

intense. Pendant ce temps, il vomit en deux ou trois occasions. Quand la douleur cessa, et cela eut lieu assez subitement, le malade remarqua que sa peau et ses yeux étaient jaunes. Depuis il n'a plus eu de douleurs, de nausées ou de vomissements, mais l'ictère a persisté; il y a eu une sensation constante de lassitude générale, avec un peu de diarrhée, et il a continué de maigrir. Cinq semaines avant son entrée, ses pieds et ses jambes ont commencé à enfler, mais il n'a quitté son travail que cinq jours avant son entrée; il fut pris alors de toux et d'expectoration.

A son entrée, le malade est très-émacié et profondément ictérique; anasarque considérable des deux jambes et œdème manifeste du tronc. Le malade se plaint surtout d'une grande faiblesse et de diarrhée; sept à huit selles par jour, liquides et sans pigment biliaire, mais déposant un sédiment granuleux, couleur d'ardoise, paraissant contenir du sang altéré. Langue nette, rouge et sèche à la pointe; soif; pas de vomissements. Le foie est gros: il mesure sur la ligne droite mammaire 5 pouces, dont 3 au-dessous des côtes, sa surface est unie et indolente; le bord inférieur est ferme et tranchant. Un peu d'ascite, pas de développement des veines abdominales; la rate n'est pas grosse. Pas d'hémorroïdes. Pouls à 92, un peu faible, signes du cœur normaux. Toux fréquente avec expectoration de mucosités bronchiques filantes; 24 respirations; râles sonores et sibilants avec expiration prolongée en avant des deux poumons et quelques râles humides en arrière; pas de matité. Température 38° 5; pas de démangeaison à la peau; l'urine contient beaucoup de pigment biliaire, mais pas d'albumine, densité 1010.

On donna comme régime du lait, des œufs et trois onces d'eau-de-vie, on prescrivit une mixture de bismuth, éther chlorique et quelques gouttes de laudanum, et on fit appliquer des sinapismes sur la poitrine. Pendant les deux ou trois premiers jours il se sentit beaucoup mieux, la langue devint humide et la diarrhée cessa. La fièvre cependant persista, le pouls variant entre 88 et 120 et la température entre 38° 5 et 40°. Dans la nuit du 1<sup>er</sup> août, l'état du malade empira considérablement; les respirations s'élevèrent à 44. Le 2 août, la prostration était extrême; le malade avait à peine sa connaissance; langue sèche et évacuations involontaires. Ces symptômes persistèrent jusqu'à la mort, le soir du 3 août.

*Autopsie.* — Infiltration sanguine considérable des deux poumons. Dans le lobe inférieur des deux poumons (surtout à droite), il y avait éparpillés de nombreux petits noyaux de pneumonie lobulaire récente. Estomac sain. Orifice du canal cholédoque entouré par un amas de cancer encéphaloïde faisant saillie dans le duodénum. Une tumeur semblable, mais beaucoup plus petite, se projetait de la surface muqueuse quelques lignes plus bas. La plus grosse tumeur se trouva, après dissection, du volume d'une noix. Au-dessus d'elle les canaux hépatique et cholédoque étaient fortement dilatés, le premier mesurant 1 pouce 1/4 de circonférence. Foie gros, pesant un peu plus de 2100 grammes et contenant quelques petits nodules de dépôt morbide isolés et en certains points confluents, constitués par un stroma fibreux enfermant dans ses mailles de grosses cellules ovales et à prolongement. La rate pesait environ 310 grammes et était saine. Tous les autres organes abdominaux également normaux.

Dans le cas suivant, l'ictère a été également le résultat d'un cancer dont le siège primitif parut être le tissu aréolaire et les ganglions lymphatiques entourant la tête du pancréas. Mais la cause immédiate de l'ictère fut une tumeur cancéreuse pédiculée, indépendante, développée dans l'intérieur du cholédoque. On trouva de semblables tumeurs dans la veine-porte et dans le duodénum.

OBS. CXXX. — *Tumeurs cancéreuses du duodénum, de l'intérieur des canaux biliaires et de la veine porte. — Ictère. — Ascite.*

Élisabeth M., âgée de cinquante ans fut admise le 17 avril 1872 à l'hôpital Saint-Thomas. Sa mère avait eu au cou pendant trente ans une tumeur qui, neuf ans avant sa mort, avait, suivant son expression, tourné en cancer, et elle en mourut. Trois ans avant son entrée, la malade remarqua dans l'hypochondre droit une tumeur à peu près grosse comme un œuf de poule. Il y a huit mois, cette tumeur se mit à augmenter lentement, mais elle ne fut jamais le siège de douleur, sauf à la pression; sa santé générale ne s'en ressentit jamais jusqu'il y a trois mois: elle commença alors à maigrir. Il y a huit mois, elle se mit à vomir des aliments une ou deux fois par jour, une ou deux heures après les repas. Il y a trois semaines, l'ictère parut, précédé pendant une semaine de diarrhée, mais sans douleur ni sans que les efforts de vomissement fussent plus intenses.

A son entrée, la malade est émaciée et profondément ictérique, mais son air n'exprime pas la souffrance. Elle se plaint d'éprouver de temps en temps des crises de forte douleur dans l'abdomen, durant parfois trois heures et l'empêchant de dormir. Forte proéminence au centre de l'abdomen, principalement au-dessous de l'ombilic et due à une hernie ventrale; mais sa partie supérieure était formée par une masse dure située entre l'ombilic et les côtes droites, nodulée, quelquefois sensible, s'étendant profondément dans l'abdomen, mais en même temps légèrement mobile et avec un espace clair à la percussion entre elle et le foie. Matité hépatique normale. Langue un peu chargée; appétit assez bon, mais malaise après les repas, qui étaient souvent rejetés deux ou trois heures après leur ingestion. Intestins fonctionnant régulièrement; pas de bile dans les garde-robes. Pas d'ascite; urine très-colorée par du pigment biliaire. Pouls à 72. Cœur et autres organes sains.

On prescrivit à la malade une pilule de créosote et de morphine deux fois par jour et plus tard du bismuth et la diète lactée. Il y eut d'abord une grande amélioration; mais le 13 mai l'appétit commença à manquer, et le 16 la douleur fut si intense qu'il fut nécessaire de faire une injection sous-cutanée de morphine; il y avait déjà quelque apparence d'ascite, lequel augmenta rapidement. Le 19, un peu de diarrhée: on trouva que les garde-robes contenaient une grande quantité de matière grasse solidifiée. Du moment où parut la diarrhée, les vomissements cessèrent pendant dix jours. Le 4 juin, l'abdomen était considérablement distendu par du liquide, sa surface était tendue et luisante et la malade se plaignait beaucoup de constriction et de dyspnée. Les jambes aussi devenaient œdémateuses. De temps à autre, vomissement de



mucosités striées de sang. On retira par la paracentèse huit litres de sérosité claire. La malade s'en trouva fort soulagée, mais elle n'en continua pas moins à décliner et mourut le 7 juin.

*Autopsie.* — Près de 4 litres et demi de sérosité trouble, très-jaune, dans le péritoine. Derrière le duodénum se trouvait une large tumeur lobulée composée principalement de ganglions lymphatiques engorgés entourant la tête du pancréas. Le duodénum renfermait une masse cancéreuse, vasculaire, pédiculée, de 2 pouces de long sur 1 de large, qui se rompit en ouvrant l'intestin, mais qui était fixée par un pédicule gros comme une plume à l'intérieur d'une poche semblable à un sinus, longue d'un pouce, et située contre le canal cholédoque, indépendante de ce dernier. Au-dessus se trouvaient d'autres sinus contenant des amas cylindriques de nouvelle formation. On trouva encore de ces derniers dans les veines spléniques et porte ainsi que dans les branches de cette dernière sises à l'intérieur du foie; et encore dans le canal hépatique, à sa jonction avec le canal cystique; en deçà, le canal hépatique était très-considérablement dilaté au point qu'il pouvait admettre deux doigts; les conduits biliaires intra-hépatiques étaient aussi très-dilatés; vésicule biliaire énormément distendue. On ne peut découvrir le canal pancréatique. Petite tumeur vasculaire à la surface péritonéale du fond de l'utérus. Reins, rate et autres organes sains.

Dans l'observation CXXXI, l'ictère fut produit par un cancer primitif des ganglions lymphatiques de la scissure porte, qui oblitéraient le canal hépatique, mais avaient laissé libre le canal cholédoque et la veine porte. Ici encore le malade s'améliora tout d'abord et reprit de son poids sous l'influence du traitement.

OBS. CXXXI. — *Squîrre des glandes de la scissure porte oblitérant le canal hépatique et produisant l'ictère. — Canal cholédoque et veine porte libres.*

William B..., âgé de soixante-trois ans, fabricant de matelas, fut admis à l'hôpital Saint-Thomas le 7 avril 1875. Il a été fils unique; son père est mort jeune de la scarlatine; sa mère est morte à soixante-quinze ans. Il a fait, il y a vingt-quatre ans, une maladie qu'il nous dit avoir été une inflammation des poumons et du foie. Il y a sept ans, il s'est encore trouvé malade pendant six semaines, souffrant dans le dos et avec de la diarrhée. Sauf ces exceptions, il a joui d'une bonne santé; jamais de goutte ni de syphilis; les digestions ont été bonnes. Il y a dix semaines, il commença à perdre l'appétit et à éprouver des nausées, des efforts pour vomir et de la douleur dans le dos, les épaules et l'estomac. Au bout de deux semaines parut l'ictère et une semaine plus tard il était obligé de quitter son travail. Dès le début, il avait rapidement maigri et perdu de ses forces.

A son entrée, émaciation, ictère profond, vives démangeaisons qui l'empêchent de dormir. Garderobes dépourvues de pigment biliaire, et urine chargée de ce même pigment. Langue blanche, appétit meilleur qu'il n'a été. Pas de vomissements depuis cinq jours; ventre libre; pas d'ascite, pas de dé-

veloppement des veines abdominales, et pas d'induration autour de l'ombilic. Foie gros, mesurant 6 pouces sur la ligne droite mammaire; surface lisse; pas de douleur au foie; pas d'œdème des jambes, pas d'albuminurie. Pouls de 45 à 60; cœur normal, température 36° 1.

Pendant les trois premières semaines, on le traita par le citrate de potasse effervescent et il se trouva considérablement mieux, ayant repris 2 livres de son poids. Mais, à deux ou trois reprises, il eut une crise de douleur assez violente traversant la partie supérieure de l'abdomen et durant à peu près une heure. Le 28 avril, il eut une autre crise, plus violente que de coutume, accompagnée cette fois de vomissements, et à la suite de cela l'appétit se perdit de nouveau. Les vomissements et la douleur reparurent fréquemment et le malade maigrissait et s'affaiblissait de jour en jour. Le 11 juin, il commença à vomir du sang noir et à rendre par le bas une quantité considérable de caillots. Après cela, il déclina rapidement et succomba le 20 juin.

*Autopsie.* — Pas de liquide dans le péritoine. Pancréas et duodénum adhérents à la face inférieure du foie, mais sains. Dans la scissure porte, tumeur nodulaire de nouvelle formation, du volume d'une petite orange, de consistance ferme, adhérente aux organes environnants à l'aide de bandes fibreuses et pénétrant à un pouce environ de profondeur dans la substance du foie. Cette tumeur entourait, infiltrait et obstruait complètement le canal hépatique sur une étendue d'un demi-pouce. Au-dessus de ce point, toutes les branches de ce conduit étaient considérablement dilatées et remplies de bile ténue. La plus grande partie du lobe droit du foie était transformée en un tissu caverneux formé par les conduits dilatés, avec atrophie et induration des tissus interposés, quelques-uns de ces conduits dilatés avaient l'apparence de kystes gros comme un pois et faisant saillie à la surface. La vésicule contenait environ 12 grammes de bile: une sonde passait facilement de son intérieur dans le duodénum par le canal cystique et le cholédoque, qui avaient leur calibre normal. La paroi de la veine porte opposée au point où siégeait l'obstruction du canal hépatique était infiltrée sur une étendue d'un tiers de pouce, mais sa lumière n'était pas oblitérée. Au microscope, on trouva que la tumeur avait la structure du squîrre. Quelques autres glandes de la scissure porte étaient augmentées de volume et envahies par la dégénérescence; mais le foie ni aucun autre organe n'étaient atteints. Estomac, intestin, rate, reins et cœur normaux. Œdème et congestion hypostatique des deux poumons.

Dans le cas suivant, l'ictère résultait de l'obstruction du canal cholédoque par une masse squîrreuse développée dans les glandes rétro-péritonéales. Le mode de début différait de celui des coliques hépatiques ou du catarrhe des voies biliaires; quant au cancer primitif du foie dont l'idée se présenta tout d'abord, il était infirmé par la rétraction qui suivit l'augmentation antérieure de volume du foie. Le diagnostic le plus probable parut être un cancer de la tête du pancréas, mais l'autopsie montra que la lésion avait débuté par les ganglions rétro-péritonéaux, et sous ce rapport il est intéressant de faire remarquer que le symptôme constamment prédominant a été la douleur dans le dos.



OBS. CXXXII. — *Cancer des ganglions rétro-péritonéaux obstruant le canal cholédoque et la veine porte. — Dépôts secondaires dans le foie et les poumons.*

Ellen F..., âgée de soixante ans, fut admise à l'hôpital Saint-Thomas le 18 mai 1875. Son père est mort à cinquante-sept ans du typhus, et sa mère à soixante ans. Deux frères et une sœur sont morts jeunes de la variole. Elle s'est mariée à dix-sept ans et a eu douze enfants; habitudes de sobriété. Il y a dix ans, elle a eu une fièvre asthénique, et, il y a deux ans, quelques légers troubles hépatiques. Sauf ces exceptions, sa santé avait été bonne jusqu'il y a six mois: elle commença alors à maigrir, à perdre ses forces et l'appétit, à éprouver de la flatulence et des crises passagères de douleurs dans le dos. Au bout de deux mois, les douleurs dans le dos revinrent plus fréquemment; deux mois plus tard parurent des nausées et des démangeaisons à la peau; un mois avant son entrée, elle commença à devenir ictérique. Quand l'ictère eut fait son apparition, la douleur dans le dos devint plus constante et plus intense. Dix jours avant son admission, elle éprouva pour la première fois une douleur aiguë au foie, durant une minute environ, et 6 jours plus tard elle vomit une fois.

A son entrée, elle est émaciée et profondément ictérique; vives démangeaisons à la peau. Encore beaucoup de douleur à travers le dos, mais pas du tout dans le foie, dont le volume est très-augmenté. Le bord supérieur n'est pas trop haut, mais le bord inférieur dépasse les côtes de trois bons pouces et demi sur la ligne mammaire droite; la matité verticale mesure en cet endroit 6 pouces; la surface de l'organe est unie, ferme, pas sensible; il n'y a pas d'induration autour de l'ombilic; pas d'ascite, pas d'œdème des jambes, pas d'augmentation de volume de la rate. Langue chargée, haleine fétide; appétit médiocre; pas d'efforts de vomissements; flatulence prononcée, mais pas grand mal après les repas; ventre habituellement libre, selles argileuses, contenant quelquefois du sang à la suite d'effort. Urine chargée de pigment biliaire, sans albumine. Pouls à 72; signes cardiaques et pulmonaires normaux.

La malade fut traitée par les acides minéraux, la noix vomique et le gingembre, avec de temps en temps quelques évacuants. Comme régime, poisson ou viande et un peu de vin. Elle alla mieux tout d'abord, mais elle ne tarda pas à empirer graduellement. La douleur dorsale était incessante et se trouva soulagée par la morphine; la douleur au foie ne reparut pas. Le 21 mai, le 27 juin et le 22 juillet, elle vomit sa nourriture. Il y eut de la constipation, mais le 20 juin survint une diarrhée qui dura plusieurs jours, cinq à six selles par jour, et après cela les garde-robes furent ordinairement très-foncées, comme s'il y eût eu du sang. L'émaciation augmenta; l'ictère persista; le volume du foie diminua graduellement; et le 24 juillet, on constata de l'ascite qui augmenta rapidement. La malade pouvait encore manger et garder sa nourriture; mais le 7 août elle tomba dans une grande prostration et battit la campagne. Elle succomba le 9 août.

*Autopsie.* — Le péritoine contenait une grande quantité de liquide clair

teinté de bile. Derrière la tête du pancréas, et faisant légèrement saillie au-dessus, se trouvait une tumeur dense, nodulée, du volume d'une petite orange, fermement adhérente aux parties environnantes, et englobant le canal cholédoque et la veine porte. En la disséquant, on trouva qu'elle avait débuté dans les ganglions situés derrière le pancréas et qu'elle consistait en tissu cicatriciel dense. L'artère mésentérique supérieure passait au travers; près son centre, elle était comprimée et rétrécie, mais ses enveloppes n'étaient point infiltrées. Le canal cholédoque la traversait également à sa partie supérieure, à un demi-pouce de sa jonction avec le canal cystique et le canal hépatique et en était tout à fait oblitéré. La veine porte était également rétrécie et ses parois très-épaissies et infiltrées sur une étendue d'environ  $\frac{3}{4}$  de pouce, et au point opposé à son entrée dans la tumeur se trouvait un thrombus décoloré, adhérent, occupant à peu près 1 pouce d'étendue, mais n'obstruant pas complètement le vaisseau. La vésicule était distendue par un liquide visqueux, clair, incolore, et par une soixantaine de petits calculs, gros comme des pois. Son fond avait à peu près  $\frac{3}{4}$  de pouce d'épaisseur par suite de dépôt de néo-formation, dont quelques nodules arrondis se voyaient aussi dans le tissu adjacent du foie. Foie atrophie et dense; larges plaques d'épaississement fibreux de la capsule; branches du canal hépatique considérablement dilatées et pleines d'un liquide incolore. Inflammation catarrhale et érosions hémorragiques de l'estomac. Rate, reins et cœur normaux. Lobe inférieur des deux poumons parsemés de nombreux nodules de nouvelle formation, semblables à ceux du foie, du volume d'un grain de moutarde à celui d'un gros pois.