

OBSERVATION CXI. — *Plaie grave de la tête par une chute, delirium tremens, gangrène de la plaie, frissons répétés, tuméfaction de la rate, ictère, mort.*

Autopsie : *Fracture de l'occipital, suppuration du diploé, thrombus ramolli dans le sinus transverse, foyers métastatiques dans le poumon droit, exsudat pleurétique sanguinolent, abcès du foie, phlébite hépatique.*

Fr. Reczinsky, ouvrier, âgé de 58 ans, resta en traitement à l'hôpital Allerheiligen de Breslau, du 31 mai au 21 juillet. Le 30 mai, étant en état d'ivresse, il tomba dans un escalier, et resta deux jours sans soins.

On constate dans le voisinage de la suture lambdoïde une plaie à bords sphacétés, s'étendant sur les deux pariétaux, sans lésion apparente des os. (Applications réfrigérantes, sulfate de soude.) Le jour suivant, delirium tremens, qui persiste jusqu'au 4 juin et cède à l'emploi des opiacés. Pendant ce délire, le malade arracha à plusieurs reprises l'appareil de pansement, la gangrène s'étendit, les os se dénudèrent et devinrent rugueux. Pansement avec de l'eau chlorurée.

5 juin. — L'excitation reparait; contraction lente des pupilles, vomissements, constipation, pouls à 110, accès de frisson répétés, tuméfaction de la rate. Calomel, et ensuite quinine.

16. — La fièvre a disparu, le malade a toute sa connaissance, la plaie est granuleuse.

17 et jours suivants. — Nouveaux frissons suivis de sueurs profuses, somnolence, accroissement du gonflement de la rate. Vomissements, collapsus, ictère.

Mort le 21.

Autopsie 10 heures après la mort. — Fissure de 2 pouces de longueur sur l'occipital, s'étendant jusqu'au trou déchiré postérieur; diploé d'une teinte sale et infiltré de pus; dure-mère séparée des os, dans l'étendue d'un thaler, par un foyer purulent qui va jusqu'au sinus transverse. Ce sinus contient un caillot ramolli, se prolongeant jusque dans le golfe de la veine jugulaire. La substance corticale du lobe postérieur du cerveau présente, par places, du ramollissement et une teinte anormale.

Deux livres d'un liquide trouble et sanguinolent dans la plèvre droite. Le lobe supérieur du poumon de ce côté contient un foyer purulent dont la grosseur égale presque une noisette, et dont les bords sont brunâtres; le lobe inférieur présente un infarctus de 2 pouces de longueur et de 1 pouce 1/2 de largeur; celui-ci est d'une couleur brune, et on y trouve seulement quelques points purulents. Ces points de suppuration ne sont autre chose que les branches de l'artère pulmonaire, qui contiennent des thrombus purulents. Pas d'altération appréciables au cœur.

Rate volumineuse et molle.

Foie tuméfié et gras. La surface de la coupe présente de nombreux foyers d'un jaune sale, du volume d'une lentille à celui d'une cerise, sur lesquels on reconnaît encore la structure lobulaire du parenchyme; les points jaunes sont entourés d'une zone foncée (1). Les branches des veines hépatiques voisines sont en certains points remplies par des caillots en voie de décomposition purulente, et dans certaines parties, leurs parois sont altérées seulement d'un côté. L'abcès s'aperçoit par transparence à travers leur membrane interne; sur ce point, la paroi du vaisseau est inégale, recouverte de dépôts fibrineux, en partie déjà déchiquetée en lambeaux. Les branches de la veine porte sont à l'état normal.

Tuméfaction des glandes solitaires et de Peyer dans l'iléum; muqueuse de l'estomac et de l'intestin normale.

(1) Voy. planche XIII, fig. 1 et 3.

## CHAPITRE XV

### MALADIES DES VOIES BILIAIRES.

Les conduits excréteurs du foie, depuis leur origine dans le parenchyme glandulaire jusqu'à leur terminaison dans le tube digestif, sont, aussi souvent que la partie sécrétante de l'organe, exposés à des maladies susceptibles d'occasionner des troubles nombreux, soit par une rétention du produit de sécrétion, soit par une extension du travail morbide aux tissus voisins.

Ces maladies ont leur point de départ, tantôt dans la muqueuse intestinale qui se continue avec la membrane interne des conduits biliaires, tantôt dans le parenchyme hépatique; fréquemment aussi elles sont dues à des corps étrangers, comme des calculs, des entozoaires, etc., qui s'engagent dans ces conduits; enfin elles peuvent dépendre de conditions générales beaucoup moins bien déterminées, telles que les influences atmosphériques, les miasmes paludéens, les altérations de composition du sang consécutives au typhus et aux autres états pathologiques analogues.

Les maladies des voies biliaires n'ont pas encore été suffisamment étudiées, et cette étude présente de grandes difficultés, au nombre desquelles nous pouvons placer le manque de connaissances précises sur le mode d'origine des conduits biliaires, l'extrême finesse de leurs dernières ramifications, la rareté des occasions d'examiner d'assez bonne heure leurs altérations, etc.

#### Art. 1. — Inflammation des conduits biliaires.

Elle se présente sous plusieurs formes :

1° Comme inflammation catarrhale, accompagnée d'une sécrétion muqueuse abondante;

2° Comme inflammation exsudative, qui peut être soit albumineuse et purulente, soit fibrineuse et solide, soit diphthérique, soit enfin à tendance ulcéreuse.

## § 1. — CATARRHE DES VOIES BILIAIRES.

Il se reconnaît aux mêmes caractères que les catarrhes des autres membranes muqueuses. Toutefois, on a rarement l'occasion de constater les altérations de la première période de la maladie; au moment de l'examen, le plus souvent, l'injection de la muqueuse a disparu; on trouve celle-ci pâle ou d'une teinte livide, mollasse, boursoufflée, couverte d'un liquide visqueux, d'aspect vitreux ou gris jaunâtre et purulent. Quelquefois on rencontre des bouchons de mucus concret, particulièrement dans l'orifice duodénal du canal cholédoque. Le gonflement de la muqueuse et la présence d'un produit de sécrétion visqueux rétrécissent le calibre des conduits, et gênent le passage de la bile; quelquefois même l'obstruction est complète.

Ces altérations se voient surtout dans la partie inférieure du canal cholédoque et dans la vésicule, plus rarement dans le canal hépatique et ses divisions.

L'inflammation catarrhale des voies biliaires disparaît ordinairement en quelques semaines sans laisser de traces; le boursoufflement de la muqueuse s'efface, la sécrétion revient à l'état physiologique, la bile reprend son libre cours.

Dans des cas rares, surtout lorsque la cause est permanente, comme dans les cas de calculs biliaires, etc., la maladie passe à l'état chronique. Alors les parois des canaux deviennent plus épaisses, et l'arrêt de la bile détermine leur dilatation; celle-ci est tantôt cylindrique et étendue, tantôt elle forme des poches ovales (1). Dans le produit sécrétoire, stagnant et riche en mucus, se forment parfois des dépôts et des calculs; quelquefois aussi les parois s'ulcèrent et il en résulte des cavités simulant des abcès dont le volume est plus ou moins considérable (2). Il est rare de voir le catarrhe simple donner lieu à des altérations de cette gravité; celles-ci ne sont communes que dans les cas d'obstruction des conduits biliaires par des calculs ou des produits de nouvelle formation.

Il peut arriver, comme fait exceptionnel, qu'à la suite du catarrhe, quelques conduits biliaires restent oblitérés; le foie présente alors çà et là des îlots, qui sont colorés par la bile et dont les conduits biliaires sont dilatés, tandis que la plus grande partie de la glande a repris sa couleur et sa structure normales (3).

(1) Voy. plus bas : *Dilatation des voies biliaires.*

(2) Observation cxv.

(3) Observation cxiv.

Le catarrhe de la vésicule biliaire existe assez souvent à l'état isolé, sans participation du reste des voies biliaires. Il se développe facilement, lorsque par suite d'une abstinence de longue durée ou de quelque autre cause, la bile stagne longtemps dans la vésicule, s'épaissit et s'altère; il concourt essentiellement alors, comme nous le verrons plus tard, à la formation des concrétions. En effet, le gonflement catarrhal du col de la vésicule et du canal cystique s'oppose à la sortie du contenu vésiculaire, et facilite la formation du noyau des calculs biliaires aux dépens du mucus très-riche en sels de chaux.

D'autre part, le catarrhe est souvent la conséquence de la présence de calculs existant antérieurement. Dans ce cas la maladie aboutit souvent à l'inflammation exsudative et à l'ulcération. On voit alors survenir quelquefois la perforation et des troubles graves de la nutrition des parois de la vésicule, tels que l'atrophie, l'ossification, etc. Nous reviendrons plus tard sur ces lésions.

## ÉTILOGIE.

L'inflammation catarrhale des voies biliaires reconnaît pour cause la plus ordinaire l'extension d'une affection semblable de l'estomac ou de l'intestin au canal cholédoque par le duodenum. Sur 41 cas j'ai pu trouver dans 34 les symptômes du catarrhe gastro-intestinal comme précurseurs. Toutes les influences capables de déterminer cette dernière affection, telles que l'ingestion d'aliments trop copieux ou de digestion difficile, les spiritueux, le refroidissement et d'autres conditions météorologiques, qui provoquent un grand nombre d'affections gastriques en été et en automne, peuvent ainsi donner lieu à l'ictère catarrhal. C'est de cette manière qu'on voit la maladie apparaître çà et là sous forme épidémique.

Le catarrhe des voies biliaires trouve encore une autre raison d'être dans les affections du foie, qui s'accompagnent d'hypérhémie de la muqueuse des voies biliaires. Ici viennent se ranger les différentes sortes de congestion du foie, l'inflammation chronique et, plus rarement, les dégénérescences graisseuse et cérumineuse.

On pourra donc voir l'ictère se développer sous l'influence de causes légères, chez les individus qui présentent de ces altérations du parenchyme hépatique.

Enfin nous trouvons encore une cause de catarrhe dans les corps étrangers pouvant pénétrer dans les voies biliaires, tels que les calculs, les ascarides, les distomes, etc.

## SYMPTOMES ET MARCHÉ.

La maladie débute ordinairement par les symptômes d'un catarrhe gastrique : gonflement et pression à l'épigastre, enduit saburral de la langue, défaut d'appétit, malaise, etc., accidents qui s'accompagnent quelquefois d'un léger degré de fièvre. Les selles sont ordinairement rares, quelquefois la coïncidence d'un catarrhe intestinal produit de la diarrhée. Après plusieurs jours, ou par exception, après plusieurs semaines de durée de ces malaises, on observe une légère teinte ictérique de la peau et des urines, avec les autres symptômes qui accompagnent l'ictère, diminution de la fréquence du pouls, prurit, etc. Les fèces se décolorent et prennent graduellement un aspect argileux ; la matité hépatique augmente, l'hypochondre droit devient sensible à la pression, dans quelques cas la vésicule biliaire forme sur le bord de la glande une tumeur pyriforme.

Les symptômes gastriques peuvent persister ou disparaître complètement, et dans ce dernier cas, à l'exception de l'ictère et de la paresse de l'intestin, les malades n'accusent aucune souffrance.

La durée de l'ictère est ordinairement de trois semaines ; alors les selles reprennent la couleur normale, l'urine perd sa teinte foncée, on n'y retrouve plus le pigment biliaire, et peu à peu les téguments reprennent leur coloration habituelle.

Plus rarement la maladie se prolonge deux ou trois mois, et la bile ne reprend son cours qu'au bout de ce temps (1).

Telle est la marche habituelle du catarrhe des voies biliaires, lorsqu'il a son point de départ dans l'estomac ou l'intestin. Lorsqu'il provient d'une maladie du foie, sa durée varie selon la nature de cette affection ; le plus ordinairement alors le catarrhe disparaît rapidement, l'ictère acquiert peu d'intensité, la bile ne disparaît pas complètement dans les fèces, les troubles digestifs sont moins prononcés ; mais en revanche, les accidents se reproduisent plus aisément.

Lorsque le catarrhe est dû à des calculs, il est ordinairement précédé par des accès de colique ; sa marche alors n'a rien de déterminé, sa durée est souvent fort longue, et il peut finir par amener des symptômes graves. Dans d'autres circonstances il peut avoir une terminaison heureuse et rapide ; tout dépend ici du nombre et du volume des calculs.

Le catarrhe n'occasionne ordinairement que des troubles légers, lorsqu'il se limite à la vésicule biliaire ; il n'y a pas d'ictère, les mala-

(1) Observation cxiii.

des accusent une douleur sourde dans la région de la vésicule, celle-ci forme quelquefois une tumeur appréciable au toucher, il y a du malaise et une fièvre légère (1).

Souvent les symptômes sont si peu marqués que la maladie passe complètement inaperçue.

## DIAGNOSTIC.

L'ictère catarrhal simple est d'habitude facile à reconnaître : la préexistence ou la coïncidence des symptômes du catarrhe gastro-intestinal, le peu d'importance et souvent même l'absence complète des modifications du foie, le développement rapide de la maladie, surtout sur des sujets jeunes et en parfaite santé d'ailleurs, l'insignifiance des troubles généraux, telles sont les circonstances qui peuvent servir de base au diagnostic. Pour se mettre à l'abri de l'erreur, on ne devra cependant, dans aucun cas, négliger de s'assurer, par une exploration rigoureuse, de l'absence de toute autre affection du foie ; l'ictère qui accompagne la cirrhose, le carcinome et d'autres lésions graves du foie, peut ressembler beaucoup à l'ictère catarrhal simple, et souvent on ne reconnaît sa nature que par un examen attentif. Dans les cas d'oblitération des canaux cholédoque ou hépatique, lors de leur compression par des tumeurs d'un petit volume, inaccessibles à la palpation, il arrive souvent qu'on ne peut être fixé que par la marche ultérieure de la maladie. La première période de l'hépatite diffuse et de l'atrophie aiguë du foie est quelquefois très-facile à confondre avec le catarrhe des voies biliaires, ainsi que nous l'avons déjà fait observer (2).

L'inflammation catarrhale dépendant de calculs se reconnaît habituellement à de violentes douleurs de nature cardialgique ou inflammatoire, à l'apparition et la disparition rapide de l'ictère ; il y a cependant encore ici des cas exceptionnels, dans lesquels on ne reconnaît que plus tard la véritable nature du mal à des signes positifs.

## TRAITEMENT.

Il faut avant tout avoir égard aux causes qui ont déterminé le catarrhe des voies biliaires. On s'attaquera aux troubles gastriques tant qu'il en existera ; quand la langue est très-chargée, qu'il y a des nausées et de la tension à l'épigastre, on administre le tartre stibié, d'abord à doses réfractées, et plus tard en une seule fois. Quand l'affection de

(1) Graves, *Clinic. Medic.*, p. 364.

(2) Chap. vi.

l'estomac est moins prononcée, les purgatifs salins tels que le sulfate de soude dans une décoction de tamarin ou de chiendent, la crème de tartre, etc., conviennent mieux. S'il existe de la diarrhée, on donne la préférence à l'infusion de racine d'ipécacuanha, ou à la poudre de Dower. On ajoute un bain chaud à l'emploi des mêmes moyens, lorsque le catarrhe des voies biliaires est la conséquence d'un refroidissement. On restreint le régime aux substances végétales douces.

Lorsque la maladie se prolonge, on entretient les évacuations par une infusion de rhubarbe additionnée de carbonate de soude, ou par de petites doses d'extrait aqueux d'aloès, par la teinture de coloquinte et autres moyens analogues. Dans les cas où le mal est opiniâtre, on peut essayer d'un émétique qui expulsera les bouchons muqueux du canal cholédoque en poussant le contenu des voies biliaires dans le canal; mais on ne doit avoir recours à ce moyen que lorsque le diagnostic est bien précis.

J'ai trouvé d'un emploi utile les acides végétaux, comme le suc de citron, donné journellement à la dose d'une once et demie à trois onces, le tartrate acide de potasse, etc., et les acides minéraux, particulièrement l'eau régale.

Lorsque le catarrhe des voies biliaires se répète fréquemment et accompagne la dégénérescence graisseuse, le gonflement hypérhémique ou l'inflammation chronique du foie, on doit avoir recours aux eaux de Carlsbad, de Marienbad, de Kissingen ou de Hombourg; pour les constitutions faibles, aux eaux minérales d'Éger, au Kesselbrunnen d'Ems. C'est à ces cas que conviennent aussi les sucres d'herbes, la cure du raisin, ou dans l'impossibilité d'avoir recours à ces moyens, les extraits amers de taraxacum, de chardon béni, de chélidoine, etc.

Lorsqu'il existe des calculs biliaires, c'est à eux que doit s'appliquer le traitement.

Qu'on se reporte en outre à ce que nous avons dit du traitement de l'ictère (1).

Je vais rapporter ici trois observations choisies parmi un grand nombre, comme exemples des différences que peut présenter la marche du catarrhe des voies biliaires.

OBSERVATION CXII. — *Émotion vive pendant la menstruation, symptômes de catarrhe gastrique, ictère, décoloration des selles, qui reviennent à l'état normal, en quelques jours, par l'emploi de la rhubarbe et du carbonate de soude. Fièvre intermittente cédant à la quinine; guérison.*

W. Kramer, âgée de 21 ans, entra à l'hôpital de la Charité le 4 mars et en sortit le 2 avril 1860.

(1) Pages 107 et suivantes.

La malade nous rapporte qu'il y a trois semaines, elle éprouva un violent mouvement de colère pendant la menstruation; l'appétit disparut, elle ressentit des frissons qui revenaient souvent, et une vive démangeaison à la peau. Huit jours après, elle vit paraître une teinte ictérique des téguments qu'avait précédée une coloration jaunâtre de la conjonctive. Plus tard, elle fut frappée de la couleur rouge brun foncé de son urine, sur laquelle se formait une mousse jaunâtre; en même temps, les selles se décolorent et devinrent plus dures, tout en conservant leur fréquence habituelle. Légère sensibilité à l'épigastre; le foie n'est pas sensiblement tuméfié, la rate l'est modérément.

Les jours suivants, sous l'influence de l'emploi d'une infusion de racine de rhubarbe avec du bicarbonate de soude, les garde-robes parurent d'abord plus denses et colorées par la bile, ensuite elles devinrent abondantes et liquides tout en restant colorées; l'urine s'éclaircit; les autres symptômes restèrent les mêmes. Le 8 mars, les règles parurent avec peu d'abondance.

Dans la nuit du 8 au 9 mars, vers 3 heures, la malade éprouva un frisson violent qui dura 4 heures, et fut suivi d'une aggravation des symptômes gastriques, avec douleur dans la région de l'estomac; ce frisson se répéta les trois nuits suivantes, en avançant chaque fois; ce ne fut qu'au quatrième accès que le frisson peu intense, survenu vers la fin de l'après-midi, fut suivi de chaleur et de sueur; le 12, à 6 heures 1/2 du soir, il survint, sans frisson précurseur, une chaleur intense qui dura jusqu'à minuit et fut suivie d'une sueur froide. Dans cet intervalle, les selles restèrent colorées et consistantes comme une bouillie épaisse, sous l'influence de la continuation de l'infusion de rhubarbe. L'urine, d'un brun foncé, se couvrait d'une mousse verdâtre, l'ictère diminuait rapidement, le prurit disparaissait avec lui; les règles s'arrêtèrent dès le 10.

Le sulfate de quinine fit cesser les accès intermittents. La céphalalgie, une insomnie non constante, l'enduit de la langue et le défaut d'appétit persistèrent jusqu'à ce que les selles, qui s'étaient ralenties, fussent régularisées par l'emploi des purgatifs; à partir de ce moment, tous les symptômes morbides disparurent, de sorte que le 26 mars la santé générale était parfaite, malgré la persistance d'une légère teinte ictérique de la conjonctive; la malade sortit guérie le 2 avril.

A côté de ce cas à marche rapide, nous allons en rapporter un où la maladie dura plusieurs mois et ne céda qu'à l'emploi de l'eau de Carlsbad, après qu'on eut essayé inutilement tous les moyens ordinaires.

OBSERVATION CXIII. — *Récidives de fièvre intermittente, sentiment de pression à l'épigastre et dans l'hypochondre droit pendant plusieurs semaines, ictère qui persiste malgré l'emploi de l'acide benzoïque, d'un émétique, de la rhubarbe jointe au carbonate de soude, de l'eau régale, etc. Cet ictère disparaît sous l'influence de l'eau de Carlsbad, après quinze semaines de durée.*

Groefarth, âgé de 33 ans, entra le 4 février à la Clinique de l'hôpital de la Charité et en sortit le 7 avril.

Il eut à l'âge de 17 ans une fièvre intermittente de très-courte durée; en 1849, il fut atteint d'un typhus abdominal, et trois ans plus tard, il eut pour la seconde fois une fièvre intermittente qui dura 14 jours. Depuis lors, il avait toujours été bien portant jusqu'il y a trois mois. A cette époque il ressentit des douleurs à l'épigastre et dans l'hypochondre droit, sans troubles appréciables de la santé générale; quatre semaines après le début de ces douleurs, il remarqua que les téguments prenaient une teinte jaunâtre, que ses selles étaient d'un gris blanchâtre et ses urines foncées. Pendant un traitement de cinq semaines dans une autre clinique, l'ictère pa-

rait avoir diminué un peu; dans les trois dernières semaines on ne fit plus rien. Appétit et état général satisfaisants. *Prescript.* : Sulfate de soude et potion avec bicarbonate de soude, eau et sucre blanc, à prendre par cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Pendant les premiers jours de son séjour à l'hôpital, les symptômes que nous avons décrits ne subissent aucun changement, les selles et les urines conservent leur couleur anormale. Sous l'influence de l'acide benzoïque pris d'heure en heure, en doses obtenues en fractionnant 5 grains en 4 parties, l'urine, jusque-là d'un rouge brun foncé, prend une teinte d'un rouge jaunâtre et donne la réaction de l'acide hippurique (1). L'ictère n'en persiste pas moins; un émétique composé de tartre stibié et de racine d'ipécacuanha provoque des vomissements répétés, mais sans rétablir le cours de la bile. On employa aussi inutilement une infusion de racine de rhubarbe, additionnée avec le bicarbonate de soude et le sirop d'écorce d'orange, plus tard une potion composée d'acide chlorhydrique, d'acide nitrique, d'eau distillée et de sucre, dont on donnait une cuillerée à bouche toutes les trois heures: le résultat resta nul.

1<sup>er</sup> mars. — Au matin, sueur abondante qui fait placé à une grande lassitude; prurit à la plante des pieds, langue nette, appétit bon; trois selles dans la journée, en bouillie épaisse et d'un blanc grisâtre comme précédemment; urine foncée, d'un brun jaune, assez limpide, un repos prolongé la rend encore plus foncée.

Le 2. — Nuit bonne, pas de sueurs, état général meilleur, persistance du prurit à la plante des pieds.

Les jours suivants la coloration ictérique de la peau paraît augmenter; le 8 mars, on ordonne au malade de prendre chaque matin jusqu'à 3 verres du Mühlbrunnen de Carlsbad.

Le 10. — Urine un peu plus claire, les selles commencent à prendre une légère teinte brun grisâtre.

Le 16. — État satisfaisant, l'appétit est très-bon et la digestion se fait bien. Depuis l'après-midi de la veille les selles ont une couleur gris jaune et une consistance de bouillie; l'ictère s'affaiblit. A partir du 18, quatre verres du Mühlbrunnen de Carlsbad.

Les jours suivants, les selles deviennent d'un jaune foncé et finissent par prendre la couleur et la consistance normales, l'urine s'éclaircit et devient jaune d'or, l'ictère diminue graduellement. Appétit, digestion, état général très-satisfaisants.

Le 7 avril. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION CXIV. — *Fièvre intermittente guérie par la quinine; urticaire, ictère avec selles tantôt pâles tantôt colorées, hémorragies intestinales et gastriques profuses, persistantes; œdème des pieds, ascite; mort par épuisement.*

Autopsie: — Foie petit et un peu induré, coloré en vert-olive par places et présentant une dilatation des ramifications capillaires des conduits biliaires;

(1) Kühne prétend avoir constaté que, chez les ictériques, l'acide benzoïque ne se transforme pas en acide hippurique. Je ne puis admettre cette assertion, attendu que, dans un certain nombre de cas d'ictère causé par diverses altérations, telles que le catarrhe des voies biliaires, le carcinome du foie, la cirrhose, j'ai retrouvé l'acide benzoïque dans les urines sous forme d'acide hippurique. Dans quelques cas la métamorphose ne s'opérait pas, et cela avait lieu, non-seulement chez des individus atteints de maladie du foie, mais aussi chez des sujets relativement sains. Les conditions qui établissent ces différences sont inconnues.

*destruction d'une partie des capillaires de la veine porte; pas de perte de substance de la muqueuse gastro-intestinale.*

Aloys Kuhnert, ouvrier, âgé de 48 ans, resta en traitement depuis le 1<sup>er</sup> janvier jusqu'au 6 avril 1858.

Il était atteint d'une fièvre intermittente qui durait depuis plusieurs semaines et qui céda à l'emploi de la quinine. Le 25 janvier, au moment où selon toute apparence il allait sortir guéri, il fut pris brusquement d'un violent frisson suivi de sueur; le jour suivant la peau était couverte d'une urticaire confluyente; perte de l'appétit, vomissements et diarrhée. Le catarrhe gastrique et la diarrhée avaient disparu le jour suivant, l'exanthème persista trois jours.

Le 28 janvier. — L'urine commença à prendre l'aspect ictérique, les selles devinrent argileuses, le pouls se ralentit. Le 29 la peau devint jaune, et le 3 février l'ictère était déjà très-prononcé. *Prescript.*: Élixir de propriété de Paracelse. Bien que les selles des jours suivants fussent brunes, la coloration de la peau et des urines resta cependant la même.

Le 9. — Les selles redeviennent argileuses, l'urine au contraire est plus claire; appétit et sommeil bons. Pouls à 60; un peu de prurit.

Le 13. — Le malade rend, avec une selle ferme et d'un brun clair, 6 onces environ de sang liquide et foncé. Urine abondante, encore fortement colorée par la bile.

Les selles sanguinolentes persistent jusqu'au 3 mars, malgré la suppression des préparations d'aloès et l'emploi des lavements d'alun.

Le 23 février. — Pouls à 84, apathie et affaissement très-prononcés, diminution de l'appétit, langue nette; urine d'un noir foncé, selles pâles; légère ascite. Le foie mesure 11 centimètres sur la verticale du mamelon droit; l'épigastre ne présente pas de matité, mais seulement la résonnance stomacale. *Prescript.*: Eau de Seltz.

Le 25. — L'urine n'offre plus de traces appréciables de pigment biliaire, sa densité est de 1009; les selles renferment une quantité considérable de sang liquide, d'un rouge foncé.

Le 3 mars. — Les selles ne contiennent plus de sang, grâce à l'administration de l'ergotine; l'urine est beaucoup plus claire, l'ictère diminue, l'appétit augmente, les selles sont brunes. Pouls à 72.

Le 5. — L'urine est redevenue complètement noire, selles brunes, appétit et sommeil bons. Pouls à 84, petit.

Le 10. — Ascite modérément développée, légère infiltration des pieds; foie fortement refoulé en haut par la tympanite intestinale. L'urine a repris une teinte biliaire très-prononcée, selles argileuses, l'épiderme se détache en larges écailles. *Prescript.*: Rhubarbe.

Le 15. — Pouls à 76, urine un peu plus claire, d'une densité de 1014; une selle brune; l'ascite et l'infiltration des pieds augmentent.

Le 23. — Pouls à 96, un accès de frisson d'une demi-heure de durée dans la nuit. L'ictère a un peu diminué.

Le 24. — Pouls à 124, accablement très-prononcé, vomissements de matières jaunes biliaires, urine d'un brun foncé ainsi que les selles. *Prescript.*: Eau d'amandes amères.

Le 25. — Vomissements de matières noires qui cessent dans la nuit, après l'administration de l'alun; sensibilité dans la région pylorique, appétit nul, pas de selles depuis la veille. Pouls à 108.

Le 26. — Tension de l'estomac, selles brunes, contenant un peu de sang rouge, liquide, qui disparaît bientôt.

Le 29. — Tympanite très-prononcée, refoulant le foie jusqu'à la quatrième côte; pouls à 100, petit, 36 respirations; nausées continuelles, selles brunes, urines très-foncées. Le malade s'affaisse rapidement malgré l'emploi d'une médication analeptique. Le scrotum se gangrène; les évacuations deviennent involontaires; le pouls monte à 132; sanglotements, somnolence, mort le 6 avril.

*Autopsie*, 25 heures après la mort. — Le cadavre a la teinte ictérique, l'épiderme est en desquamation; infiltration des extrémités inférieures, et ascite.

Voûte crânienne normale; substance cérébrale œdématisée; enveloppes du cerveau exsangues.

Pharynx et œsophage remplis de matière couleur marc de café, muqueuse un peu boursoufflée.

Larynx et trachée légèrement injectés.

Les deux plèvres contiennent une grande quantité de liquide séreux; les poumons présentent en haut un état de congestion médiocre, et d'anciennes adhérences; congestion hypostatique à leur partie inférieure.

Environ 2 onces de sérosité jaunâtre dans le péricarde. La surface du cœur est couverte d'une couche épaisse de graisse; caillots fermes dans le ventricule droit; les valvules, normales d'ailleurs, ont une teinte ictérique.

La rate a 5 pouces de longueur, 3 de largeur, 1 d'épaisseur. Son parenchyme est dense, d'un brun foncé.

L'estomac contient une grande quantité de matières semblables à du marc de café; la muqueuse offre un grand nombre d'érosions hémorragiques. Le pylore est sain.

Le péritoine a un aspect un peu laiteux, la membrane séreuse de l'intestin, et particulièrement de l'intestin grêle, est d'un gris sale.

Pancréas dense et ferme.

Foie petit, mesurant 5 pouces  $\frac{3}{4}$  d'un côté à l'autre; 3 pouces  $\frac{1}{4}$  d'avant en arrière, sur le lobe gauche, 5 pouces sur le lobe droit; 3 pouces en épaisseur. La face supérieure du lobe droit présente une plaque d'un vert-olive, à contours irréguliers (1). Ses limites sont nettement tranchées; elle dépasse un peu le niveau des parties voisines, et la consistance y est moindre. Cette altération pénètre à une grande profondeur dans le foie. On trouve des foyers semblables dans le lobe gauche; ils sont nombreux surtout à la face inférieure. Un examen attentif fait constater qu'en ces points les cellules hépatiques sont infiltrées de pigment, et que, dans leurs intervalles, rampent de nombreux conduits biliaires considérablement dilatés, remplis d'épithélium jaunâtre et du produit de la sécrétion, qui y reste stagnant. Ces conduits sont des ramifications terminales du canal hépatique; les branches, d'un plus fort calibre, sont toutes perméables. On injecta l'artère hépatique, la veine porte et le canal hépatique avec des substances diversement colorées. Partout où la substance du foie présentait sa couleur normale, l'injection pénétra dans les voies biliaires jusqu'aux capillaires des acini; dans les parties présentant la couleur vert-olive, cette pénétration n'eut lieu qu'en un petit nombre de points; les conduits correspondant à ces foyers étaient oblitérés. L'artère hépatique fournissait une injection plus riche que d'habitude, de nombreux rameaux d'un très-petit calibre se voyaient dans les zones interlobulaires. La veine porte, au contraire, n'était injectée que très-incomplètement; une partie de ses rameaux était comme étouffée dans le tissu conjonctif, beaucoup plus abondant que de coutume entre les lobules, comme on pouvait le voir sur des coupes fines. L'injection n'avait pénétré presque nulle part dans les parties colorées en vert-olive.

(1) Pl. XI, fig. 1 de la première partie de l'Atlas.

La consistance du foie était augmentée, la vésicule biliaire vide, les conduits hépatique et cholédoque perméables, leur membrane interne normale.

La muqueuse du duodenum et du jejunum était légèrement rouge, celle du gros intestin un peu boursoufflée et couverte de matières fécales noirâtres; on n'y voyait nulle part d'ulcérations.

Reins ictériques, normaux d'ailleurs, ainsi que la vessie.

Ce cas présente de l'intérêt à différents points de vue. Nous voyons, à la suite d'une fièvre intermittente, se développer une urticaire et un ictère, liaison qui n'est pas rare et qui, par suite, indique des relations intimes. L'ictère affecta d'abord les caractères de l'ictère simplement catarrhal; plus tard l'hépatite devenue chronique amena des stases dans les ramifications de la veine porte, et il en résulta une ascite et des hémorragies gastro-intestinales. L'hépatite chronique que j'ai observée plusieurs fois à la suite de la fièvre intermittente (1) pourrait aussi, concurremment avec le catarrhe, être considérée comme la cause de l'oblitération partielle des voies biliaires et de la stase de la bile sous la forme de foyers.

## § 2. — INFLAMMATION EXSUDATIVE DES VOIES BILIAIRES.

Elle se rencontre quelquefois dans les affections typhoïdes et se caractérise, soit par un produit purulent et riche en albumine, soit par des dépôts solides et fibrineux. Dans trois cas de typhus abdominal et dans un cas de typhus exanthématique, j'ai trouvé la vésicule biliaire contenant un liquide trouble, couleur de cendres, neutre ou faiblement alcalin; ce liquide précipitait de l'albumine par l'ébullition, deux fois on n'y trouva pas de traces de matière colorante biliaire ni d'acides de la bile, deux fois il en contenait de petites quantités avec un peu de leucine. La muqueuse de la vésicule biliaire et du canal cholédoque était boursoufflée et pâle; pendant la vie on n'observa ni ictère ni aucun autre symptôme d'affection du foie. Louis (2) cite des observations semblables; la bile contenait du pus, la muqueuse de la vésicule était injectée et épaissie.

D'après Rokitsky, on trouve quelquefois, à la suite du typhus, du choléra, de la pyémie des exsudats fibrineux sur les parois de la vésicule biliaire; on a vu ces exsudats former des tubes complets. On n'en reconnaît l'existence qu'à l'autopsie, et ils ne donnent lieu à aucun symptôme. Dans un cas de ma pratique, l'exsudation était limitée à la

(1) Voyez p. 353.

(2) *Fièvre typhoïde*, 2<sup>e</sup> édit., t. I, p. 28; *Observ.* 1, XI, XXVIII, XXXVI.