

peuvent aussi se généraliser très-brusquement, et revêtir une forme suraiguë qui entraîne rapidement la mort.

Toutefois ce n'est point là la façon dont surviennent le plus habituellement ces péritonites générales promptement mortelles. Ordinairement elles sont la conséquence d'une *rupture* ou d'une *perforation de la vésicule* ou des *canaux biliaires*.

Nous avons vu que lorsque, par suite d'un obstacle siégeant dans les conduits excréteurs, la bile était retenue et s'accumulait dans le canal cholédoque, dans le conduit cystique et dans la vésicule, les parois de cette poche s'hypertrophiaient, et offraient par conséquent une plus grande résistance qui expliquait le peu de fréquence des ruptures de la poche. Mais s'il survient une cystite aiguë, les parois de la vésicule se ramollissent et s'ulcèrent; il se fait une perforation qui cause une péritonite rapidement mortelle.

Il y a une huitaine d'années, je donnais des soins à un ancien notaire qui, depuis quelque temps, était sujet à des attaques de coliques hépatiques. Un jour, je suis mandé près de lui pour des accidents qui avaient pris une intensité plus grande que n'en présentaient ses crises habituelles. Je le trouvai avec des vomissements incessants, le ventre ballonné; ses urines tout à fait supprimées, le pouls d'une excessive faiblesse et à peine perceptible, la température du corps considérablement abaissée. C'étaient, en moins de mots, tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. Je jugeai le cas désespéré, et le lendemain, en effet, le malade succombait.

Quoique l'autopsie n'ait pas pu être faite, ce n'est pas trop m'avancer que de dire qu'il s'agissait bien ici d'une péritonite déterminée par un épanchement dans le péritoine, consécutivement à la rupture de la vésicule ou d'un de ses canaux biliaires; que ce qui s'était passé dans ce cas était l'analogue de ce que j'avais eu l'occasion de voir chez un autre malade qui était mort dans des circonstances à peu près semblables.

C'était à Tours. Un riche habitant de cette ville, que traitait Bretonneau, fut pris tout à coup, au milieu d'une attaque de coliques hépatiques qui s'était prolongée pendant cinq à six jours, de vomissements incoercibles et de tous les signes d'une péritonite formidable, qui l'enlevait en moins de vingt-quatre heures. A l'ouverture de son cadavre, nous trouvâmes, dans la cavité péritonéale, un calcul du volume d'une noisette, et nous découvrîmes sur le trajet du canal cholédoque la perforation par laquelle ce calcul et une quantité assez notable de bile s'étaient fait jour.

Je dois à un de mes bons élèves, le docteur Werner (de Dornach), la communication d'un fait analogue et qui est surtout intéressant par la difficulté du diagnostic de la colique hépatique.

« Au commencement de mon arrivée ici, m'écrivit M. Werner, je fus appelé chez une malade qui avait soi-disant des *crampes d'estomac* extrêmement violentes, à la suite d'une forte émotion. Je diagnostiquai des calculs biliaires et j'instituai un traitement en conséquence. Le lendemain, les douleurs ayant augmenté et de

la péritonite s'étant déclarée, je soupçonnai une rupture de la vésicule et je demandai en consultation un des premiers médecins de Mulhouse. Celui-ci diagnostiqua une hépatite et me rit au nez quand je lui parlai de calculs. — Non satisfait, je demandai un second confrère. Celui-ci fit de même. Rentré chez moi et un peu ébranlé, je repassai attentivement mes notes prises à vos cliniques, et redevins alors de plus en plus convaincu de la justesse de ma première opinion. Vos leçons sur la colique hépatique, paraît-il, ne sont pas encore arrivées jusqu'à Mulhouse. — La malade mourut deux jours après; j'obtins de la famille la permission de faire l'autopsie, et, en présence de l'un des confrères consultés, je trouvai *vingt-cinq calculs* gros comme une noisette dans la vésicule; celle-ci crevée, la bile versée dans le péritoine et un calcul plus gros que les autres arrêté dans le canal cholédoque. »

Des observations de ce genre ne sont pas rares. Les auteurs en ont rapporté un assez grand nombre. Tantôt les matières épanchées étaient constituées par de la bile pure, tantôt par de la sérosité, par du mucus; d'autres fois par du pus, la vésicule enflammée s'étant transformée en une sorte d'abcès; dans d'autres cas, des concrétions biliaires plus ou moins grosses se retrouvaient dans le péritoine.

Ces perforations et ces ruptures n'ont pas toujours les conséquences graves dont je viens de vous parler. Lorsqu'en effet la vésicule ou ses canaux ont contracté des adhérences avec les parties voisines, la perforation peut se faire, sans entraîner l'épanchement dans la cavité du péritoine, parce que l'ouverture de la poche a lieu, soit à l'extérieur, soit dans la cavité des intestins, soit dans les voies urinaires, soit dans le foie lui-même. Il en résulte des *fistules biliaires*, soit externes, soit internes.

Les fistules externes peuvent s'établir spontanément; elles peuvent s'opérer artificiellement lorsque le chirurgien est intervenu pour ouvrir la tumeur, quelquefois considérable, qui faisait saillie au travers des parois abdominales, soit que la nature de cette tumeur ait été méconnue et prise pour un abcès, ainsi que nous en trouvons des exemples rapportés par les auteurs, et notamment par Jean-Louis Petit, soit que l'on ait su qu'on avait réellement affaire à une distension de la vésicule par un liquide.

En voici un exemple que m'a communiqué M. le docteur Léon Blondeau, qui l'avait recueilli chez un malade qu'il voyait à Vichy en 1850.

Un monsieur, âgé de soixante-huit ans, d'une vigoureuse constitution, affecté de gravelle urinaire, dont il avait ressenti d'assez fréquentes atteintes, fut pris, dans le courant de l'année 1843, de coliques hépatiques, et bientôt il s'aperçut de la présence d'une tumeur assez volumineuse dans la région de l'hypochondre droit. Cette tumeur était douloureuse à la pression, et évidemment fluctuante. Le malade consulta MM. les professeurs Rostan et Cruveilhier, et réclama une opération qui, pensait-il, devait le guérir. On lui conseilla d'attendre; mais, l'année suivante, son mal persistant, un chirurgien de Versailles, à sa sollicitation, consentit à faire sur la tumeur une application de

trois cautères. Après la chute des eschares, l'un de ces cautères se referma ; les deux autres donnèrent d'abord issue à de la mucosité teinte de bile, et devinrent l'orifice de fistules par lesquelles s'échappèrent environ une douzaine de calculs, dont plusieurs, assez volumineux, atteignaient même le volume de l'extrémité du petit doigt. Depuis cette époque, le malade rendait ainsi de temps en temps des concrétions qui étaient expulsées sans qu'il s'en aperçût, et que, le matin, il trouvait dans l'appareil habituellement maintenu sur ses plaies. Quelquefois, cependant, l'expulsion de calculs un peu plus gros lui occasionnait de la douleur. Il racontait, en outre, qu'une fois, une des fistules donna passage à une quantité assez notable de bile, et qu'avec cet écoulement, qui se prolongea pendant une quinzaine de jours, coïncida un certain degré d'amaigrissement ; l'embonpoint ne tarda pas à revenir, quand cet écoulement eut cessé. Indépendamment des calculs et des concrétions plus dures auxquels elles donnaient passage, les plaies laissaient quelquefois sécréter du sang et de la sérosité.

La santé était d'ailleurs parfaite.

J'ai observé un fait du même genre avec mon honorable ami M. le docteur Laguerre. Nous donnions des soins à un malade âgé de soixante ans qui avait été souvent tourmenté par des coliques hépatiques. A la suite de coliques plus vives et plus persistantes, il survint une vive douleur dans le flanc droit, au niveau de la vésicule biliaire. Bientôt on y trouva de l'empâtement, la peau rougit et il se forma un véritable abcès, dont l'ouverture donna issue à du muco-pus et à des calculs.

Enfin, M. le docteur Guyon a communiqué, à l'Académie des sciences, l'observation de la sortie d'un calcul biliaire à travers les parois abdominales, avec guérison du sujet. C'était une dame qui, après avoir présenté pendant quelque temps une tumeur dans la région du foie, laquelle était peu douloureuse et ne donnait lieu que de temps à autre à un léger mouvement fébrile, rendit, par cette tumeur où la potasse caustique avait été appliquée, un calcul triangulaire de 6 centimètres dans sa plus grande circonférence et de 4 et demi dans sa plus petite. A la suite de l'expulsion du corps étranger, le malaise local diminua de jour en jour, aucun mouvement fébrile ne se fit plus sentir, et la guérison fut complète.

Vous savez, messieurs, qu'afin d'aller au devant des accidents mortels qu'entraînent la rupture spontanée de la vésicule et l'épanchement dans le péritoine des matières qu'elle contient, J. L. Petit avait posé en précepte d'intervenir chirurgicalement. Établissant un parallèle entre la rétention de la bile causée par les pierres de la vésicule du fiel, et la rétention d'urine causée par les pierres dans la vessie, il arrivait à cette conclusion que la lithotomie était applicable aux unes comme aux autres. Van Swieten, en rapportant cette opinion de Petit, ajoute : « *Forte prima fronte audax apparebit facinus talia moliri; sed certe audacior ille fuit, qui primus ex vesica urinaria sectione calculum educere tentavit.* » Toutefois Petit prescrit de n'avoir

recours à cette opération qu'autant que la vésicule aura contracté des adhérences avec les parois du ventre; autrement on aurait à redouter les accidents qu'on cherche à prévenir, en établissant la communication entre la vésicule et la cavité abdominale. Il indique des signes à l'aide desquels on peut reconnaître que ces adhérences se sont formées; mais, suivant la juste observation de Boyer, ces signes qui, en définitive, se réduisent à deux, l'immobilité de la tumeur lorsqu'on cherche à lui imprimer des mouvements, l'empâtement des téguments, ces signes ne présentent aucun caractère certain. Suivant Boyer, il vaudrait donc mieux attendre que l'affection se fût prononcée d'une façon plus claire, et qu'il y eût une tendance manifeste de la tumeur à s'ouvrir spontanément au dehors.

Cependant, messieurs, il est des cas où des dangers menaçants obligent le médecin à intervenir le plus promptement possible. Dans ces cas, on doit, pour agir presque en toute sécurité, chercher à produire les adhérences, en incisant couche par couche les parois abdominales jusqu'au péritoine exclusivement, selon le procédé mis en usage par Bégin. Ce premier temps de l'opération fait, on attend quarante-huit heures avant de pénétrer dans la tumeur elle-même.

On arrive encore aux mêmes résultats par le procédé de Récamier, qui consiste à ouvrir la tumeur par des applications de potasse ou de caustique de Vienne. Dans l'exemple que je vous rapportais il y a un instant, c'est le procédé qui a été employé.

Ces procédés ne sont pas exempts de dangers; mais je vous ai souvent parlé de celui que j'avais imaginé pour atteindre le même but. J'obtiens l'adhérence par l'acupuncture multiple, appliquée de la manière suivante. J'enfonce dans la peau trente ou quarante aiguilles d'acier armées d'une grosse tête, qui traversent toute l'épaisseur du derme et qui arrivent jusque dans la vésicule biliaire ou dans le kyste de l'ovaire (car c'était surtout pour les kystes de l'ovaire que j'avais employé ce procédé). Les aiguilles restent en place pendant trois ou quatre jours; alors on enlève les premières pour en enfoncez d'autres dans les intervalles des piqûres, et l'on recommence de la même manière une troisième fois. Il est essentiel que les aiguilles soient armées d'une tête de cire à cacheter; il est essentiel encore qu'une rondelle faite avec de la peau de gant soit appliquée sur la partie et traversée elle-même par les aiguilles en même temps que le derme; sans cette double précaution, les aiguilles pénétreraient avec une extrême rapidité dans les tissus, et s'y perdraient, non sans de graves dangers.

La pratique que je viens de décrire est à coup sûr la plus simple et la plus innocente de toutes celles qui ont été indiquées, quand on se propose d'obtenir des adhérences entre la surface d'un kyste et la membrane séreuse des parois abdominales. Je n'ai pas besoin de dire que la petite aréole inflammatoire développée autour de chaque piqûre détermine dans le péritoine une phlegmasie qui comprend, à cause du rapprochement des aiguilles, toutes les surfaces dont on veut obtenir l'adhérence.

Vous comprenez, messieurs, que les *fistules biliaires internes* sont complètement en dehors de nos moyens d'action. Ces communications entre la vésicule biliaire et les organes intérieurs peuvent s'établir, ainsi que je vous le rappelais tout à l'heure, dans la cavité des intestins, soit dans le duodénum, soit dans le côlon.

Une vieille dame qui habitait la place Royale, fut prise, après une crise de coliques hépatiques, de douleurs violentes limitées dans le flanc droit, il s'y joignit une constipation opiniâtre; les phénomènes que je constatai me firent penser à un abcès du bassin, lorsque, dans la journée, la malade rendit par les garderobes une quarantaine de calculs.

Des concrétions biliaires expulsées par les urines ne laissent aucun doute sur la possibilité qu'une fistule de la vésicule du foie peut s'ouvrir dans les bassinets du rein. Enfin, des observations consignées par des auteurs aussi recommandables que Frank, prouvent que les communications peuvent s'établir entre la vésicule du fiel et le foie lui-même.

« Une femme qui avait été tourmentée de coliques hépatiques, présente, avant sa mort, dit Frank, les signes d'une inflammation gangréneuse du foie. A l'autopsie, on trouva cette glande occupée, à sa partie concave, par un abcès volumineux, qui contenait un liquide purulent et fétide. Sur un des côtés de cette poche gangrenée apparaissait la pointe d'un calcul triangulaire qui faisait saillie. Les parois de la vésicule étaient comme cartilagineuses, elles avaient l'épaisseur du doigt, et étaient adhérentes au côlon et au duodénum, communiquant seulement avec le foie par plusieurs sinus, d'où s'écoulait la même matière purulente et fétide. Elle contenait aussi deux calculs gros comme des châtaignes, et plusieurs autres plus petits. »

Une fois parvenus dans le tube digestif, qu'ils y soient arrivés par les voies naturelles, c'est-à-dire par le canal cholédoque, qu'ils se soient frayé un passage artificiel comme dans ces cas de fistules internes dont je viens de vous parler, ces calculs biliaires sont le plus généralement entraînés par les mouvements péristaltiques jusqu'à l'anus, à travers lequel ils sont expulsés avec les garderobes. Il est des cas, toutefois, cas excessivement rares à la vérité, où des concrétions plus ou moins volumineuses sont remontées dans l'estomac et ont été rejetées par le vomissement.

Vous vous rappelez sans doute l'histoire d'une jeune femme qui entra dans notre salle Saint-Bernard avec les symptômes d'une grave péritonite. A l'autopsie, nous trouvions un calcul hépatique, engagé dans l'appendice iléo-caecal dont il avait causé la perforation; des faits de ce genre ont été indiqués par les auteurs.

Vous avez pu observer l'un des plus curieux exemples de ces fistules internes chez la femme couchée au n° 28 de notre salle Saint-Bernard et dont voici l'observation succincte : Dans le courant de l'année 1863, entra dans la salle Saint-Bernard une femme de cinquante-trois ans. Elle nous apprenait que quelques années auparavant, elle avait été reçue dans le service de M. le

docteur Béhier, à l'hôpital Beaujon, et traitée d'une paraplégie avec lésion du corps des vertèbres.

La paraplégie avait été heureusement guérie.

Nous fûmes tout d'abord frappés de la teinte profondément ictérique de la peau, et notre attention dut immédiatement se fixer sur le foie. La malade nous raconta que depuis quelques semaines, elle éprouvait de violentes crampes d'estomac qui étaient accompagnées de nausées, quelquefois de vomissements, le lendemain la peau devenait jaune, les urines prenaient une teinte très-foncée. Chaque fois qu'elle avait ces accidents, elle prenait de la fièvre caractérisée par un frisson suivi d'une chaleur vive et prolongée, sans sueur consécutive. Quelques semaines après son entrée à l'hôpital, elle eut une colique beaucoup plus violente. La douleur de la région hépatique prit une intensité extrême, et pendant une semaine au moins nous pensâmes qu'il était survenu une forte hépatite avec une inflammation de la vésicule. Puis, pendant près d'un mois, il y eut, chaque jour, un frisson revenant à peu près à la même heure, suivi de chaleur et de sueur; l'ictère ne diminuant pas, la douleur s'exaspérant toujours au début de l'accès fébrile.

Nous restions dans l'idée que la fièvre était causée par l'hépatite, et par l'inflammation de la vésicule sollicitée chaque jour par un calcul qui se présentait à l'entrée du col cystique.

Quand on palpait le foie, on trouvait le viscère dur et très-sensible dans toute son étendue. A droite le grand lobe dépassait de 6 à 8 centimètres le rebord des côtes; et comme les parois du ventre étaient souples et minces, il était facile de suivre le bord tranchant du foie, jusqu'au point où il se perdait sous l'hypochondre gauche.

Après que, dans l'étendue de 10 centimètres à peu près, on avait suivi le bord tranchant du foie, en allant de droite à gauche, tout à coup on trouvait un ressaut formé par un corps orbe tenant au reste du foie par sa base, et faisant saillie en bas: il pouvait avoir le volume d'une petite orange, il était dur, sans inégalités, et fort douloureux; puis venait une autre scission, limitant à gauche la saillie dont nous venons de parler, et nous retrouvions alors le bord du foie que nous pouvions suivre désormais avec la plus grande facilité.

Toutes les personnes qui fréquentent le service purent répéter cette exploration, et toutes, comme nous, pensèrent que la tumeur que l'on sentait sur le rebord du foie était formée par la vésicule distendue; aussi nous restâmes plus que jamais attachés à l'idée qu'il y avait des calculs dans la vésicule, une oblitération du canal cystique par un des calculs, une inflammation de la vésicule avec distension extrême; et en même temps hépatite subaiguë.

Cependant deux mois après son entrée, notre malade sortait en parfait état. L'ictère s'était peu à peu dissipé; les douleurs paroxystiques ne s'étaient plus reproduites qu'à d'assez longs intervalles, puis elles avaient cessé. La fièvre était tombée, l'appétit, l'embonpoint étaient revenus; il ne restait plus, quand

la malade quitta l'hôpital, qu'une douleur toujours assez vive dans la région hépatique, et la tumeur dont nous avons parlé avait diminué à peu près de moitié. Il devenait évident pour moi que les calculs étaient restés et que la vésicule les tolérait aujourd'hui.

Mais à la fin de décembre 1863, cette femme, qui avait joui pendant six mois d'une bonne santé, rentra dans notre service pour des accidents de tous points identiques avec ceux pour lesquels nous l'avions déjà soignée : mêmes douleurs hépatiques, survenant toujours vers le soir, d'une façon irrégulièrement intermittente, toujours accompagnées d'un véritable accès de fièvre, avec frisson ordinairement peu violent, et toujours suivies d'ictère : l'accès fébrile et l'ictère ayant une intensité proportionnelle à celle des douleurs. Dans l'intervalle de celles-ci, la santé était tolérable ; l'appétit revenait, la malade se levait, descendait au jardin, se livrait aux travaux de son sexe et perdait peu à peu sa teinte ictérique ; parfois même les périodes de rémission étaient assez prolongées pour que la malade parlât de nous quitter. Cependant elle portait toujours dans l'hypochondre droit une tumeur volumineuse, présentant toujours la même forme que j'ai décrite ; douloureuse au moment des accès, et très-peu sensible, au contraire, dans les intervalles de rémission.

A la suite des efforts de vomissements causés par les attaques de colique hépatique, une hernie inguinale s'était produite à droite, et de temps à autre cette hernie faisait souffrir la malade. Or, le 20 mai 1864, les vomissements devinrent tout à coup extrêmement fréquents, une vive douleur se faisait simultanément sentir dans la tumeur herniaire et le lendemain matin il n'était pas douteux que la hernie s'était étranglée. L'opération de la kélotomie fut faite, mais la femme n'en succomba pas moins deux jours plus tard.

Voici les lésions imprévues que nous trouvâmes du côté du foie.

Les dimensions de la glande ne sont pas très-notablement augmentées : l'organe déborde d'environ 4 à 5 centimètres le rebord des fausses côtes, et présente, vers son bord tranchant, une disposition singulière. Une échancrure profonde marque la séparation entre la portion gauche et la portion droite ; mais, un peu plus en dehors, une nouvelle échancrure se manifeste sur le bord antérieur : entre ces deux scissures se trouve compris un gros lobule à forme arrondie, dont la présence, en cet endroit, a pu faire croire à une saillie de la vésicule biliaire, distendue par des calculs.

L'aspect général de la glande rappelle celui de la cirrhose. Sa surface externe est parsemée d'une multitude de granulations d'un blanc jaunâtre, entre lesquelles on aperçoit la teinte d'un brun foncé de la masse glandulaire ; la couleur de l'organe est cependant beaucoup moins jaune que dans la cirrhose, et sa déchirure n'offre point l'aspect granuleux qui caractérise cette lésion.

A sa face inférieure le foie semble présenter une double vésicule biliaire : on voit en effet, au niveau de la fossette de la vésicule, deux tumeurs piriformes, l'une et l'autre manifestement distendues par des calculs. La poche

la plus volumineuse est située en dedans (c'est la vésicule), immédiatement en dessous de ce lobule isolé que nous avons décrit. Sa forme globuleuse, et la résistance qu'elle présente, indiquent suffisamment l'existence de masses solides à son intérieur. Le col de cette tumeur donne naissance à une multitude de canaux très-dilatés qui sont arrondis à l'intérieur des lobules. Parmi ces canaux, on en remarque principalement deux, qui décrivent deux courbes concentriques, à concavité tournée en avant : le premier se rend dans la partie supérieure et postérieure du lobe gauche ; le second envoie une ramification dans le lobe carré et se perd dans la partie antérieure de l'extrémité interne du foie.

Il n'existe donc aucune trace de la disposition habituelle des conduits biliaires ; on ne peut trouver de canal cholédoque. Un cordon fibreux compris dans l'épaisseur d'un repli péritonéal passe de la partie moyenne du conduit curviligne que je viens de signaler et se dirige en bas : mais il est coupé à l'extrémité de son origine, ce qui ne permet point d'en découvrir la terminaison.

Quant à la poche accessoire, située en dehors de la vésicule à laquelle elle adhère par son sommet, elle présente une forme ovoïde, et se trouve fixée à la face inférieure du foie par des adhérences intimes, qui la maintiennent dans une immobilité complète.

Après avoir constaté ces dispositions à l'extérieur, on procède à l'ouverture du réservoir biliaire et des conduits afférents. Chaque incision pratiquée sur le trajet des canaux dilatés laisse échapper des flots de bile jaune, renfermant beaucoup de petits graviers. La vésicule, à sa partie inférieure, renferme un calcul du volume d'une grosse noix, arrondi, et jaune à l'extérieur comme à l'intérieur. Au-dessus du point occupé par le calcul, une vaste ampoule cylindroïde constitue un réservoir commun, auquel viennent aboutir tous les canaux biliaires. Les parois de la vésicule sont notablement épaissies.

A la base de cette dilatation des capillaires, immédiatement au-dessus du calcul et en dehors, se trouve une série de lignes figurant assez bien les pas de vis du canal cystique. Au-dessus de ce point, on voit une cicatrice arrondie dont le centre est percé d'un étroit pertuis, qui conduit dans la poche accessoire que nous allons maintenant décrire. Un autre trajet fistuleux vient aboutir au duodénum.

La poche accessoire, remplie de trois gros calculs et de trois petits, tous à facettes, décolorés à l'extérieur et jaunes à l'intérieur, communique avec la vésicule par une petite cavité dans une ampoule arrondie, qui ressemble parfaitement à un canal rétréci à ses deux extrémités. Le fond de cette poche est large, et rempli par les trois calculs que nous avons signalés. Les parois, fort épaissies, présentent, à l'intérieur, une membrane marbrée d'arborisations vasculaires et remplies d'un liquide blanchâtre, dans lequel le microscope fait voir de nombreux globules de pus, mêlés à des gouttelettes grasses. Les parois mêmes de cette poche, examinées au microscope, n'ont offert que

des éléments de tissu conjonctif; la surface interne de cette cavité est tapissée par un épithélium pavimenteux.

Le duodénum, parfaitement sain d'ailleurs, a contracté d'intimes adhérences avec la vésicule; c'est à travers ces adhérences, et par un trajet oblique, que s'est établie une communication fistuleuse entre la vésicule et le tube digestif. L'orifice intestinal est parfaitement lisse et arrondi, il s'ouvre au commencement de la seconde portion du duodénum et laisse passer sans difficulté la canule d'un trocart capillaire. L'orifice opposé est plus petit, et semble taillé à l'emporte-pièce.

C'est donc par cette voie indirecte que la bile filtrait de temps en temps dans l'intestin, en l'absence du conduit cholédoque oblitéré. Restait à déterminer la position des vestiges de ce conduit. Les lignes en pas de vis, situées auprès de l'orifice de communication de la vésicule avec le kyste voisin, semblaient indiquer que là se trouvait l'origine du canal cystique: la vésicule proprement dite se réduisait donc à la poche qui renfermait le calcul; et l'ampoule énorme qui la surmontait, et qui recevait tous les canaux biliaires, n'était que le canal hépatique énormément dilaté.

Quant au canal cholédoque, c'est sans doute le cordon fibreux, ou une ramification du conduit hépatique, qui en représentait le dernier vestige. Effectivement ce cordon occupait le siège anatomique du canal excréteur de la bile, il offrait une cavité distincte, dans une longueur de 2 à 3 millimètres, et devenait ensuite imperméable. Il est fâcheux qu'il n'ait pas été possible d'en suivre le trajet jusqu'à l'ampoule de Vater, ce qui aurait jugé la question. Mais on ne saurait douter que la poche accolée à la vésicule biliaire et communiquant avec elle, n'ait été un kyste accidentel, formé autour de calculs tombés dans la cavité péritonéale.

Ce fait présentait, entre autres particularités remarquables, une série d'attaques de coliques hépatiques dont chacune était caractérisée par un véritable accès de fièvre intermittente, venant toujours dans l'après-midi. Quelle était la cause de cette intermittence dans les phénomènes, alors que la lésion des voies biliaires était si profonde, si invétérée et si permanente?

J'ajoute encore qu'il était impossible de ne pas prendre pour la vésicule distendue par des calculs un lobule irrégulier qu'on sentait à travers les parois de l'abdomen. Or, on voit d'ici l'embarras du chirurgien qui aurait osé porter une main téméraire sur cette prétendue vésicule, en vue d'évacuer les calculs supposés. Je ne fais cette allusion que parce que quelques-uns de ceux qui suivent la visite avaient discuté un moment l'opportunité d'une opération que, pour ma part, j'aurais formellement repoussée.

La femme dont je viens de vous parler avait été paraplégique et sa paraplégie semblait avoir été causée par une affection des vertèbres. Je regrette qu'on n'ait pas élucidé cette question à l'autopsie, et je le regrette d'autant plus que je veux actuellement vous entretenir d'un accident fort rare, consécutif aux coliques hépatiques violentes et prolongées, accident peut-être plus

méconnu encore qu'il n'est rare, je veux dire la *paraplégie réflexe*. Vous savez qu'on a fort bien décrit dans ces derniers temps la paraplégie consécutive aux affections des voies génito-urinaires et en particulier celle qui survient à la suite des affections utérines (1), mais ce qu'on n'a pas décrit, que je sache, c'est la paraplégie consécutive aux maladies du foie: ainsi Frerichs n'en parle pas dans son excellent ouvrage (2). Or, en voici un exemple bien remarquable.

En novembre 1863, j'ai soigné, conjointement avec mon élève et ami M. le docteur Peter, une dame, madame d'O..., qui nous était adressée de la province par un excellent médecin, M. le docteur Levavasseur, du Blanc. Cette dame, âgée de trente et quelques années, s'était mariée à seize ans et avait eu sans accidents consécutifs sept enfants et une fausse couche. Elle avait été de bonne heure remarquablement grasse. A plusieurs reprises elle avait été atteinte d'une éruption eczémateuse des oreilles, du cou et des joues. « Jusqu'en 1862, dit M. Levavasseur, dans une note qu'il nous avait envoyée, elle n'avait eu aucune maladie grave. Seulement, depuis quelques années, elle était sujette de temps à autre à des *douleurs épigastriques* qui apparaissaient subitement, duraient quelques heures et se dissipaient sous l'influence de calmants. — Il paraît y avoir eu coïncidence au moins entre la première manifestation de ces douleurs et la cessation de l'affection herpétique...

« Madame d'O... a perdu, il y a quatre ans environ, une sœur qui était atteinte de la maladie d'Addison; il y a des *goutteux* dans sa famille maternelle.

» Il y a un an, vers le milieu du mois de novembre, madame d'O... était enceinte de quatre à cinq mois, lorsque, après deux jours de fatigue consistant en marche prolongée, elle est prise d'une douleur épigastrique violente, subite, de même nature en apparence que celles qu'elle ressentait quelquefois et qui d'habitude n'avaient pas de durée. Il n'en est point ainsi cette fois; la douleur persista, gagna toute la région du foie et s'irradia en arrière jusqu'à l'épine dorsale; elle s'exaspère sensiblement par la pression la plus légère; la fièvre survient très-intense, 120 pulsations; un ictère général se manifeste et enfin une augmentation notable et générale du volume du foie, douleur à l'épaule droite, légères épistaxis. Après huit jours d'un traitement antiphlogistique actif, tous ces accidents qui, pour les médecins qui voient la malade, entre autres MM. Mascarel (de Châtellerault) et Arnould (de Blois) caractérisent une *hépatite aigüe*, diminuent d'intensité; la fièvre baisse, le pouls tombe à 100 puis à 90, la douleur diminue, la teinte ictérique de la peau va en s'affaiblissant et tout paraît devoir marcher vers une résolution prompte et

(1) Voyez R. Leroy (d'Étiolles), *Des paralysies des membres inférieurs*. Paris, 1857. — Brown-Sequard, *Paralysis of lower extremities*. Londres, 1861. — Jaccoud, *Les paraplégies et l'ataxie*. Paris, 1864.

(2) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie*, traduct. française. Paris, 1866.

complète du mal. Il n'en est point ainsi, cependant, et depuis l'apaisement des symptômes aigus primitifs *bien localisés d'abord* à la région hépatique, c'est-à-dire depuis plus de onze mois, se manifeste une série d'accidents variés et insolites eu égard à la nature primitive de la maladie.

» Il y a d'abord pendant plusieurs mois absence complète d'appétit, dégoût de toute alimentation, vomissements fréquents des substances ingérées, soit excessive, langue comme dépouillée de son épithélium, constipation opiniâtre; le pouls oscille de 90 à 100 pulsations.

Survient plus tard un état douloureux général, une *hyperesthésie* de la peau de *tout le corps*, manifeste à la moindre pression et qui se montre particulièrement tout autour du thorax et aux membres supérieurs. Au bout d'un certain temps la malade est prise de douleurs *spontanées* excessivement aiguës qui lui arrachent des cris, ne lui laissent aucun répit, mais sont cependant plus violentes par crises irrégulières, et siègent surtout aux extrémités, plus particulièrement aux doigts et aux orteils; peu à peu cet état, avec lequel *coïncident toujours les troubles digestifs* mentionnés, se modifie; les crises de douleurs s'éloignent, deviennent moins violentes, puis cessent tout à fait, mais laissant à leur suite l'état spécial d'*impuissance musculaire* qui persiste encore à partir de la ceinture jusqu'aux orteils.

» Je dois noter ici que sous ce rapport il y a eu une amélioration dans l'état de la malade; ainsi la liberté de mouvement des membres supérieurs n'a pas toujours été ce qu'elle est; pendant longtemps elle n'a pu que très-difficilement se servir de ses mains. Pendant longtemps aussi elle n'a pu changer de position dans son lit, se porter d'un bord à l'autre, se retourner d'un côté sur l'autre, fléchir et étendre les membres inférieurs sans le secours d'un aide. Elle peut maintenant et facilement exécuter tous ces mouvements.

» Depuis quelques mois le dégoût prononcé pour l'alimentation a graduellement disparu et la malade mange avec un appétit qu'il a fallu souvent réprimer; depuis fort longtemps les vomissements de substances alimentaires ont cessé et la constipation a été moins opiniâtre.

» Madame d'O... revient de Vichy, et depuis son retour le pouls a perdu toute fréquence, il était à 60-65 avant le départ pour Paris.

» Au milieu de tous ces accidents successifs l'état du foie a offert bien des variations; redevenu normal après la disparition des accidents aigus primitifs, il a augmenté de nouveau à quelques reprises sans que, du reste, cet accroissement ait jamais été considérable. Il y a eu plusieurs fois des retours bien manifestes d'*ictère* avec urines momentanément ictériques.

» Ces retours d'ictère ont été le résultat des crises douloureuses et à l'épigastre et à la région du foie qui ont apparu de nouveau, deux mois environ avant le départ pour Vichy, pour la *première fois* depuis le début de la maladie; même caractère d'ailleurs que celles du début, douleur de l'épigastre et de la région hépatique avec accélération du pouls, ictère; puis en quinze ou vingt heures, apaisement complet sans autre trace qu'un ictère de peu de durée.

» A Vichy, pendant un séjour de deux mois, ces crises se sont reproduites plus ou moins souvent: depuis le retour elles sont devenues plus fréquentes, plusieurs par semaine, et ont acquis un caractère différent de celui qu'elles avaient primitivement; ainsi, si leur début se marque par une douleur épigastrique et hépatique, très-promptement la douleur envahit tout le torse, les reins, les épaules, la région spinale; il y a de l'angoisse, de la difficulté à parler par suite d'une constriction des mâchoires; au bout d'un temps plus ou moins long survient un vomissement naturel ou provoqué de liquides glaireux, épais, filants, sans que *jamais* il y ait rejet de substances alimentaires, même immédiatement après les repas. *Subitement* alors toute douleur cesse, une détente générale se produit et la malade n'éprouve comme conséquences de ces crises violentes qu'un peu de fièvre pendant douze à quinze heures et un brisement général.

» Il y a trois semaines ou un mois environ la malade n'avait pas eu de crises depuis plus longtemps que d'habitude, six à sept jours, lorsqu'elle fut prise pour la première fois d'un *embarras de la langue*, d'une *difficulté extrême de prononciation* qui persiste jusqu'au lendemain et disparaît alors en même temps que survient un accès de douleurs.

» Cet embarras s'est, à diverses reprises, renouvelé depuis ce jour, mais moins prononcé.

» L'accouchement s'est fait dans le mois de janvier sans apporter aucun changement notable dans l'état de la malade. L'enfant a vécu huit jours.

» Il y a eu de l'albumine dans l'urine avant l'accouchement, en même temps un peu de bouffissure des extrémités.

» Jamais on n'a constaté l'existence de calculs biliaires dans les selles. »

En résumé, violentes attaques de coliques hépatiques chez une dame née d'un père goutteux et ayant eu elle-même dans le cours de sa vie de l'eczéma qui, dans la doctrine de M. Bazin, serait arthritique. Puis dans le cours de ses attaques hépatiques, et c'est là le point que je veux mettre en lumière, accidents nerveux multiples frappant successivement la sensibilité et le mouvement et consistant d'abord en de l'hyperesthésie générale pour se terminer par de la paraplégie.

Voici l'état de cette dame lorsque nous la vîmes pour la première fois avec M. Peter: Ictère intense, bronzé; foie dépassant de quatre travers de doigt les fausses côtes, dur, peu douloureux à la pression, à surface non raboteuse; hypocondre couvert de cicatrices de cautères appliqués contre l'hépatite chronique que quelques médecins ont diagnostiquée. Émaciation notable, anorexie, embarras gastrique, grande faiblesse générale, absence de fièvre. Avec cela mouvements extrêmement difficiles des membres inférieurs, qui sont non-seulement affaiblis, mais un peu contracturés. Nous essayons de faire marcher la malade et voici ce que nous observons: la marche n'est pas seulement très-difficile en raison de la faiblesse des jambes, elle est rendue impossible par suite de la position vicieuse qu'ont prise les pieds. Ceux-ci sont en effet dans