des voies biliaires. Mais en attendant, je voudrais attirer votre attention sur les cas suivants d'engorgement douloureux du foie accompagné d'ictère, probablement dû au catarrhe des voies biliaires.

OBS. LX. — *Engorgement douloureux du foie avec ictère, dû à un catarrhe des voies biliaires.*

Elisabeth L., âgée de vingt et un ans, servante, fut admise à l'hôpital Middlesex le 7 décembre 1866. Pendant neuf mois, elle a été un peu faible et incapable d'entrer en place; elle a eu aussi quelques troubles gastriques. Dix jours avant son admission, à la cessation de sa dernière époque qui a eu sa durée ordinaire, elle a été prise de violentes nausées et de vomissements, mais sans diarrhée. Cinq jours après cela, elle commença à se plaindre de douleur et de sensibilité dans la région du foie, mais la douleur ne fut jamais bien vive. A peu près en même temps parut un ictère qui alla en

s'accroissant davantage et fut accompagné de vives démangeaisons à la peau.

A son entrée, coloration profondément ictérique de toute la peau et des conjonctives; l'urine est très-foncée et donne les réactions caractéristiques du pigment biliaire; langue très-épaisse; pas d'appétit, mais les vomissements et la douleur dans le côté ont bien diminué. On constate que le bord inférieur du foie faisait une saillie d'environ un pouce au-dessous du rebord costal sur la l. m. d., et il y avait en cet endroit un peu de sensibilité à la pression. Un peu de constipation; selles argileuses, sans trace de pigment biliaire; peau un peu chaude, pouls à 100, température 37°,77. Respiration lente et libre. Bruits du cœur et des poumons normaux.

Comme traitement, on donna fréquemment des purgatifs salins (sulfate de magnésie) et parfois des pilules bleues le soir en se couchant, sans oublier les applications de sinapismes et de cataplasmes sur la région du foie.

Les purgations firent bon effet, et le 17 décembre les symptômes s'étaient considérablement améliorés; le pouls était tombé à 68; la langue était nette; ni nausée ni vomissement; appétit revenu; l'urine contient moins de pigment biliaire. Malgré cela la peau et les conjonctives ne changeaient pas, elles restaient encore profondément ictériques. Une mixture alcaline contenant du bicarbonate de soude, de l'éther chlorique et de la teinture d'orange fut substituée au sulfate de magnésie. On administra encore un purgatif de temps en temps et un bain tiède deux fois par semaine.

Le 20 décembre on constate enfin que la teinte ictérique commence à s'en aller; à partir de cette date, elle s'efface en effet graduellement, et le 7 janvier elle avait complètement disparu. On prescrivit alors une mixture tonique avec de l'acide nitrique et de la quinine, et le 22 janvier la malade quitta l'hôpital en bonne santé.

Les cas suivants sont rapportés comme exemples de catarrhe des voies biliaires survenant chez des goutteux.

OBS. LXI. — *Dyspepsie goutteuse. — Engorgement du foie et ictère catarrhal des conduits biliaires.*

Dans l'automne de 1865, je fus consulté par M. C. D., âgé de trente ans. Son père avait été martyr de la goutte, et un plus jeune frère en avait déjà souffert de très-bonne heure. C. D. n'avait jamais eu de goutte bien manifeste, mais il avait été longtemps sujet à des troubles gastriques caractérisés par des nausées et de la flatulence, et à des douleurs passagères dans les petites articulations. Environ trois semaines avant que je le visse, il avait été pris, environ une heure après le dîner, d'une douleur à l'épigastre, suivie de vomissement et de nausée. Quelques jours après parut l'ictère, qui devint de plus en plus marqué; les nausées continuèrent sans vomissement, et le malade maigrit beaucoup. A l'examen, je trouvai le bord inférieur du foie faisant saillie de plus d'un demi-pouce au-dessous du rebord costal sur la l. m. d., et légèrement sensible à la pression; ictère très-intense, teint olivâtre, vives démangeaisons à la peau et absence complète de bile dans les matières. Urine foncée comme du porter. Pouls à 60; pas d'appétit; nausées

et flatulence toutes les fois que le malade prend quelque chose. Faiblesse extrême, amaigrissement, aspect extérieur, tout cela chez un homme âgé aurait certainement fait croire à l'existence d'une affection maligne de l'estomac ou du foie.

Le traitement consista en l'application de cataplasmes de moutarde et de graine de lin sur la région du foie, des bains tièdes, l'administration de pilules bleues et de purgatifs salins, et une mixture de citrate de potasse et de vin de colchique, enfin un régime composé de lait, thé de bœuf et quelques féculents.

Au bout de deux jours, les symptômes commencèrent à s'améliorer, et vers la fin de la troisième semaine, l'ictère avait complètement disparu et le malade avait recouvré sa santé habituelle.

OBS. LXII. — *Goutte. — Catarrhe des voies biliaires. — Ictère.*

Alfred B., trente-huit ans, coupeur de cuir, entra à l'hôpital Saint-Thomas le 17 novembre 1874. Six ans auparavant, il avait eu pendant douze mois une paralysie faciale à gauche. Il y a dix ans, son frère aîné, plus âgé de quatre ans, a eu la goutte, et le malade lui-même a l'habitude de boire beaucoup de bière. Cinq semaines avant son entrée, les poignets, les doigts, les malléoles et les genoux sont devenus gonflés et douloureux. Au bout de huit à dix jours, la douleur et l'enflure disparurent, mais la peau et les conjonctives devinrent très-jaunes; il y eut de vives démangeaisons à la peau et quelques vomissements.

A son entrée, ictère intense. Foie un peu gros, mesurant 5 pouces sur la l. m. d. Le bord inférieur est lisse et indolent. Langue blanche; appétit modéré; météorisme très-prononcé après les repas; constipation; matières décolorées; pas de vomissement depuis une quinzaine. Urine limpide, mais chargée de pigment biliaire. Pouls à 108; cœur et poumons sains; température 38°,3.

On lui fit prendre trois fois par jour d'une mixture contenant du citrate de potasse, de l'iodure de potassium et du vin de colchique, et le soir de la rhubarbe composée alternant avec les pilules bleues, suivies le lendemain matin d'une médecine noire; diète lactée. Au bout de la semaine, il y eut de la bile dans les matières et l'ictère commença à s'effacer. Le 12 décembre, l'ictère avait complètement disparu, et deux jours plus tard le malade quittait l'hôpital en bonne santé.

Dans les deux cas suivants, le catarrhe des voies biliaires avec ictère parut être d'origine syphilitique.

OBS. LXIII. — *Syphilis constitutionnelle. — Ictère catarrhal.*

Edwin R., âgé de 25 ans, fut admis à l'hôpital Middlesex le 8 décembre 1868. Bonne santé antérieure. Il y a quatre mois, il eut des accidents syphilitiques primitifs, suivis d'engorgement des ganglions inguinaux et de roséole. Quatre semaines avant son entrée, il commença à éprouver des nausées, de temps en

temps des vomissements, une douleur dans l'omoplate, une sensation de pesanteur dans la tête, de l'amblyopie et un grand affaiblissement. Une semaine plus tard parut de l'ictère, de la diarrhée et beaucoup de flatulence.

A son entrée, grande faiblesse, ictère de la peau et des conjonctives, taches nombreuses cuivrées de psoriasis sur la peau. Langue blanche, appétit modéré; douleur dans l'abdomen et éructation de gaz après le repas. Les vomissements et la diarrhée ont cessé; pas de bile dans les déjections. Foie gros, mesurant 6 pouces sur la l. m. d., et s'étendant de 2 pouces au-dessous des côtes; surface lisse et légèrement sensible. Pouls à 84, régulier. Température à 37°,8. Densité de l'urine 1020; pas d'albumine, mais beaucoup de pigment biliaire. Prescription: pilules de coloquinte composée avec du podophyllin, potion au sulfate de magnésie et au séné, et mixture contenant du bitartrate de potasse et de l'éther nitreux.

Sous l'influence de ce traitement, les intestins et les reins reprirent leur libre cours fonctionnel, mais il ne se produisit pas d'amélioration réelle; le 16 décembre, l'ictère n'avait pas du tout diminué, l'urine était chargée de pigment biliaire et les matières argileuses. On fit alors prendre au malade la liqueur de bichlorure de mercure, 4 gram. trois fois par jour. Le 21 décembre, l'urine continuant à renfermer du pigment biliaire, on prescrivit au malade un bain chaud et de la poudre de Dower en se couchant. Quelques jours après, l'ictère commença à s'effacer, et le 30 décembre il n'y avait plus qu'une trace de pigment biliaire dans l'urine, le volume du foie était diminué et l'ictère était presque disparu.

OBS. LXIV. — *Catarrhe des voies biliaires d'origine syphilitique (ou arsenicale?). — Ictère.*

Joséphine S., nourrice, âgée de vingt-neuf ans, fut admise à l'hôpital Middlesex le 30 mai 1871. Dans l'espace de trois ans elle a eu la petite vérole, la fièvre à rechute et la scarlatine. Elle est veuve et a eu quatre enfants, dont un mort-né et un autre n'a vécu qu'un mois. Elle nie avoir eu la syphilis; mais il y a six semaines, elle a eu une ulcération à la gorge qui a duré quelques jours. Le 19 mai, elle remarqua sur les bras, le cou et la poitrine une éruption pour laquelle elle consulta, le 26, un médecin qui lui prescrivit une solution arsenicale dont elle eut à prendre 5 gouttes trois fois par jour. Le 27, après avoir pris sa quatrième dose du médicament, elle eut de fortes nausées, et le lendemain après le dîner, et aussi après la potion, elle vomit et alla quatre fois à la garde-robe. Elle cessa alors le médicament, mais le 29 elle eut de nouveaux vomissements et se plaignit de douleur et de sensibilité dans la région du foie, et vers le soir elle devint ictérique. Le matin de son admission, elle a encore vomi et eu un peu de diarrhée.

État à son entrée. — Ictère prononcé. Éruption de plaques écailleuses, cuivrées, sur les bras, le dos, le devant de la poitrine et le cou. Langue humide, avec enduit blanc et bords rouges; soif intense; pas d'appétit; selles argileuses. Douleur sourde dans l'hypochondre droit, avec un peu de sensibilité au-dessous des côtes droites; le foie dépasse les côtes d'environ un pouce

sur la l. m. d. Densité de l'urine 1025; pigment biliaire abondant, mais pas d'albumine. Température 37°,77 à 38°,6. Pouls à 112; au niveau du troisième espace intercostal gauche on constate une rudesse manifeste du premier bruit du cœur.

On prescrivit à la malade 38 centigrammes environ de calomel, de temps en temps la médecine noire, et une mixture alcaline effervescente et des cataplasmes de moutarde et graine de lin sur le côté droit, avec un régime de lait, pain et thé de bœuf. Le 3 juin, l'éruption a augmenté; la malade se plaint d'avoir mal à la gorge et on trouva une ulcération profonde sur l'amygdale droite. On la toucha avec le nitrate d'argent et on remplaça la mixture précédente par une autre contenant de l'iodure de potassium et du bicarbonate de potasse. Le 1^{er} juin on constate un peu de bile dans les matières, mais il n'y eut pas d'amélioration sensible jusqu'au 8 juin où la bile s'écoula librement dans l'intestin. Le 9 juin, on ne trouve plus trace de pigment biliaire dans l'urine, et à la suite de cela l'ictère s'effaça rapidement. Le 4 juillet la malade est congédiée, parfaitement débarrassée de son ictère, guérie de son ulcération et n'ayant presque plus d'éruption.

Dans le cas suivant, la mort a été déterminée par l'urémie résultant de l'altération des reins; mais les symptômes hépatiques parurent se rattacher à une inflammation de la vésicule et des voies biliaires provoquée par des calculs hépatiques et qui était en voie de guérison avant la mort du malade.

OBS. LXV. — *Inflammation des voies biliaires produite par des calculs hépatiques. — Gangrène du pied. — Affection rénale. — Mort par urémie.*

Beaucoup d'entre vous se rappelleront un malade, J. K., âgé de quarante-neuf ans, qui resta à l'hôpital Middlesex du 27 octobre 1866 jusqu'à sa mort le 21 novembre. Il avait joui d'une bonne santé jusqu'en juin de cette année. A cette époque, il commença à perdre l'appétit, il était abattu, il éprouvait du malaise et de la flatulence après les repas. Vers la même époque il s'enfonça un clou rouillé dans le gros orteil gauche. Il s'en suivit un abcès qui s'ouvrit et continua à donner jusque peu de jours avant son admission. Malgré cela, il avait continué à travailler comme journalier jusque pendant ces trois dernières semaines. Pendant sa maladie, son poids avait baissé de 112 kilog. à 105. Le 20 octobre, il eut un violent frisson avec tremblement qui dura trois heures et fut suivi d'une douleur rongearde, constante et assez intense, avec sensibilité dans la région du foie, vomissement de liquide vert et amer, et céphalalgie. Deux jours après, ictère, démangeaisons et insomnie. En même temps que l'ictère parut, le gros orteil gauche devint noirâtre et l'ulcération s'étendit. Cet homme n'avait jamais éprouvé de symptôme de colique biliaire.

A son entrée, ictère assez intense de la peau et des conjonctives; démangeaisons sur tout le corps, douleur sourde dans la région du foie, qui était augmenté de volume d'une façon uniforme, matité de 5 pouces 1/2 sur la l. m. d. Il y avait aussi une sensibilité marquée en un point correspondant

à la vésicule dont le volume était également accru; abdomen distendu, météorisme; tout ce que le malade prend est rejeté dans l'espace d'une demi-heure. Langue humide, jaunâtre et épaisse; constipation; selles couleur de l'argile. Urine foncée comme du porter et contenant une grande quantité de pigment biliaire, et aussi d'albumine avec des granulations et quelques cylindres graisseux. Sur le dos et à la plante du gros orteil se trouvaient de larges ulcères sanieus, les parties molles environnantes étant très-enflées et livides. Pouls à 72; peau fraîche. Il n'y a pas eu de frissons ni de transpirations. On traita le malade par des vésicatoires et des cataplasmes de moutarde et de graine de lin sur la région du foie et à l'intérieur par du bismuth, l'éther chlorique, les purgatifs, etc.

Pendant quelque temps, il parut y avoir une grande amélioration; l'ictère diminua et la bile reparut en quantité considérable dans les matières. Mais, vers le 12 novembre, les vomissements reprirent avec plus de violence et la prostration augmenta. Le 19 on trouva le pied gauche très-enflé; des lignes livides marquaient sur les jambes le trajet des lymphatiques. Le 20, on ouvre un abcès au-dessus du cou-de-pied gauche; il en sort du pus fétide et un peu de gaz. Le même jour surviennent des convulsions suivies de coma. Les attaques convulsives se succèdent avec rapidité, si bien que le malade en eut près de trente avant sa mort, qui eut lieu le lendemain 21 à 5 heures du soir.

Autopsie. — Cerveau normal, ainsi que ses membranes, sauf qu'il y avait à la base et dans les ventricules latéraux une quantité considérable de liquide qui contenait de l'urée. Reins gros et très-graisseux, dépôt granuleux dans leurs éléments sécrétoires. Foie gros, pesant 80 onces, cellules hépatiques chargées de graisse; lobules plus distincts qu'à l'état normal, donnant à la coupe un aspect granuleux. La vésicule contenait une concrétion noirâtre, aussi grosse qu'une noix et une foule de petits fragments de la même substance à forme irrégulière. Ils étaient en suspension dans une petite quantité de liquide vert foncé qui au microscope contenait quantité de corpuscules du pus. La muqueuse de la vésicule avait un aspect blanchâtre, tirailé; le fond était très-injecté, granuleux et excorié. Les conduits biliaires contenaient un liquide visqueux semblable à celui de la vésicule, avec de fines particules de bile noire épaissie. On ne pouvait le faire sourdre dans le duodénum sans beaucoup de difficulté. Muqueuse de l'estomac et du duodénum très-injectée, avec de nombreuses petites ecchymoses, et sa surface recouverte d'une couche épaisse de mucus visqueux. Œdème considérable et congestion des deux poumons. Graisse en quantité déposée par tout le corps; toutes les parties molles profondément ictériques.

J'ai maintenant à appeler votre attention sur une autre forme d'augmentation de volume du foie, avec douleur et ictère.

VIII. — AUGMENTATION DE VOLUME PAR OBSTRUCTION DU CANAL CHOLÉDOQUE PAR DES CALCULS, DES TUMEURS, ETC.

L'obstruction du canal cholédoque peut produire l'augmentation de volume du foie de deux manières :

a. En causant la dilatation des voies biliaires par l'accumulation de la bile à leur intérieur. Il n'est pas rare de trouver les canaux plus larges que le doigt médius, et on connaît bien des cas où ce calibre a été dépassé;

b. En déterminant l'inflammation des voies biliaires associée à un état congestif plus ou moins prononcé et un développement exagéré du tissu connectif. Le foie est, dans ces cas, d'une teinte bilieuse très-marquée ou bien vert olive, et sa consistance est plus ferme. Il ne faut pas oublier cependant que si l'obstruction persiste assez longtemps, le foie peut finalement se rétracter en deçà de son volume normal, son tissu glandulaire s'atrophiant par la pression des conduits biliaires distendus et du tissu connectif de nouvelle formation. Au microscope, on trouve les cellules hépatiques atrophiées et contenant souvent une quantité anormale d'huile, et si la maladie a duré assez longtemps, elles peuvent être complètement détruites. On trouve en même temps dans les canalicules biliaires de la bile sous forme de cristaux irréguliers, brillants, rouge rubis, différents par leur forme des cristaux d'hématoïdine. L'hypermégalie primitive est ordinairement suivie d'atrophie au bout environ de trois à quatre mois, mais le temps varie suivant les cas.

Les caractères distinctifs de la forme de foie gros qu'on observe dans ces circonstances, sont les suivants :

1° L'augmentation de volume est rarement considérable, et sauf une exception importante, elle est uniforme dans tous les sens. L'exception dont je viens de parler est due à l'augmentation de volume de la vésicule biliaire qu'on peut sentir souvent sous forme d'une grosseur pyriforme faisant saillie au bord inférieur du foie. Cet accroissement de volume est déterminé d'abord par l'accumulation de la bile, mais souvent aussi par l'adjonction ou la substitution de produits inflammatoires. Le docteur Bright a rapporté un cas dans lequel la vésicule était tellement augmentée de volume qu'elle formait une tumeur ovale descendant presque jusqu'à la crête de l'ilium. Vous avez eu l'occasion d'observer une tumeur de même nature, quoique moins grosse, dans le cas de J. W... (V. obs. LXVI et fig. 21.)

2° Il y a ictère, et si c'est un calcul qui est la cause de l'obstruction, cet ictère, de même que la douleur dont je parlerai tout à l'heure, atteint tout d'abord son paroxysme, mais il persiste, et ordinairement avec une certaine intensité, tout le temps que le foie est engorgé, et en même temps les garde-robes sont complètement dépourvues de pigment biliaire. Dans les cas d'ictère persistant, où d'après la couleur des matières il est évident que la bile ne passe plus dans l'intestin depuis plusieurs semaines, on ne peut guère douter qu'il y ait obstruction du canal cholédoque; et si l'ictère a été précédé de douleur paroxystique, la cause de

L'obstruction est probablement un calcul qui est engagé. Mais si l'ictère n'a pas été manifestement précédé de douleur paroxystique, il peut être difficile de dire si l'obstruction est due à une oblitération organique du canal, à son ouverture duodénale, par un ulcère ou une tumeur cancéreuse du duodénum, ou à une tumeur située sur quelque point du canal ou extérieure et le comprimant. Les règles qui devront vous guider dans ces cas trouveront mieux leur place quand je vous exposerai les différentes formes de l'ictère par obstruction du canal cholédoque.

3° La douleur et la sensibilité dans la région du foie et particulièrement au niveau de la vésicule grossie, existent dans la plupart des cas. La douleur la plus intense s'observe lorsqu'il y a une périhépatite ou un cancer du foie, ou lorsque le cholédoque est comprimé par une tumeur qui comprime en même temps et tiraille les plexus nerveux hépatiques. Si l'obstruction est due à un calcul engagé dans le canal, il y aura des antécédents de crises douloureuses paroxystiques, avec les autres phénomènes de colique biliaire; mais toute douleur peut avoir cessé quand vous êtes appelé à voir le malade.

4° Le diagnostic sera ordinairement aidé par la présence des symptômes particuliers aux diverses conditions morbides qui amènent l'obstruction du canal cholédoque et qui seront examinées dans la leçon consacrée à l'ictère.

Le traitement de cette forme d'augmentation de volume du foie ou plutôt de ses diverses causes, sera également exposé en traitant de l'ICTÈRE.

En attendant, je puis rappeler à votre souvenir le cas suivant que vous avez pu observer pendant plusieurs semaines et qui est un bon exemple d'augmentation de volume du foie et d'ictère probablement d'origine calculuse, avec cette restriction cependant que l'âge du malade était bien au-dessous de celui auquel on rencontre ordinairement les calculs biliaires. L'augmentation de volume de la vésicule et bon nombre des autres symptômes semblèrent être l'effet de l'inflammation catarrhale des canaux biliaires et de la vésicule, déterminée par un calcul.

OBS. LXVI. — *Augmentation de volume du foie et dilatation de la vésicule due à l'obstruction du canal cholédoque par un calcul.*

John W., âgé de trente ans, tailleur de pierre, fut admis à l'hôpital Middlesex le 5 février 1867. Il avait toujours joui d'une bonne santé lorsque, il y a six mois, il fut pris de douleurs aiguës, paroxystiques dans l'abdomen. Pendant une semaine il aurait eu plusieurs paroxysmes par jour et aurait ensuite été débarrassé de toute crise pendant une semaine, et durant cet intervalle il aurait été capable de reprendre son travail. Ces crises n'étaient pas accompagnées de vomissement, mais la première fut suivie d'un ictère qui ne

l'a jamais quitté. Les paroxysmes ont continué à reparaitre pendant six semaines, mais après il n'en a plus eu; il s'était plaint cependant de flatulence, de démangeaisons à la peau, et il avait maigri. A son entrée, ictère général d'intensité modérée; l'urine est chargée de pigment biliaire, mais les matières n'en contiennent pas. La matité hépatique est un peu et uniformément étendue, elle mesure 5 pouces sur la l. m. d. On ne peut découvrir de tumeur correspondant à la vésicule, mais elle pouvait bien être masquée par la distension flatulente des intestins; pas d'ascite. La langue est humide et n'est que légèrement épaisse. Bon appétit; pas de vomissement; mais le malade est obligé d'apporter une grande attention au régime, parce qu'il est sujet à la flatulence et au malaise après le repas. Pouls à 72.

Environ une quinzaine après son entrée, le malade empira notablement, et le 20 février on constata que l'ictère était plus intense, l'urine plus foncée et la matité hépatique plus étendue, mesurant largement 5 pouces 1/2 sur la l. m. d. En outre, on trouvait maintenant, au niveau du point occupé par la vésicule, une tumeur distincte (voy. fig. 21) dépassant de 1 pouce 1/2 le bord du foie, mesurant 2 pouces 1/2 transversalement et sensible à la pression. La température s'était élevée à 40°,11 et le pouls à 96. La langue était un peu sèche, les matières complètement dépourvues de bile. Ces symptômes continuèrent, avec des vomissements de temps en temps, pendant plusieurs jours; mais le 25 février, la température avait baissé à 37°,33 et le 27 à 36°,11. Le 1^{er} mars, le pouls était au-dessous de 72, et la tumeur située dans la région de la vésicule avait disparu. Le 4 mars, les déjections contenaient beaucoup de bile et l'ictère était en train de s'effacer. Au commencement d'avril, l'ictère avait presque complètement disparu, et en mai le malade fut en état de reprendre son travail.

On rechercha avec soin les calculs biliaires dans les matières pendant les dix jours qui suivirent le 24 février, mais on n'en trouva pas. Il se peut qu'un calcul ait été désagrégé, ou bien qu'il ait rétrogradé dans la vésicule. Durant la période aiguë, on traita le malade par les alcalins, l'ammoniaque, l'éther, la belladone et l'opium. Pendant la convalescence, la strychnine parut diminuer la flatulence, et la disparition de l'ictère fut aidée par les bains chauds et les diaphorétiques.

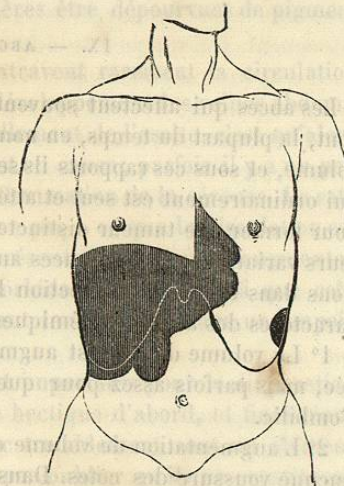


Fig. 21. — Aspect du foie augmenté de volume et de la tumeur dans le cas de J. W., le 20 février. — Comparez avec la figure 3, page 4.