

émission sanguine locale, qu'on fera sur l'hypochondre ou à l'anus. On entretiendra la liberté du ventre avec des purgatifs salins. Si le foie est volumineux, on tâchera de résoudre l'engorgement par l'emploi de pommades et de topiques fondants et résolutifs, tels que les emplâtres de Vigo, les pommades mercurielles et iodées. C'est dans le même but qu'on administre à l'intérieur le calomel à doses fractionnées, ne s'arrêtant que lorsqu'il excite la salivation. Les alcalins ont été également préconisés : tels sont le savon médicinal à l'intérieur, le bicarbonate de soude donné en boisson, en bains, en douches sur l'hypochondre. On soumettra aussi les malades à l'usage de quelques eaux alcalines, telles que Vichy, Carlsbad, Marienbad, ou bien on emploiera des eaux purgatives, telles que celles de Niederbronn. Dans les cas les plus rebelles, on appliquera sur le rebord costal un, deux ou trois cautères ou moxas. Enfin, si l'individu habite un climat chaud, il faut conseiller l'émigration : c'est ainsi que beaucoup de créoles de nos Antilles, atteints d'hépatite chronique rebelle et avec ascite, se rétablissent en venant en Europe, ou en allant habiter sur le continent américain des pays moins chauds que ceux qu'ils quittent.

DE L'INFLAMMATION DES ORGANES QUI SERVENT A L'EXCRÉTION
DE LA BILE

Les conduits hépatique, cystique et cholédoque, ainsi que la vésicule du fiel, peuvent s'enflammer isolément ou simultanément. Mais de toutes les parties dont la réunion forme les voies biliaires, la vésicule est celle qui s'enflamme le moins rarement. On a proposé de désigner cette inflammation par le nom de *cholécystite*.

Caractères anatomiques. — Les conduits hépatique, cystique ou cholédoque, quand ils sont enflammés, paraissent être augmentés de volume; leur membrane interne est rouge, gonflée, friable, opaque, quelquefois ulcérée; si l'ulcération atteint toutes les tuniques, une perforation en est la conséquence. Lorsque la vésicule est phlogosée, on trouve qu'elle est devenue généralement plus ample; elle est distendue par une bile altérée, mêlée ou non à des calculs; il est plus rare qu'elle soit revenue sur elle-même et qu'elle contienne du pus; sa membrane interne est rouge, épaissie ou amincie, friable, ulcérée, parfois gangrenée. Ces diverses altérations envahissent presque toujours les autres tuniques : aussi trouve-t-on souvent les parois de la vésicule d'une épaisseur double ou triple, ou bien amincies et ayant la ténuité d'une toile d'araignée; d'autres fois parsemées d'eschares, ou bien perforées par suite d'un travail ulcératif qui a procédé de dedans en dehors. Cette participation de toutes les tuniques au travail inflammatoire se remarque surtout dans la cholécystite chronique. En général, alors, il y a exagération de l'état réticulé de la membrane interne; les parois sont épaissies, et toutes les tuniques confondues en une masse homogène et comme fibreuse; l'organe, revenu sur lui-même, est atrophié. Il est probable que beaucoup d'oblitérations et d'atrophies de la vésicule et des conduits biliaires n'ont pas d'autre origine qu'une inflammation aiguë ou chronique. Cette oblitération a lieu tantôt par suite du gonflement des parties, d'autres fois par la cicatrisation d'une ulcération qui fait adhérer entre elles les surfaces opposées. Les voies biliaires, lorsqu'elles sont le siège d'une phlegmasie aiguë ou chronique, contiennent presque toujours un certain nombre de calculs.

Symptômes. Marche. Terminaisons. — Il est impossible de tracer actuellement une histoire symptomatologique un peu exacte de l'inflammation des voies biliaires. Voici toutefois les accidents qui ont été le plus souvent observés.

Les malades ressentent une douleur très-vive sous le rebord des fausses côtes, augmentant par la pression, gênant la respiration et les mouvements. Quelquefois on sent se dessiner à ce niveau une tumeur pyriforme; en même temps il y a des nausées, des vomissements, de la constipation et une teinte ictérique, surtout lorsqu'il existe un obstacle permanent au cours de la bile; la fièvre est plus ou moins vive. La marche de la maladie est le plus souvent rapide : elle l'est surtout lorsque l'issue est funeste. Celle-ci est produite tantôt par une péritonite suraiguë consécutive à la perforation de la vésicule; ou bien elle a lieu d'une manière brusque, et, dans ce cas, elle ne peut pas toujours être expliquée ni par les désordres anatomiques, ni par l'intensité des douleurs éprouvées pendant la vie. Il existe dans la science un certain nombre d'observations d'inflammation des voies biliaires ayant ainsi amené une mort subite. La terminaison peut être favorable, ou bien parce que l'inflammation se résout, ou bien parce que la vésicule, distendue par le pus, se vide à travers la paroi abdominale, ou par le côlon et le jéjunum. Lorsque l'ouverture se fait à travers les téguments, il s'écoule le plus souvent, avec le pus, un peu de bile, et presque toujours un nombre plus ou moins grand de calculs biliaires. La plaie peut se fermer et se rouvrir plusieurs fois; elle reste souvent fistuleuse, sans que la santé se soit notablement altérée. C'était probablement un abcès semblable qui, dans l'espace de neuf ans, donna à Thélésius cinq à six cents petits calculs. Un fait analogue est rapporté par M. Bonnet (de Bordeaux).

Diagnostic. — Il est très-difficile de diagnostiquer l'inflammation des voies biliaires et de la distinguer d'une péritonite circonscrite. Mais lorsque la vésicule est distendue, on la reconnaît à son siège, à sa forme qu'on dessine aisément par la percussion et par la palpation. Le diagnostic précis est souvent d'autant plus ardu que la phlegmasie est rarement primitive; presque toujours celle-ci est consécutive et coexiste avec diverses lésions graves du foie ou avec des produits morbides, surtout avec des calculs. On ne croira pas à un abcès du foie, parce que, dans le premier cas, la tumeur est mieux circonscrite, et qu'il n'y a pas d'induration à sa base; cette tumeur est située au-dessous des fausses côtes, sous le muscle droit; la fluctuation est générale, elle s'est formée assez rapidement et elle a été tout de suite superficielle, tandis que le contraire a lieu dans les cas d'abcès hépatiques. L'abcès de la vésicule sera distingué de la simple distension de cette poche par la bile, en ayant égard aux symptômes inflammatoires qui, dans la supposition d'une cholécystite terminée par suppuration, ont dû précéder la formation de la tumeur. On aura en outre égard aux symptômes généraux et locaux qui indiquent communément la formation du pus, comme frissons irréguliers, redoublements fébriles, sueurs, élancements, puis douleur gravative vers l'organe malade. Enfin, on notera que la tumeur est moins exactement circonscrite, à cause d'un certain degré d'empatement qui existe tout autour d'elle.

Causes. — La cholécystite, rarement spontanée, survient le plus souvent dans le cours de maladies graves, ou bien lorsque la vésicule contient des corps étrangers, surtout des calculs; ceux-ci agissent tantôt par leurs inégalités, tantôt par leur migration d'un point dans un autre, ou bien parce qu'un coup ou une pression forte a été exercé sur l'hypochondre droit. Il peut se faire encore qu'un obstacle existant dans le canal cholédoque ou sur son trajet, la bile s'accumule dans la vésicule et l'enflamme en la distendant outre mesure. Il est possible, enfin, que l'inflammation soit quelquefois consécutive à la phlegmasie du duodénum; mais il n'existe encore, à ce sujet, que des données fournies par la théorie.

Pronostic. — Lorsqu'on reconnaît une cholécystite, on doit porter un pronostic très-grave.

Traitement. — Le traitement sera essentiellement antiphlogistique; il sera le même que pour l'hépatite. Si la vésicule, très-distendue, formait une saillie, on devrait se hâter de l'ouvrir avec le bistouri, pourvu qu'on fût bien certain qu'elle a contracté des adhérences avec la paroi abdominale. Dans le cas contraire, on procéderait comme pour les abcès et les acéphalocystes du foie. (Voyez *Hydatides du foie.*)

DE LA PANCRÉATITE

La *pancréatite* paraît être une affection excessivement grave. Je n'en ai encore recueilli aucun cas pendant une observation de trente-cinq années passées dans les hôpitaux de Paris. Il est à peu près impossible, en réunissant tous les faits connus jusqu'à ce jour, de pouvoir tracer l'histoire symptomatique et même anatomique de cette affection; toutefois, voici ce qui résulte de l'étude des observations qui ont été réunies et analysées par MM. Bécourt (1), Mondière (2) et Raige-Delorme (3).

Dans la *pancréatite* aiguë, il y a, dit-on, de la fièvre, une douleur constante, tensive, et parfois une tumeur circonscrite au centre de la région épigastrique; les selles sont, à ce qu'on prétend, liquides, séreuses, et plus ou moins analogues à la salive. Ne seraient-elles pas également graisseuses? car si l'inflammation, comme l'a dit M. Bernard, active la sécrétion pancréatique, celle-ci, devenue plus aqueuse et modifiée dans sa composition, ne doit plus beaucoup émulsionner les matières grasses ingérées dans l'estomac.

On a admis que la *pancréatite* pouvait se terminer par résolution, ou être suivie de suppuration, de gangrène ou d'induration. Lorsqu'il y a abcès, le pus pourrait s'épancher dans le ventre, ou se faire jour dans l'estomac ou dans l'intestin.

La *pancréatite* est une affection qui est rarement primitive; elle succède presque toujours à l'inflammation d'un organe voisin. Elle peut aussi, dit-on, être sympathique de l'inflammation des glandes salivaires, et, dans ce cas, on observerait une sorte de balancement entre la sécrétion pancréatique et celle de la salive: ainsi, lorsque la salive coule abondamment, les symptômes locaux de la *pancréatite*, notamment la diarrhée, diminueraient ou cesseraient, tandis que le contraire aurait lieu dans les cas où l'excitation des organes salivaires viendrait à diminuer. On a attribué, dans beaucoup de cas, la *pancréatite* à l'usage du mercure. Mais, nous le répétons, tout ce qui précède ne doit être considéré que comme de simples assertions; car on ne sait encore absolument rien de précis ni sur la *pancréatite* aiguë, ni sur la *pancréatite* chronique.

DE LA SPLÉNITE

L'inflammation de la rate, ou la *splénite*, est une affection qui paraît être extrêmement rare, et dont nous ne connaissons encore que très-imparfaitement les symptômes et les caractères anatomiques.

Anatomie pathologique. — La rate est le siège de diverses altérations dans le cours de plusieurs maladies, notamment dans les fièvres intermittentes et dans l'affection typhoïde. Nous avons vu que, dans ces pyrexies, elle aug-

(1) Thèse de Strasbourg, année 1830.

(2) *Archives de médecine*, 1838.

(3) *Dictionnaire de médecine*, t. XXIII, art. PANCRÉAS.

mentait beaucoup de volume, que sa couleur était plus foncée, et que sa consistance enfin était tellement diminuée, qu'elle se réduisait en pulpe, en bouillie, à la moindre pression; mais, comme nous l'avons déjà établi, ces lésions profondes sont indépendantes de toute inflammation. Nous croyons que les seuls indices certains d'un travail phlegmasique sont la présence du pus ou l'infiltration du tissu de l'organe par une matière fibrino-albumineuse. Nous ne parlerons pas des cas dans lesquels les abcès de la rate, coïncidant avec des collections de même nature dans plusieurs viscères, sont symptomatiques d'une infection purulente du sang; il ne doit être question ici que des abcès idiopathiques. Ceux-ci sont excessivement rares; quand ils existent, l'organe est ordinairement augmenté de volume, et lorsque la phlegmasie s'est propagée jusqu'au péritoine, il tient plus ou moins aux parties voisines par des adhérences récentes. Le pus phlegmoneux, homogène, ou bien sanieux et mêlé au détrit de la rate, est presque toujours réuni en un ou plusieurs foyers superficiels ou profonds, libres ou enkystés. Dans la plupart des cas, il n'existe que 10 à 80 grammes de pus; mais on a vu cette quantité s'élever plusieurs fois à plus de 4 ou 6 litres. Le foyer purulent est tantôt isolé, ou bien il communique par une ou plusieurs ouvertures avec l'estomac ou l'intestin, avec la plèvre et le poumon, avec le péritoine, ou bien il s'ouvre à l'extérieur à travers les parois abdominales. Nous avons dit plus haut qu'au lieu de pus il se déposait souvent dans les aréoles de la rate enflammée une matière albumineuse, fibrineuse, concrète, assez consistante, qui infiltre le tissu presque uniformément, et qui, plus souvent encore, est disposée par plaques ou par zones. Dans les *splénites* partielles, nous avons vu ces concrétions établir la ligne de démarcation entre les parties saines et les parties malades.

Symptômes. Marche. Terminaisons. — La *splénite* peut débiter brusquement ou après des prodromes. Elle est caractérisée par une douleur plus ou moins vive, presque toujours obtuse, dans l'hypochondre gauche, s'irradiant quelquefois vers l'épaule et la région mammaire correspondante. Le plus souvent la rate est augmentée de volume: c'est ce que l'on constate par l'inspection, qui dénote une ampliation de l'hypochondre gauche, par la palpation, qui fait reconnaître que cet organe dépasse ordinairement le rebord costal, mais surtout par la percussion, qui permet de le circonscire. L'auscultation ne donne aucun résultat, si ce n'est dans le cas où, l'inflammation ayant gagné le péritoine et y ayant produit des fausses membranes, l'oreille appliquée à ce niveau y distingue un bruit de frottement comparable à celui que nous entendons dans la pleurésie. Lorsque l'organe a acquis un volume très-considérable, il se forme quelquefois un peu d'épanchement ascitique, et même une infiltration séreuse des membres inférieurs, à cause de la gêne que la circulation veineuse éprouve. Il est encore quelques autres accidents qui résultent de la compression que la rate exerce sur les organes voisins: tels sont la dyspnée, la toux et les vomissements. Presque toujours, et pour peu que la phlegmasie soit intense, il existe une fièvre continue, offrant parfois des redoublements réguliers; on dit même que quelquefois on a observé des accès fébriles franchement intermittents. En général, la *splénite* ne s'accompagne d'aucun accident grave, à moins qu'elle n'envahisse tout l'organe et qu'elle ne se termine par suppuration; cependant nous ne possédons encore à ce sujet aucune donnée certaine. Nous ne savons rien non plus sur la marche et sur la durée de la phlegmasie. Celle-ci se termine le plus ordinairement par résolution, quelquefois par suppuration.

Les signes de la présence du pus dans la rate sont extrêmement obscurs: il

est rare, à moins que l'abcès ne devienne superficiel, qu'on ait à ce sujet aucune certitude. Les frissons, les sueurs nocturnes, l'amaigrissement, succédant à des accidents aigus, ne peuvent que faire présumer la présence du pus sans la caractériser. On ne sait pas si ce produit morbide, réuni en foyer dans la rate, peut y être résorbé. Presque toujours, de même que cela a lieu pour le foie, l'abcès se vide dans l'estomac, dans le côlon, dans l'uretère gauche, dans le péritoine, dans la plèvre et dans les bronches; l'ouverture de l'abcès à travers les parois abdominales est un des modes de terminaison les plus rares. On a encore vu le pus fuser au loin et s'échapper, dit-on, par un abcès de la vulve, ce qui serait un fait peut-être unique dans les annales de la science. Il n'existe aucun exemple authentique de splénite suivie de gangrène. Quel que soit l'organe ou le point du corps vers lequel le pus se porte, l'évacuation de ce liquide soulage immédiatement, et peut être suivie d'une heureuse terminaison; mais le plus souvent les malades maigrissent, dépérissent et succombent au bout de quelques mois, au milieu des symptômes de la fièvre hectique; chez d'autres, la mort suit de près l'évacuation du pus, qui se fait au milieu des accidents les plus graves: tel est le cas, rapporté dans le 82^e volume du *Journal de médecine*, d'un militaire qui, ayant eu dans l'espace de quatorze jours un vomissement abondant de sang et de pus, accompagné d'une syncope effrayante, succomba et présenta à l'autopsie une rate presque détruite, convertie en une vaste poche purulente qui communiquait avec l'estomac par une ouverture large comme une pièce de 6 francs.

La splénite chronique est une affection absolument inconnue. On ne saurait considérer comme conséquence d'un travail phlegmasique ces intumescences que nous avons constatées dans les fièvres intermittentes, et ces hypertrophies que nous étudierons dans le tome II, en traitant des vices de nutrition. Cette confusion a été faite par maints auteurs.

Diagnostic. — La douleur permanente et les symptômes aigus feront distinguer la splénite de l'hypertrophie simple de la rate et des productions accidentelles qui se forment dans ce viscère. La douleur, la matité qui peut remonter assez haut dans la poitrine, l'affaiblissement du murmure vésiculaire, enfin la dyspnée et la fièvre, pourraient faire confondre la splénite avec la pneumonie ou bien avec la pleurésie. Mais, indépendamment des signes d'auscultation qui, comme la crépitation, le souffle, la bronchophonie et l'égophonie, manquent tout à fait dans la splénite, la percussion fera reconnaître en outre que la matité dépend de la rate, par la place qu'elle occupe, par sa circonscription, parce qu'elle est fixe et ne peut jamais être déplacée par les positions diverses qu'on imprime au tronc. Nous dirons plus tard en quoi la splénite diffère de la péritonite locale.

Il nous paraît à peu près impossible de confondre un abcès volumineux de la rate avec un épanchement ascitique: cependant l'*Histoire de l'Académie des sciences pour l'année 1753* contient le fait unique d'un jeune homme de dix-huit ans, miné par une fièvre hectique, dont le ventre offrait le développement et la fluctuation qu'on observe dans l'ascite. Une double ponction donna issue à plus de 7 litres de pus. Le malade ayant expiré, on s'assura, à l'ouverture du corps, que la rate était tellement augmentée de volume, qu'elle s'étendait de l'épigastre au pubis, en recouvrant tous les viscères abdominaux; elle avait environ 5 décimètres de long sur 3 à 4 de large; elle était creusée d'une poche qui contenait encore 7 pintes de pus, et qui était tapissée d'une membrane solide. Cette pièce curieuse fut présentée à l'Académie des sciences. Dans un pareil cas, nous croyons qu'il serait facile d'établir le diagnostic différentiel par

les commémoratifs aussi bien que par l'examen du malade. C'est ainsi que l'on apprendra que l'intumescence du ventre, au lieu de se faire de bas en haut, comme dans l'ascite, a au contraire commencé par l'hypochondre gauche et s'est rapprochée successivement du pubis. Dans l'exploration, on reconnaîtra que la fluctuation est plus profonde et plus obscure que dans l'ascite; on ne pourra déplacer le liquide, ni par conséquent la matité, en faisant varier les positions du malade. Le plus souvent, en palpant le ventre avec soin, on pourra reconnaître les limites de la tumeur à un rebord plus ou moins saillant; enfin la percussion, faite avec soin sur la tumeur et à sa circonférence, démontrera derrière elle la présence du tube digestif, qui n'est pas refoulé vers l'épigastre, comme on le voit dans l'ascite ou dans le cas de tumeurs qui partent de l'excavation pelvienne.

Dans la 11^e livraison de son *Anatomie pathologique*, M. Cruveilhier a publié sous le nom de *splénite* ou de *ramollissement aigu de la rate*, plusieurs observations fort curieuses d'individus ayant succombé après avoir présenté de la suffocation, de l'angoisse, des nausées, des vomissements, un pouls médiocrement fort et fréquent et quelques symptômes de rémittence. La rate fut trouvée suppurée dans un cas, diffluite et grisâtre dans un autre, noirâtre et pulpeuse dans un troisième. J'ai, en 1837, observé avec Chomel ce même appareil de symptômes graves, accompagné d'accidents cérébraux, chez une jeune femme, à l'autopsie de laquelle nous ne trouvâmes qu'une splénite circonscrite, caractérisée par une infiltration fibrino-albumineuse du tissu. Mais est-il rationnel de rattacher à cette faible lésion tout l'appareil symptomatique si grave observé pendant la vie? La splénite ici, comme dans les premières observations de M. Cruveilhier, ne serait-elle pas plutôt une lésion tout à fait secondaire d'une maladie indéterminée? Je le présume. Quant aux deux autres observations rapportées par le savant professeur, je serais porté à les regarder aussi comme des cas de ramollissements non inflammatoires analogues à ceux qu'on voit si souvent dans les maladies graves, et surtout dans les maladies par infection.

Pronostic. — Il est impossible encore d'être bien fixé sur le degré de gravité de la splénite. Cette affection est pourtant très-sérieuse lorsqu'elle se termine par suppuration.

Étiologie. — La splénite est rarement primitive; le plus souvent elle est produite par une cause traumatique, surtout par un coup porté sur l'hypochondre gauche. On conçoit facilement, d'après cela, pourquoi des fièvres intermittentes antérieures, en laissant à la rate un volume plus considérable, constituent une véritable prédisposition à la splénite, surtout lorsque l'organe dépasse le rebord costal, car il est alors plus exposé aux violences extérieures.

Traitement. — Le traitement sera antiphlogistique. A moins que la gravité des symptômes généraux ne réclame une ou plusieurs saignées générales, on préférera les émissions sanguines locales, auxquelles on associera les bains, les cataplasmes, les laxatifs doux. Si les accès fébriles étaient régulièrement intermittents ou même rémittents, on administrerait concurremment le sulfate de quinine, comme dans une fièvre périodique ordinaire; mais il est probable qu'on en obtiendrait aussi peu d'avantages que dans les accidents fébriles intermittents qui sont symptomatiques d'une suppuration. Les purgatifs, les préparations mercurielles en frictions, les iodures et, dans une période avancée, les vésicatoires et les autres révulsifs cutanés sont encore indiqués.