

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.

vésicule biliaire, il y avait une cholécystite qu'on put facilement diagnostiquer pendant la vie (1).

Quelquefois aussi on rencontre, dans les mêmes circonstances, des exsudations diphthéritiques, qui occasionnent des ulcérations des voies biliaires, particulièrement de la vésicule.

Sir G. Blane rencontra des altérations, de cette nature dans la fièvre de Walcheren; la vésicule était alors le plus souvent distendue par de la bile; lorsque la mort arrivait dans la première période, ce liquide était d'un brun foncé ou noirâtre, lorsque la maladie se prolongeait, il prenait l'aspect du goudron (2).

Andral (3) a vu aussi dans le typhus, la vésicule ulcérée, épaissie et remplie de pus (4).

En outre des maladies fébriles infectieuses, les oblitérations des voies biliaires et la stase qui en résulte peuvent aussi se compliquer d'inflammations de ces organes, avec production d'exsudats purulents, fibrineux ou diphthéritiques. L'Observation xc nous montre un cas de cancer du foie, où la branche gauche du canal hépatique était oblitérée, remplie d'un liquide ichoreux et de coagulums tubulés. Ces inflammations sont encore plus souvent la suite de calculs biliaires, avec lesquels il n'est pas rare de rencontrer la vésicule remplie d'un liquide purulent, ulcérée, épaissie et adhérente aux organes voisins. En outre, les tissus qui constituent les parois de la vésicule biliaire, peuvent subir une dégénérescence profonde, graisseuse ou calcaire, et ressembler définitivement aux membranes des artères athéromateuses. J'ai vu dans deux cas cette transformation calcaire si complète, que la vésicule vide conservait sa forme, grâce à des plaques osseuses irrégulières, de la grandeur d'un thaler, qui s'étaient développées dans ses parois (5).

(1) Observation cxvi.

(2) Budd attribue cette inflammation à la nature irritante de la bile, et en donne pour preuve l'inflammation du duodenum, que Bayle a observée dans la fièvre de Sierra-Leone. D'après les cas qui se rattachent au typhus, où la bile manque quelquefois complètement, il me semble beaucoup plus vraisemblable que le travail d'exsudation, dont la muqueuse des voies biliaires est le siège, s'y développe de la même manière que les exsudats diphthéritiques sur la muqueuse du pharynx, de l'iléum, etc., où l'on ne peut accuser l'action de substances irritantes.

(3) *Clinique médic.*, 4<sup>e</sup> édit., t. II, p. 549.

(4) Nous devons mentionner ici l'altération de la vésicule biliaire que Dowler (\*) a observée plusieurs fois, à la Nouvelle-Orléans, dans la fièvre jaune, et qu'il appelle *oysterlike degeneration*. Les parois de la vésicule étaient très-épaisses, infiltrées d'une matière gélatineuse, et traversées d'une grande quantité de filaments blancs; elle contenait un liquide albumineux transparent, sans traces de bile.

(5) La transformation graisseuse des parois de la vésicule biliaire s'observe encore

(\*) *Gross, Pathol. Anat.*, p. 669.

quelquefois l'ulcération aboutit à la perforation, et il se fait un épanchement de bile dans la cavité abdominale.

Les calculs peuvent occasionner une inflammation semblable avec suppuration et ulcération dans les canaux biliaires du foie et le canal cholédoque. Ces états morbides seront exposés plus au long, lorsque nous traiterons des calculs biliaires.

Il y a enfin des formes d'inflammation exsudative des voies biliaires, qui, indépendantes des affections typhoïdes, de la stase biliaire et de l'irritation produite par des calculs, peuvent déterminer l'ulcération et la perforation.

Andral (1) a rapporté un cas de cette nature, où la maladie avait été la conséquence d'excès immodérés.

Un homme de 35 ans fut pris, à la suite d'un excès de table, de violentes douleurs sur le rebord costal droit; le jour suivant, il y avait de l'ictère. Sept jours plus tard, lorsqu'il se présenta à la Charité, la douleur persistait, et on sentait au-dessous de la onzième côte une tumeur pyriforme, mobile, qui descendait jusqu'à l'ombilic. Il y avait de la constipation, défaut d'appétit, une fièvre modérée. La tumeur augmenta de volume pendant trois jours; il survint alors brusquement une violente douleur, qui se propagea du foie à tout l'abdomen, et fut suivie, à un court intervalle, de refroidissement des extrémités, avec un pouls petit et fréquent; la mort arriva au milieu des symptômes d'une péritonite générale. A l'autopsie, on trouva dans la cavité abdominale, et particulièrement à droite, une exsudation purulente jaunâtre; la face interne du duodenum était d'un rouge vif, l'orifice du canal cholédoque boursoufflé, sa cavité rétrécie, ses parois notablement épaissies, et faciles à déchirer; le canal hépatique et la vésicule étaient très-dilatés. Au près du point d'union du canal hépatique avec le canal cystique, on remarquait une ouverture de la largeur d'un pois; la bile s'était répandue, par cette voie, dans le péritoine, et avait occasionné une péritonite mortelle. L'excès de table avait déterminé la duodénite, qui, en se propageant au canal cholédoque, l'avait rétréci et avait produit la stase de la bile, jusqu'au moment où les parois, ramollies par l'inflammation, se déchirèrent et donnèrent lieu à l'épanchement et à ses conséquences.

Dance (2) avait déjà rapporté une observation d'ulcération du canal

dans d'autres conditions. Il n'est pas rare de voir l'épithélium de la muqueuse rempli par places de gouttelettes graisseuses, au point que la surface interne de l'organe présente un réseau blanc élégant, dont Virchow (\*) attribue la formation à la résorption des matières grasses contenues dans la bile.

Boettcher (\*\*) a décrit une dégénérescence graisseuse du tissu de la muqueuse, accompagnant un épaississement des parois des vaisseaux, et un rétrécissement de leur calibre.

(1) *Clinique médicale*, 4<sup>e</sup> édit., Paris, 1839, t. II, p. 525.

(2) *Archiv. de médéc.*, t. XIX, p. 40. 1828.

(\*) *Archiv., f. pathol. Anat.*, t. XI, p. 581.

(\*\*) *Ibid.*, p. 278.

cholédoque survenue indépendamment de toute affection calculeuse ou typhoïde.

L'ulcération des voies biliaires peut se comporter de diverses manières à l'égard des organes voisins et entraîner les conséquences suivantes :

1° *Perforation et épanchement de bile dans la cavité abdominale.* — Cet accident a lieu plus souvent pour la vésicule que pour les gros conduits biliaires ; les propriétés très-irritantes de la bile rendent la péritonite qui en résulte, le plus souvent mortelle dans un court délai ; par exception, il peut arriver que des adhérences antérieurement formées limitent l'inflammation du péritoine, et qu'il se forme un épanchement enkysté, ou que le pus reste circonscrit en arrière du petit épiploon.

2° *Communication de la vésicule biliaire avec le duodenum, le colon ou la région pylorique de l'estomac, et ouverture à l'extérieur à travers les parois abdominales.* — Ces modes de détermination se présentent particulièrement dans les cas de calculs biliaires ; ils laissent supposer une destruction lente des parois de la vésicule, qui permet la formation d'adhérences solides avant que la perforation ait lieu (1).

3° *Formation d'abcès du foie.* — L'ulcération des conduits biliaires peut attaquer le parenchyme du foie qui les entoure, le détruire et donner naissance à de larges cavités purulentes communiquant directement avec les canaux biliaires, comme les dilatations bronchiques sacciformes communiquent avec la bronche correspondante. Les parois de ces cavités ne sont pas revêtues, ou ne le sont que partiellement par la muqueuse des conduits ; comme celles des abcès, elles sont constituées par une couche de parenchyme hépatique condensé et de couleur sale. D'autres fois l'inflammation envahit la substance glandulaire, sur le trajet des conduits biliaires affectés ; il se forme des dépôts fibrineux ou des foyers arrondis à leur extrémité, et plus tard, des abcès avec tous les caractères et toutes les conséquences des autres formes de l'hépatite suppurative (2).

Sur une femme de 27 ans, morte après avoir présenté les symptômes d'une suppuration du foie et des accidents de pyémie, Lebert (3) trouva les conduits biliaires remplis de calculs jusqu'à leurs racines, dilatés et en suppuration par places ; il y avait en outre de nombreux abcès dont quelques-uns atteignaient le volume d'une noix ; plusieurs étaient

(1) Voyez *Calculs biliaires*.

(2) Voyez plus haut, p. 417.

(3) *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris, 1861, t. II, p. 272, pl. CXXV, fig. 6.

situés sous la séreuse de la glande, les poumons contenant des foyers métastatiques multiples ; il y en avait un dans la rate.

Le cas suivant, tiré de ma pratique, peut servir à mettre en relief cette variété de la maladie :

OBSERVATION CXV. — *Douleurs dans le côté droit, fièvre, constipation, vomissements de matières amères et verdâtres, toux et expectoration de mucus ; augmentation des douleurs dans la région du foie, frottement pleurétique, vomissements fréquents, frisson, tension douloureuse de l'abdomen, ictère peu intense, épuisement, mort.*

*Autopsie : Obstruction et dilatation du canal cholédoque et des branches du canal hépatique par des calculs jaunâtres, à demi solides ; inflammation et ulcération de la muqueuse des voies biliaires, abcès du foie du volume d'une tête d'enfant, perforation de l'enveloppe de l'organe par un petit abcès, épanchement de bile dans la cavité abdominale, exsudat de péritonite, légère pleurésie et pneumonie circonscrite, catarrhe bronchique.*

Anna Clotz, femme d'un garde royal, âgée de 60 ans, resta en traitement à l'hôpital de la Charité de Berlin, du 9 au 16 février 1861.

La malade dit qu'elle s'était toujours bien portée antérieurement et qu'elle a pu travailler jusque il y a quatre semaines. A cette époque elle éprouva un frisson, de la chaleur, et, en outre, de violentes douleurs dans le côté droit, s'exaspérant par la toux et les inspirations profondes. Son médecin lui prescrivit un émétique qui ne lui procura aucun soulagement. Il y avait de la constipation, surtout dans les derniers temps, pas d'appétit. Dans les six derniers jours, elle fut particulièrement gênée par une sécheresse considérable de la langue, sécheresse qui s'étendait au pharynx et au larynx. Une faiblesse extrême, des douleurs dans la tête et par intervalles, dans la région de l'estomac et du foie, une constipation qui céda à l'emploi des lavements et de la rhubarbe, furent les principaux symptômes observés dans les premiers jours du traitement. De temps à autre il survenait des vomissements de matières d'un gris verdâtre, d'un goût amer. Toux modérée, avec une expectoration muqueuse peu abondante. La température de la peau oscille entre 36°,8 et 38°,6. Le pouls varie de 88 à 100, la respiration de 24 à 32.

11 février. — Après avoir eu le soir une évacuation d'une couleur normale, la malade a bien dormi ; les vomissements ne se sont pas renouvelés ; mais en revanche l'oppression a augmenté ; il existe dans les voies aériennes des râles très-étendus ; douleurs vives sur le rebord des fausses côtes, où l'on trouve à l'auscultation un léger bruit de frottement. Le foie est notablement augmenté de volume et douloureux à la pression. Langue couverte d'un enduit brun noirâtre ; soif vive ; pouls dur à 108. *Prescript.* : Ventouses sur le côté droit du thorax.

13 février. — Selle normale la veille ; le soir, violents accès de dyspnée ; insomnie ; il paraît y avoir eu un frisson, mais on ne peut en acquiescer la certitude complète. Ce matin, douleurs dans l'hypochondre droit s'étendant jusqu'à 2 pouces au-dessous de l'arc des côtes, ne dépassant pas la ligne médiane ; vomissements, appétit presque nul, pouls petit, à 120.

Le jour suivant, après un bon sommeil, diminution des douleurs ; dans la nuit, vomissements de matières liquides d'un brun grisâtre.

15 février. — Soif vive, deux vomissements, langue sèche et fendillée. Le côté droit de la mâchoire inférieure présente un gonflement qu'on ne sent pas à l'intérieur de

la bouche. Épigastre tendu, sensible à la pression, surtout sur un point qui se trouve sur la verticale du mamelon, à 2 pouces du rebord costal; pas d'appétit, pas de garde-robes; pouls à 136. *Prescript.* : Cataplasmes chauds, lavements.

Dans le courant de la journée, vomissements répétés de matières verdâtres. La sensibilité dans la région de la vésicule biliaire ne diminue pas; somnolence, pouls à peine sensible.

Le 16 février. — Mort à 6 heures 1/2 du matin.

*Autopsie.* — Couleur sale de la peau avec légère teinte jaune.

Les deux poumons présentent en certains points des adhérences assez solides; à droite le lobe supérieur est légèrement emphysémateux, à gauche, fortement œdématié. Le lobe inférieur du poumon gauche et la partie inférieure du lobe supérieur du poumon droit présentent des traînées d'infiltration pneumonique avec flaccidité du parenchyme; les bronches sont remplies d'une grande quantité de matière purulente grisâtre; quelques flocons fibrineux à la surface du lobe inférieur droit.

La partie droite de la cavité abdominale contient un peu de liquide trouble, légèrement jaunâtre, les anses intestinales fortement adhérentes ont une teinte ictérique; la surface du côlon présente des exsudats fibrineux épais, la séreuse y est fortement injectée.

Rate petite, flasque, sans altérations essentielles.

Reins très-mous, décolorés, substance corticale un peu atrophiée, fortement imprégnée de graisse.

Le lobe droit du foie porte sur la ligne axillaire une déchirure qui a presque la grandeur d'une pièce de cinq groschen, et par laquelle de la bile s'est épanchée à la surface de la glande et des circonvolutions intestinales voisines.

Le duodenum et le côlon sont unis à la vésicule biliaire; celle-ci est contractée et contient du mucus visqueux, incolore. La muqueuse du duodenum est un peu épaissie et couverte d'un liquide d'un blanc grisâtre.

Le canal cholédoque dilaté a le volume du petit doigt; un pouce au-dessus de son orifice il contient une masse friable, d'un jaune d'ocre, du volume d'un œuf de poule, composée de deux calculs assez volumineux et d'un grand nombre d'autres plus petits; derrière cette masse, on trouve de petits concrémens et un liquide trouble, jaunâtre.

Le lobe droit du foie, intimement uni en arrière au diaphragme, présente une tuméfaction globuleuse et de la fluctuation. On trouve à la coupe une cavité presque égale à une tête d'enfant, remplie d'un liquide purulent gris rougeâtre; les parois de cette cavité sont lisses, noirâtres, recouvertes par places de lambeaux grisâtres; elle est traversée par plusieurs trabécules de tissus indurés.

C'est au-dessous de cet abcès qu'on trouve la déchirure *d*, figure 67, dont nous avons parlé plus haut, par laquelle la bile s'est épanchée dans la cavité abdominale; cette déchirure aboutit à une cavité du volume d'un œuf de pigeon, qui ne communique nullement avec la première caverne. Tous les canaux biliaires du foie sont considérablement dilatés, remplis d'une masse friable (*a*), d'un jaune d'ocre, leur membrane interne est injectée et ulcérée par place. Un conduit plus volumineux mène directement dans le grand abcès (*b*).

Le parenchyme du foie est d'un jaune sale; çà et là on y trouve des infiltrations d'un gris blanchâtre, dont le volume va de celui d'un pois à celui d'une noix, et au niveau desquelles on reconnaît encore les acini (*c*).

La capsule du foie est injectée et couverte d'exsudats; l'injection est très-prononcée sur le ligament suspenseur.

La muqueuse du tube gastro-intestinal est boursoufflée, ardoisée par places; dans le rectum, matières fécales brunes, en balles.

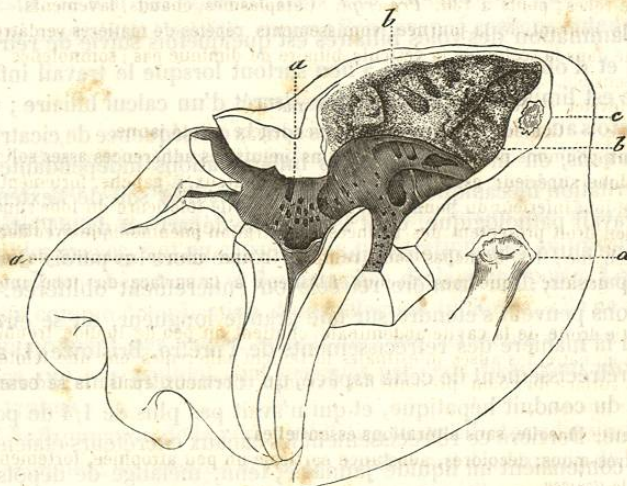


Fig. 67.

Utérus volumineux, contenant une grande quantité de mucus; l'ovaire droit est transformé en kyste; exsudat abondant sur les plis de Douglas.

La vessie contient de l'urine brune et limpide.

4° *La suppuration des voies biliaires.* — Elle détermine la pyléphlébite, lorsque l'inflammation se propage aux parois veineuses.

Nous avons déjà étudié cette complication (1) en nous appuyant sur les observations recueillies jusqu'ici.

Il s'établit quelquefois, dans ces circonstances, entre les branches de la veine porte et les voies biliaires, des communications qui amènent la pénétration du sang dans celles-ci. D'après Budd (2), la simple ulcération de la vésicule peut occasionner d'abondantes hématomés, comme l'ulcération de l'estomac et du duodenum.

L'observation de Budd est relative à un jeune homme de 18 ans qui fut pris, sans malaise précurseur, d'un vomissement de sang et de douleurs à l'épigastre. Des émissions sanguines générales et locales, l'emploi de l'acide sulfurique avaient apaisé les accidents, lorsque le malade succomba à une attaque de choléra. On trouva à l'autopsie des adhérences de l'estomac avec la face inférieure du foie et la vésicule biliaire; celle-ci contenait un peu de pus, sa membrane muqueuse était détruite par l'ulcération dans une grande étendue; le foie était normal du reste; il

(1) Page 648.

(2) *Diseases of the Liver*, p. 205.

n'y avait pas de calculs biliaires. La muqueuse de l'estomac était fortement injectée, celle de l'intestin présentait les altérations qu'on observe habituellement dans le choléra.

L'inflammation des voies biliaires est quelquefois suivie de rétrécissement et d'oblitération. Ceci a lieu surtout lorsque le travail inflammatoire est limité et occasionné par l'arrêt d'un calcul biliaire ; mais quelquefois aussi les mêmes accidents sont la conséquence de cicatrices, d'ulcérations, ou même de simples inflammations indépendantes de toute irritation mécanique, et qui peuvent résulter soit de l'extension d'un travail pathologique, dont le point de départ est dans l'intestin, soit d'une autre cause quelconque. On trouve alors les parois des canaux épaissies, leur lumière rétrécie ou entièrement oblitérée. Les altérations peuvent s'étendre sur une grande longueur, ou se circoncrire à la manière des rétrécissements de l'urètre. Bristowe (1) a décrit un rétrécissement de cette espèce, qu'il rencontra dans la branche gauche du conduit hépatique, et qui n'avait pas plus de  $\frac{1}{4}$  de pouce d'étendue. Derrière ce rétrécissement les canaux excréteurs étaient dilatés et contenaient un liquide jaunâtre, ténu, mélangé de dépôts sablonneux d'un jaune foncé ; le foie présentait par places une induration cirrhotique, et contenait dans son lobe droit un abcès du volume d'une noix. Les canaux cholédoque et cystique, ainsi que la branche droite du canal hépatique étaient libres.

L'oblitération du canal cystique se rencontre fréquemment et est

le plus souvent la conséquence d'une inflammation du col de la vésicule par des calculs ; elle est suivie de l'hydropisie de la vésicule comme nous le verrons plus loin.

Il n'est pas rare d'observer l'oblitération de la vésicule elle-même, lorsque l'inflammation a transformé ses parois en un tissu fibreux, lardacé, et que son contenu a disparu par résorption, ou a été évacué par l'intestin. Il ne reste plus alors qu'une poche

étroite contenant un liquide muqueux, ou enchatonnant solidement quelques calculs (2).

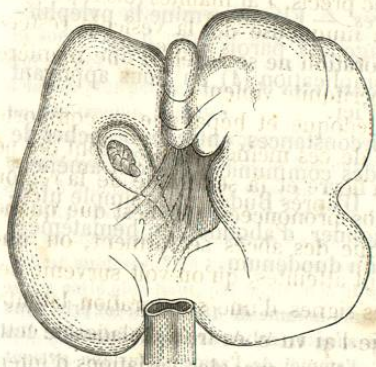


Fig. 68.

(1) *Transac. of the pathol. Society*, vol. IX, p. 223.

(2) La figure 68 représente une semblable vésicule racornie et remplie de calculs.

Dans cet état de destruction de la vésicule, la bile passe directement du foie dans l'intestin, ce qui n'entraîne ordinairement aucun trouble digestif. Je n'ai pas constaté dans mes observations que cette circonstance augmentât l'appétit, comme l'ont avancé certains auteurs (1).

#### SYMPTOMES.

L'inflammation exsudative des voies biliaires ne se révèle ordinairement par des signes positifs que quand elle rétrécit les conduits et détermine la stase de la bile, ou bien lorsqu'elle provoque des troubles graves, soit en causant une perforation, soit en envahissant le parenchyme hépatique, et les branches de la veine porte. Lorsqu'elle existe comme complication d'une affection typhoïde, elle ne se révèle ordinairement par aucun symptôme ; les accidents de peu d'importance qui en résultent sont masqués par ceux beaucoup plus graves du typhus.

L'inflammation de la vésicule biliaire se manifeste ordinairement par un sentiment de pression et par un gonflement douloureux de l'organe. On trouve sur le bord du foie une tumeur mobile, pyriforme, sensible au toucher ; mais cette tumeur n'existe que si l'inflammation du canal cystique a interrompu la communication entre la vésicule et le reste des voies biliaires. Dans le cas contraire, la vésicule ne subit pas de distension, et les symptômes restent alors souvent trop peu marqués pour devenir la base d'un diagnostic précis. J'ai maintes fois rencontré à l'autopsie des ulcérations de la muqueuse de la vésicule restées inaperçues pendant la vie ; la perforation ne se révèle d'une manière évidente que par l'invasion d'une péritonite violente.

L'inflammation des canaux cholédoque et hépatique se comporte pendant la vie comme le catarrhe de ces mêmes parties, dont on ne peut la distinguer, quoique, ici, la fièvre et la sensibilité de la région hépatique doivent être un peu plus prononcées. Ce n'est que quand les conduits biliaires s'ulcèrent, que des abcès se forment, ou que les branches de la veine porte sont atteintes, qu'on voit survenir des frissons (2) irréguliers et les autres signes d'une suppuration latente. Ces symptômes peuvent, comme je l'ai vu chez trois malades de cette catégorie, se prolonger des mois entiers, avec des variations d'inten-

(1) *Diction. de médéc.*, IV, p. 241.

(2) Le frisson ne suffit pas à lui seul pour faire admettre ici l'existence de la suppuration ; je me suis maintes fois convaincu qu'il peut être occasionné par une simple irritation due à la présence d'un calcul, comme il arrive pour celui qui se montre à la suite de l'irritation de la muqueuse de l'urètre par la sonde, etc.

sité, jusqu'à ce que la mort par épuisement ou une longue convalescence y mette fin. Pour le diagnostic d'une complication par des abcès du foie ou une pyléphlébite, on s'aidera des signes que nous avons donnés en décrivant ces maladies.

En général ces affections sont d'un diagnostic difficile; toutes les fois qu'un ictère chronique existe avec des douleurs du foie et une fièvre lente, qu'on se tienne sur ses gardes, et qu'on combatte les accidents par un régime convenable et un traitement approprié, avant l'invasion des symptômes menaçants dont nous avons tracé la description.

## TRAITEMENT.

On doit chercher à limiter l'inflammation par un régime végétal doux, par des émissions sanguines locales et de légers purgatifs salins. Lorsque la maladie traîne en longueur, on peut employer de temps en temps les épispastiques et les extraits résolutifs, les eaux minérales alcalines légères, telles que celles d'Éger, les eaux chaudes de Carlsbad, celles d'Emm et autres analogues. Lorsqu'il survient des frissons, on a recours à la quinine; on oppose aux effets de l'épuisement un régime doux et fortifiant, l'infusion de quinquina ainsi que d'autres médicaments toniques semblables.

L'exemple suivant d'inflammation de la vésicule, dans le cours d'un typhus, nous paraît mériter de trouver place ici.

OBSERVATION CXVI. — *Symptômes de typhus abdominal, au treizième jour vomissements de matières biliaires; au quinzième, gonflement douloureux de la vésicule; pas d'ictère; antiphlogistiques locaux, diminution du volume et de la sensibilité de la tumeur; anémie très-prononcée; convalescence longue.*

Louise Weiss, domestique à Berlin, âgée de 26 ans, ayant précédemment éprouvé différents troubles menstruels, mais jamais de symptômes d'affection du foie, fut brusquement prise le 2 juin 1860 d'un frisson suivi de chaleur sèche; il y eut ensuite des vertiges, par intervalles de violentes douleurs de tête et une grande faiblesse. Quelques jours plus tard, toux sèche légère, et, à la suite de l'emploi d'un médicament, diarrhée intense.

Le neuvième jour de la maladie, cette femme entra à la clinique médicale de la Charité avec tous les symptômes d'un typhus abdominal de médiocre intensité, qui suivit la marche habituelle. Il est seulement à noter que la diarrhée cessa de bonne heure, que l'exanthème roséolique ne fut évident qu'au dixième jour et qu'on dut, dès le onzième, employer une petite dose d'infusion de quinquina pour combattre l'adynamie qui prenait un caractère inquiétant.

Le treizième jour, il survint brusquement des vomissements de matières bilieuses, qui se renouvelèrent le lendemain. Le quinzième jour, on observa une tumeur très-douloureuse dans l'hypochondre droit; elle était très-résistante, facile à limiter en bas et sur les côtés, tandis qu'en haut le toucher faisait reconnaître qu'elle se continuait immédiatement avec le foie.

Elle était pyriforme et s'étendait, du bord externe du muscle droit, au milieu de l'espace qui sépare la ligne axillaire de la verticale du mamelon. La percussion de la tumeur donnait un son tympanique sourd, qui passait graduellement en haut au son mat du foie; la matité hépatique mesurait 4 pouces  $\frac{3}{4}$  sur la ligne axillaire, 6 sur la verticale du mamelon, 6 pouces  $\frac{1}{4}$  sur la ligne présternale. La tuméfaction énorme de la rate ne permettait pas d'établir la limite gauche du foie.

On appliqua six sangsues et ensuite des cataplasmes. Les vomissements cessèrent très-rapidement, les nausées persistèrent plusieurs jours; la tumeur perdit de sa sensibilité, la tension des parois abdominales diminua; il n'y eut pas de signes de stase biliaire.

La résistance de la tumeur diminua graduellement aussi; ses limites devinrent moins facilement appréciables à la palpation, et plus difficilement encore à la percussion. Celle-ci donna, le vingt-troisième jour de la maladie, les mesures suivantes pour la matité hépatique: sur la ligne axillaire, 4 pouces  $\frac{3}{5}$  (comme précédemment); sur la verticale du mamelon, 5 pouces  $\frac{1}{4}$  ( $\frac{3}{4}$  de pouce de moins); sur la ligne présternale, 5 pouces ( $\frac{1}{4}$  de pouce de moins).

Dans cet intervalle, le typhus avait parcouru ses phases sans aucune autre complication; la fièvre disparut graduellement, les fonctions intestinales se régularisèrent, et le malade entra en convalescence dans un état d'anémie très-prononcée. On continuait cependant à sentir la tumeur formée par la vésicule, mais un peu plus petite et moins sensible au toucher.

Nous exposerons plus loin, en détail, d'après W. Pepper, un cas analogue d'inflammation de la vésicule, qui se développa pendant une fièvre bilieuse, et dura plusieurs mois.

## Art. 2. — Rétrécissement et oblitération des voies biliaires.

Ces états pathologiques peuvent se rencontrer sur tous les points de l'appareil excréteur du foie et être le résultat, tantôt d'une maladie des conduits eux-mêmes, surtout de leur inflammation, tantôt d'une altération des parties voisines: compression par des tumeurs, constriction par de fausses membranes, etc.

Nous avons déjà démontré, en traitant de la cirrhose, de l'inflammation, des néoplasmes du foie, l'existence du rétrécissement et de l'oblitération des racines et des petites branches des conduits biliaires à l'intérieur de la glande.

Le rétrécissement du canal cholédoque est habituellement causé soit par le catarrhe ou l'inflammation exsudative de la muqueuse, soit par des calculs qui s'y trouvent enchatonnés. Son oblitération complète est aussi ordinairement la conséquence d'une inflammation, qui a amené la constriction ou une destruction étendue du canal; plus rarement, par des néoplasmes développés sur sa muqueuse, ou à son orifice dans le duodenum. Quelquefois le rétrécissement a pour cause des traînées de tissu conjonctif, qui étranglent le canal dans le ligament hépato-duodénal, comme nous le voyons dans la figure 69, ou