

ment végétante, c'est-à-dire à produits superficiels sans ulcération, ou bien exclusivement ulcéreuse, c'est-à-dire à produits interstitiels avec ulcération consécutive ; mais les deux ordres de lésions peuvent coïncider, ce cœur le prouve clairement, et ce n'est pas le premier que je vois avec cette altération complexe. Il est intéressant, il est utile de rechercher dans chaque cas particulier la forme qui est en cause, mais on ne doit point s'attendre à rencontrer toujours les processus isolés, et partant il n'y a pas lieu de les disjoindre par une séparation nosologique absolue. Une autre raison sur laquelle j'ai déjà appelé l'attention s'élève encore contre cette scission ; les embolies multiples n'appartiennent point exclusivement à l'une des formes, elles sont pour toutes deux un accident possible ; dans un cas elles sont fournies par les dépôts végétants superficiels qui se détachent par fragments ; dans l'autre cas, elles proviennent de l'élimination des dépôts interstitiels mis à nu par l'ulcération, voilà toute la différence. Ainsi donc, en raison de leur coïncidence possible, en raison du danger commun qu'elles présentent eu égard aux embolies, ces deux variétés d'endocardite ne peuvent être séparées à l'égal de deux espèces morbides différentes ; la seule séparation admissible est celle qu'indique la clinique pour l'endocardite typhoïde que j'ai appelée *septique* ; mais le *criterium* distinctif n'est point ici donné par l'ulcération ni par les embolies grossières, il est fourni par le caractère infectieux de la maladie qui tue à la manière des maladies septiques, probablement par des embolies capillaires.

Je reviens à l'examen du cœur. Les valvules tricus-

pides présentent par places de légers épaissements, mais rien n'indique ici une altération récente. Les sigmoïdes aortiques et pulmonaires sont absolument saines. — Sur une coupe du ventricule gauche, au voisinage de la pointe, et en avant, existe un foyer que peut couvrir l'extrémité palmaire du pouce, et qui contraste par sa décoloration et par sa dureté avec le reste du myocarde. C'est un foyer de myocardite qui, déjà à l'œil nu, présente les caractères de la variété dite *fibreuse*, variété individualisée par Klob sous le nom de *fibroma cordis diffusum*. Ici la lésion n'est point diffuse, elle est circonscrite, mais par sa couleur blanchâtre, par son aspect homogène, par sa consistance, elle rappelle de tous points le *fibroma* de Klob. Dans le cas rapporté par cet observateur, le ventricule gauche hypertrophié contenait deux foyers de la grandeur d'un œuf de pigeon ; la coupe montrait que ces foyers n'étaient point circonscrits comme ils le paraissaient d'abord, et que l'altération se prolongeait par irradiations ; le microscope a montré que ces nodosités étaient composées de tissu conjonctif large et ondulé ; il y avait çà et là des fibres à contours pâles avec des noyaux en bâtonnets ¹. — Dans la pièce que je vous présente, l'examen microscopique pratiqué par M. Sevestre a démontré en effet la forme scléreuse de la myocardite ; les fibres musculaires qui sont reconnaissables ont perdu leur striation, elles pré-

1. Klob, *Marasmus. Rechtsseitiges hämorrhagisches Pleuræxsudat. Myocarditische Schwielenwucherung in Form runder Knoten bei linksseitiger Herzhypertrophie. Chronische Endarteritis de formans ossifica. Chronische Nierenatrophie. Gallensteine. Leichter Hydrops* (Wiener med. Wochen., 1866).

sentent des granulations grasseuses, mais elles sont séparées et comme étouffées par des travées de véritable tissu conjonctif.

Quant à la péricardite sèche de la région de la pointe, nous n'en avons pas trouvé vestige ; là comme dans le reste de son étendue, le péricarde est sain ; pourtant, s'il y a un fait certain, c'est que les frottements ont existé ; les deux premiers jours, on aurait pu à la rigueur en contester la présence, mais ensuite ils se sont accentués de manière à n'être douteux pour personne, et s'ils ont eu une grande mobilité quant au rythme et au timbre, ils ont été constants dans leur siège, et ont pu être perçus jusqu'à la fin. Je ne connais jusqu'ici qu'un seul groupe de cas dans lesquels on a constaté à l'autopsie l'absence de péricardite, bien qu'on eût entendu pendant la vie les frottements caractéristiques ; je veux parler des faits observés par Pleischl et par Mettenheimer chez les cholériques¹ ; il est probable que, sous l'influence des spoliations aqueuses énormes que provoque le choléra, la siccité des séreuses arrive à un degré suffisant pour produire du frottement. J'ai, du reste, vu un cas analogue qui confirme cette explication : c'était chez un pleurétique traité par le tartre stibié à hautes doses ; il y eut des évacuations séreuses extrêmement abondantes, d'autant plus copieuses que le vomissement avait manqué ; c'est par cette soustraction d'eau que ce fait peut être rapproché de ceux de Mettenheimer ; or, dans les

1. Pleischl, *Prager Vierteljahrsschrift*, XXIX, 1851.
Mettenheimer, *Ueber perikardiale Reibungsgeräusche ohne Perikarditis* (*Archiv. f. wissenschaftliche Heilkunde*, II, 1866).

jours qui ont suivi cette débâcle, le malade a présenté des frottements péricardiaques absolument certains, et l'autopsie ne nous montra pas le moindre vestige de péricardite. — Pouvons-nous invoquer ici quelque condition de ce genre ? Assurément non ; vous vous rappelez, je suppose, que, loin d'avoir de la diarrhée, notre malade avait une tendance marquée à la constipation. En cette situation, certain d'ailleurs de l'existence des frottements, je les rapporte à la myocardite de la pointe dont le siège correspond précisément aux points qu'ont toujours occupés les bruits de frottement ; une pareille origine rend bien compte de la fixité de ces bruits dans la même région, et des nombreuses variations de timbre et d'intensité qu'ils ont présentées. Cette interprétation peut être contestée, je le reconnais moi-même ; mais, en raison de l'intégrité du péricarde et des artères coronaires, en raison aussi de l'absence d'évacuations séreuses, je la tiens pour la seule plausible.

L'examen du *foie* a démontré la justesse de mon diagnostic dans ses deux parties, c'est-à-dire quant à l'angiocholite et quant à l'hépatite parenchymateuse ; mais par contre il nous a révélé, comme point de départ de ces processus secondaires, une altération que nous avons dès le début totalement éliminée, par la bonne raison que, malgré nos interrogatoires minutieux, nous n'avions pu en retrouver la trace dans l'histoire du malade. En fait, il y a bien une angiocholite générale, il y a bien une hépatite atrophique non moins étendue, mais l'origine de toutes ces lésions est une cholélithiase aussi ancienne qu'elle est considérable. Voyez vous-mêmes : la vésicule biliaire est remplie de calculs étroitement adaptés les

uns aux autres, et ces pierres doivent remonter à une date déjà éloignée, car les parois de la vésicule fortement hypertrophiées sont immédiatement appliquées sur les calculs, il n'y a plus l'ombre d'une cavité. Même disposition dans le canal cystique, dans le canal cholédoque et dans le canal hépatique, qui sont totalement obturés par le même mécanisme à partir du sillon transverse ; mais il est facile de voir que cette obturation est plus récente que celle de la vésicule.

Remarquez, Messieurs, que ces premières constatations suffisent pour justifier mon diagnostic relatif à la mort par acholie : il y a eu une rétention absolue de la bile produisant un ictère intense, puis l'obstacle a persisté identique, vous en avez maintenant la preuve sous les yeux, et cependant l'ictère a cessé ; il est clair que c'est parce que la sécrétion biliaire a été elle-même supprimée ; pour peu qu'elle eût continué à un degré quelconque, l'ictère devait subsister, puisque pas un atome du produit sécrété ne pouvait arriver dans les voies biliaires extra-hépatiques. — Dans l'épaisseur du foie, les divisions du canal hépatique présentent une ectasie arborescente des plus remarquables, qui dessine jusqu'aux plus petites ramifications microscopiques du conduit. Ces ectasies généralisées ont été produites à l'origine par la distension mécanique de la bile dont les voies d'écoulement n'étaient plus libres ; aussi ces canaux contiennent par places une plus ou moins grande quantité de ce liquide à divers degrés d'altération ; mais plus tard un processus inflammatoire est venu compliquer ce désordre mécanique, une angiocholite grave a éclaté ; vous ne pouvez la méconnaître, car sur un grand nombre de

points elle est arrivée à la suppuration, et, de fait, le contenu du plus grand nombre des canaux est constitué par du pus d'un jaune verdâtre, parfaitement lié et homogène. Au voisinage immédiat des canaux, le tissu hépatique est profondément altéré, il a été atteint lui-même par le travail inflammatoire, et sur un point, dans le lobe droit, vous pouvez constater un véritable abcès qui communique avec l'intérieur d'un conduit biliaire suppuré lui-même et ulcéré ; la cavité de cet abcès pourrait contenir une noix de grosseur moyenne.

Dans le reste de son étendue, le foie, notez bien ce dernier fait, présente une dégénérescence graisseuse généralisée, incompatible avec la moindre activité fonctionnelle ; voilà la preuve directe de l'acholie, dont la disparition de l'ictère, malgré la persistance de l'obstacle, nous avait donné une preuve indirecte non moins péremptoire. Cette dégénérescence, qui supprime les cellules hépatiques, au point de vue de la fonction, est l'aboutissant, le dernier terme d'un certain nombre de processus tant aigus que chroniques, en tête desquels figure l'hépatite parenchymateuse aiguë. M. Sevestre a eu l'obligeance de pratiquer l'examen histologique du foie, je ne puis mieux faire que de vous lire la note qu'il a bien voulu rédiger : « Le liquide jaunâtre contenu dans les conduits biliaires dilatés est remarquable par l'abondance de cellules épithéliales cylindriques et de granulations de pigment biliaire. Au niveau des points qui sont dilatés en ampoules, on trouve mélangés à ces éléments un assez grand nombre de globules de pus ; le liquide provenant de la cavité purulente creusée dans le tissu même du foie est à peu près exclusivement formé de

globules de pus nageant dans du sérum. — Les cellules hépatiques sont remplies de granulations plus ou moins volumineuses, les unes assez fines, les autres ayant l'apparence de gouttes de graisse ; on retrouve ces gouttes huileuses isolées entre les cellules. L'acide acétique fait disparaître la cellule hépatique sans altérer les granulations, qui persistent en formant des amas mal limités. L'acide nitrique affaibli n'attaque point ces granulations, il donne seulement à la masse cellulaire une teinte un peu jaune. Dans cette même préparation, se trouvent disposées entre les cellules quelques granulations de matière colorante rouge, ayant une apparence cristalline ; il n'y en a point de semblables dans les cellules elles-mêmes. En somme, ce qui domine, c'est l'altération graisseuse des cellules hépatiques ; elle est plus ou moins marquée, selon les points que l'on étudie ; mais, à un degré variable, elle est générale. »

Enfin, il y avait en plusieurs points des hémorragies intra-musculaires, notamment dans les muscles pectoraux.

Tels sont les résultats positifs de l'autopsie ; il en est de négatifs qui méritent d'être signalés d'une façon spéciale ; nous n'avons trouvé nulle part d'infarctus viscéral, il n'y a pas eu d'embolies ; le soin avec lequel nous les avons cherchées pendant la vie nous faisait pressentir ce fait que l'examen minutieux des organes est venu confirmer. La rate n'est pas notablement ramollie, mais elle est extrêmement petite ; cette particularité est exceptionnelle dans l'hépatite diffuse, qui, entre autres effets secondaires, donne lieu généralement à une tumeur splénique assez considérable.

Enfin, Messieurs, il n'y avait pas d'hydrocéphalie ; le cerveau était sec à la coupe et à la surface, les ventricules ne contenaient pas plus de liquide qu'ils n'en renferment habituellement lorsque la mort a été rapide. Ce dernier point est fort intéressant ; le cas actuel, ajouté à d'autres, semblables sous ce rapport, renverse complètement l'assertion émise par Traube en 1867 ; à propos de deux observations d'atrophie jaune aiguë publiées par Fräntzel, Traube, généralisant les résultats constatés à l'autopsie, déclare qu'après les accès cholémiques le contenu du crâne se présente comme dans l'hydrocéphalie aiguë, c'est-à-dire que les ventricules sont fortement distendus par du liquide, que les circonvolutions sont aplaties, que la pie-mère est sèche, et que cependant on ne trouve pas trace d'un travail inflammatoire ou néoplasique ¹. Que cette description soit exacte pour un certain nombre de cas, cela est bien certain, mais, en tant que type général, elle n'est pas acceptable ; il est bien probable que la nature des symptômes ultimes, et la longueur de l'agonie, ont ici une influence considérable ; or, précisément, les malades de Traube-Fräntzel ont eu une agonie assez prolongée eu égard à la marche ordinaire de l'intoxication, et ils ont présenté à plusieurs reprises, avant le coma final, des accidents de délire maniaque avec impulsions locomotrices ; ce sont des phénomènes qui ne sont pas ordinaires dans l'empoisonnement dit *cholémique*.

1. Fräntzel, *Mittheilungen aus der Klinik des Geh. Rath. Traube, Zwei Fälle von acuter Leberatrophie mit sogenannten cholämischen Anfällen* (Berlin. klin. Wochenschr., 1867).

J'en ai fini avec la relation nécroscopique ; vous avez pu apprécier comme moi la rigoureuse exactitude avec laquelle elle a confirmé le diagnostic que nous avons basé, non sans peine, sur l'analyse et la comparaison minutieuses des symptômes. Ce diagnostic complexe peut être ainsi résumé : endocardite ulcéreuse coïncidant avec une cholélithiase qui a déterminé l'obstruction définitive des voies biliaires avec ictère par rétention, — angiocholite suppurative avec ectasie des canalicules et formation de cavités en abcès, — enfin hépatite diffuse avec atrophie graisseuse secondaire des éléments sécréteurs, d'où l'acholie et la mort. — De ce fait si remarquable, à tant d'égards, par sa précision, par la netteté de l'enchaînement des phases pathologiques, peuvent être dégagés d'utiles enseignements, dont je ferai l'objet de notre prochaine conférence ; mais, avant de nous séparer, je veux encore une fois appeler vos réflexions sur le caractère absolument latent de la cholélithiase ; on sait bien que les calculs qui sont exclusivement intra-hépatiques ne donnent lieu qu'à des symptômes nuls ou peu précis, et que dans ce cas-là il n'y a vraiment pas à espérer le diagnostic ; mais une cholélithiase aussi colossale que celle que nous avons sous les yeux, rester complètement et constamment latente, voilà ce qui est insolite au point d'être étrange ! Que l'ictère ait été différé jusqu'au début de la maladie aiguë qui a amené cet homme à l'hôpital, cela se comprend, puisque l'obturation du canal hépatique et du cholédoque est certainement plus récente que celle du cystique et de la vésicule ; l'anomalie véritable, c'est l'absence des symptômes douloureux paroxystiques ou non, l'absence de

pesanteur habituelle dans l'hypochondre, l'absence de tuméfaction du foie, en un mot le défaut de tout phénomène ayant pu attirer l'attention sur l'appareil hépatique, avant l'apparition de l'ictère développé deux jours après le début de l'endocardite.