

port. On remarquera d'abord qu'il n'y eut point ici d'ictère ; et, en effet, le canal cystique était seul oblitéré. La bile n'arrivait plus dans la vésicule, qui ne contenait que du mucus et des concrétions tout-à-fait étrangères par leur nature aux calculs biliaires. Quelle fut la cause de la dilatation considérable du canal cholédoque ? Sa cavité s'agrandit-elle pour suppléer la vésicule, et remplir dans une partie de son étendue les fonctions d'une sorte de réservoir ? Remarquons, à l'appui de cette idée, que chez plusieurs animaux qui n'ont point de vésicule du fiel, et chez des hommes qui en étaient privés, on a trouvé une pareille dilatation du canal cholédoque.

Nous avons trouvé plus souvent un semblable agrandissement de la cavité des canaux biliaires derrière un calcul qui obstruait un point de leur étendue. Entre autres cas de ce genre, nous citerons celui d'un individu, âgé de plus de soixante ans, dont la vésicule et les canaux biliaires contenaient un grand nombre de calculs. Plusieurs étaient accumulés vers l'extrémité duodénale du canal cholédoque, et en obstruaient complètement l'orifice. Celui-ci, vu dans le duodénum, était plus apparent que de coutume, et présentait à son pourtour une sorte de bourrelet qui rappelait la disposition de l'anus. Derrière cet amas de calculs, le canal cholédoque avait subi une dilatation telle que son diamètre égalait au moins celui de la veine-porte. Il en était de même des conduits cystique et hépatique. Les rameaux qui donnaient naissance à ce dernier, remplis de calculs, étaient aussi tellement dilatés, que l'un d'eux, ouvert, pouvait recevoir dans sa largeur l'index et le doigt du milieu réunis.

Cette observation offre encore un exemple de la coïncidence d'un état comateux promptement terminé par la mort, avec la disparition subite du liquide d'une hydropisie, sans

établissement d'aucune évacuation supplémentaire. (*Voyez* ce que nous avons déjà dit à ce sujet dans un des volumes précédents.)

Les fausses membranes qui entouraient le foie, et qui l'unissaient à plusieurs parties voisines, n'ont été ici annoncées dans leur formation par aucune douleur aiguë. La lésion du péricarde ne fut pas moins obscure. Les tubercules pulmonaires ne pouvaient être annoncés par aucun signe caractéristique.

LII. OBSERVATION.

Inflammation chronique de la vésicule biliaire. Concrétions osseuses, et développement de fibres d'apparence musculaire dans l'épaisseur de ses parois. Induration du parenchyme hépatique.

Un vitrier âgé de vingt-neuf ans contracta, deux ans environ avant l'entrée à l'hôpital, une diarrhée qui, après avoir duré un certain temps, se compliqua d'ascite, d'infiltration des membres inférieurs et d'ictère. Lorsque nous vîmes le malade, l'hypochondre droit était tendu, légèrement douloureux. Il accusait de temps en temps de vives douleurs à l'épaule droite. Sa langue était naturelle, la soif peu vive, l'appétit nul depuis long-temps. Il y avait des alternatives fréquentes de constipation et de diarrhée. Tantôt les selles étaient complètement décolorées, tantôt elles étaient jaunes ou brunes.

Pendant les trois premières semaines du séjour du malade, aucun changement notable ne survint : puis le dévoiement, suspendu depuis quelque temps, reparut très-considérable. La fièvre s'alluma, la langue se sécha et se noircit ; un amaigrissement très-rapide eut lieu ; le malade tomba dans une

prostration de plus en plus grande, et ne tarda pas à succomber.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Sérosité limpide dans l'abdomen.

Foie induré et d'une teinte verdâtre foncée. Il était formé par du tissu bien distinct; 1° un tissu blanc verdâtre occupant plus d'espace que l'autre, et disposé en larges plaques, irrégulières (tissu blanc ordinaire hypertrophié); 2° un tissu vert foncé, analogue du tissu rouge ordinaire, que circonscrivait la ligne blanche. Le canal hépatique était sain, ainsi que le cholédoque. Un calcul, situé vers le milieu du canal cystique, en oblitérait la cavité. La vésicule ne contenait qu'un peu de mucus; sa surface interne présentait, au lieu de son réseau accoutumé, un aspect qui rappelait tout-à-fait celui des vessies à colonnes; cette surface était blanche. Les parois de cette vésicule étaient formées de dedans en dehors: 1° par la membrane muqueuse, peu épaissie, lisse, facilement détachable des tissus subjacents; 2° par un tissu très-dense, comme fibro-celluleux, parsemé de quelques petites concrétions osseuses, que l'on sentait à travers la muqueuse qu'elle soulevait. En plusieurs points, et en dehors de ce tissu, on apercevait des fibres rougeâtres disposées en faisceaux; étaient-ce des rudiments de muscles?

Ramollissement grisâtre d'une partie de la membrane muqueuse gastrique; ulcérations à fond et à bords brunâtres vers la fin de l'intestin grêle et dans le cœcum. Rougeur livide autour d'elle; rougeurs éparses avec ramollissement en plusieurs points du colon. Rate volumineuse et molle.

Nous avons principalement cité cette observation comme offrant un exemple d'une altération assez remarquable dans la texture des parois de la vésicule du fiel. On y voit d'abord un changement notable d'aspect de la membrane muqueuse, un commencement de dépôt de matières osseuses au-dessous d'elle, ce qui rappelle les cas dans lesquels on a vu une ossification complète des parois des vésicules; enfin, un développement de fibres d'apparence musculaire, disposition qui a déjà été signalée par M. Louis (1), et qui a été aussi vue par M. Amussat.

Nous ne reviendrons point ici sur le genre d'altération du parenchyme hépatique et sur les symptômes qui en résultèrent, puisque nous ne pourrions que répéter ce que nous avons dit plus haut. Nous engageons seulement le lecteur à comparer spécialement cette observation avec la quatorzième, qui présente une lésion du foie tout-à-fait identique et accompagnée des mêmes symptômes.

LIII^e OBSERVATION.

Suppuration à l'intérieur de la vésicule biliaire. Cancer du parenchyme du foie. Péritonite aiguë indolente.

Une femme, âgée de quarante-sept ans, mère de dix-huit enfants, eut la gale six mois avant d'entrer à l'hôpital; elle était auparavant bien portante. Elle garda pendant un mois cette affection, qui disparut après qu'elle se fut frictionnée avec un mélange d'huile d'olive, de soufre et d'un jaune d'œuf.

(1) *Recherches anatomico-pathologiques, etc.*, par M. Louis, page 393.

Trois mois après la disparition de cette éruption, elle commença à ressentir des douleurs dans l'hypochondre droit. En y portant la main, elle fut étonnée d'y trouver une tumeur déjà volumineuse. Cependant elle continua à travailler; mais chaque jour elle maigrissait. La face, jusqu'alors bien colorée, prenait une teinte jaune-paille qui se marquait de plus en plus; ses forces diminuaient rapidement. Elle sentait de temps en temps des frissons qui n'avaient rien de régulier dans leur retour ni dans leur durée. Ces frissons n'étaient jamais suivis de sueurs. Depuis trois mois seulement les règles ont cessé de paraître. Jusqu'à l'époque de son entrée à l'hôpital, on n'a opposé à son mal que des cataplasmes émollients appliqués sur l'hypochondre droit.

État de la malade à l'époque de son entrée. Teinte jaune-paille de la face, encore assez d'embonpoint, forces musculaires assez bien conservées; en palpant l'abdomen, la main plonge facilement dans l'hypochondre gauche et dans le flanc du même côté; mais dans ces mêmes parties à droite, on rencontre un corps résistant, dur, lisse à sa surface, paraissant dépasser l'ombilic, sans qu'on puisse dire positivement le point précis où l'on cesse de le sentir, se prolongeant en haut, derrière les côtes, qui sont légèrement déjetées en dehors. La pression est douloureuse, surtout à quatre ou cinq travers de doigt à droite de l'appendice xyphoïde, où l'on croit sentir quelques bosselures. Sentiment habituel d'amertume à la bouche, anorexie complète, jamais de nausées ni de vomissements, langue naturelle, une selle ordinaire chaque jour, couleur brune verdâtre des évacuations alvines, pouls petit et fréquent, peau sèche, sans chaleur, respiration libre, urine assez abondante, limpide, léger œdème du pourtour des maléoles (*emplâtre de vigo cum mercurio sur l'hypochondre droit, pituites de scille*).

Une quinzaine de jours après son entrée, la malade fut prise d'un frisson violent suivi d'une chaleur brûlante.

A dater de ce jour, les forces diminuèrent rapidement, les traits s'altérèrent, la voix s'éteignit, le pouls, très-fréquent, était d'une petitesse extrême. Les tisanes commencèrent bientôt à être vomies. L'abdomen se tuméfit, sans être plus douloureux à la pression que les jours précédents. La malade expira en vomissant une matière liquide d'un vert noirâtre.

OUVERTURE DU CADAVRE.

État sain des organes du crâne et du thorax.

Abdomen. Une assez grande quantité de sérosité trouble et lactescente est épanchée dans la cavité péritonéale; des pseudo-membranes molles, blanchâtres, inorganiques, recouvrent la surface extérieure de l'intestin et les parois abdominales.

Le foie, très-développé, se prolonge jusque près de la région iliaque droite. Il remonte en haut, jusque dans l'intervalle qui sépare la sixième de la cinquième côte. Sa surface supérieure présente un grand nombre de plaques blanches, de forme irrégulière, entre lesquelles le tissu du foie a conservé sa couleur ordinaire.

La plupart ne font point saillie au-dessus du parenchyme hépatique; quelques-unes cependant s'élèvent au-dessus de lui, et forment de légères bosselures qui auraient pu être senties à travers les parois abdominales. Le tissu du foie incisé présente dans son épaisseur un grand nombre de masses blanches, dont plusieurs, situées à la superficie de l'organe, donnent lieu aux plaques ci-dessus décrites. Ces masses sont formées par une matière d'un blanc grisâtre, dure, sillonnée en plusieurs

endroits par des vaisseaux capillaires. Plusieurs de ces masses sont ramollies à leur centre. Là où ce ramollissement existe, on observe une bouillie d'un gris sale, et, en quelques points, rouge. Le plus gros de ces tubercules cancéreux a le volume d'une pomme de rainette; les plus petits sont à peu près de la grosseur d'une noisette. La portion du foie qui occupe l'hypochondre gauche, au lieu de présenter, comme le reste de l'organe, des masses cancéreuses isolées, et séparées par un tissu sain, est transformée presque en totalité en un tissu dur, grisâtre, demi-transparent.

En renversant le foie de bas en haut, on déchire une large poche située sous la face inférieure de l'organe. De cette poche s'écoule un pus blanc, crémeux, *bien différent du liquide résultant du ramollissement des masses cancéreuses*. A cette poche aboutit le canal cystique, et d'après sa situation et ce dernier rapport, on ne peut méconnaître la vésicule du fiel remplie de pus, lequel a été sécrété par sa membrane muqueuse enflammée. Le canal hépatique est très-volumineux et plein de bile, le canal cholédoque n'offre rien d'insolite.

La membrane muqueuse gastrique est ramollie et rougeâtre dans toute l'étendue du grand cul-de-sac; la surface interne du duodénum est pointillée de noir.

Cette observation nous représente la même série de symptômes que ceux que nous avons vu déjà accompagner diverses affections cancéreuses du foie. (Voyez les observations ci-dessus mentionnées.) Il n'y avait ni ictère, ni ascite, mais seulement présence d'une tumeur douloureuse dans l'hypochondre droit.

Ce que cette observation offre de particulier, c'est l'existence

d'une grande quantité de pus dans la cavité de la vésicule du fiel, qui était distendue par lui. Ce pus aurait-il pu être évacué par l'intestin à travers les canaux biliaires (1)?

On remarquera encore que la péritonite aiguë qui termina les jours de la malade ne fut annoncée par aucune douleur.

(4) J'ai trouvé, dans le courant de l'année 1838, la vésicule du fiel remplie de pus chez un individu mort de fièvre typhoïde. La membrane muqueuse qui tapisse l'intérieur de la vésicule était notablement épaissie, et présentait quelques ulcérations. Dans le reste de leur étendue, les voies d'excrétions de la bile n'offraient rien de remarquable. Aucun symptôme particulier n'avait pu faire soupçonner cette complication, que je n'ai rencontrée dans aucun autre cas de fièvre typhoïde.

(Note de la quatrième édition.)