

canaux après oblitération de la vésicule est également un fait digne de remarque.

OBS. CLXVII. — *Passage d'un calcul biliaire de la vésicule dans le duodénum par ulcération. — Obstruction de l'intestin pendant dix jours. — Rétablissement. Mort sept ans et demi après, d'obstruction des voies biliaires et d'ascite.*

Le 23 octobre 1874, M. C., âgé de soixante-six ans, vint me consulter, sur le conseil que lui en avait donné le docteur Leech, de Manchester. Il y a sept ans, il a été atteint d'une obstruction intestinale qui a duré dix jours, et pendant deux jours a été accompagnée de vomissements stercoraux, mais qui finalement céda et fut suivie d'évacuation de matières très-fétides. Il a eu pendant les cinq années qui ont précédé cette maladie plusieurs crises de spasmes très-intenses, débutant à l'épigastre et accompagnés d'efforts de vomissements. Quand M. C. fut rétabli de son obstruction, il se trouva en état de suivre ses affaires, mais les crises de colique reparurent de temps en temps, et elles sont devenues plus fréquentes depuis six mois. En juin 1874, il fut pour la première fois pris d'ictère et il eut des crises de colique une ou deux fois par semaine, accompagnées de frisson et suivies de fièvre et de délire, température à 39°,4, cet appareil fébrile cédant dans les vingt-quatre heures avec des transpirations. Chaque crise était suivie d'une augmentation marquée dans l'intensité de l'ictère qui dans les intervalles s'effaçait presque complètement. Depuis peu, ces crises avaient été moins fréquentes. On avait à plusieurs reprises examiné avec soin les garde-robes, mais on n'avait jamais trouvé de calcul biliaire.

Au moment où je le vis, M. C. était émacié et avait un ictère d'une teinte bronzée; vives démangeaisons à la peau, causant de l'insomnie. Le foie n'est pas gros; le point qui correspond au fond de la vésicule est sensible, mais il n'y a pas de saillie. Pigment biliaire en abondance dans l'urine. Le diagnostic fut: gros calcul dans le canal cholédoque et obstruction antérieure de l'intestin probablement due à un gros calcul qui était passé dans le duodénum par voie ulcération.

Pendant les six semaines qui suivirent ma consultation, M. C. parut un peu mieux et il continua à s'occuper de ses affaires. Les démangeaisons restèrent aussi gênantes, mais les crises de douleur suivies de frisson et de fièvre furent moins fréquentes et moins violentes. Le 20 décembre, le docteur L. constata pour la première fois du liquide dans la cavité abdominale; une semaine plus tard il y avait de l'œdème des jambes. L'ascite et l'œdème augmentèrent graduellement, et l'affaiblissement progressa jusqu'à sa mort qui eut lieu le 23 février 1875. Pendant les six dernières semaines de la vie, il n'y eut pas de fièvre et très-peu de douleur. Une semaine avant la mort, le docteur L. retira 2 litres et demi de liquide pour soulager la dyspnée.

Le docteur L. a eu l'obligeance de me fournir les résultats trouvés à l'autopsie. Quelques litres de liquide dans le péritoine. Mésentère et tuniques intestinales épaissies et œdémateux; diaphragme adhérent à la face supérieure du foie en avant. Côlon transverse adhérent à la face inférieure du foie, mais

pas d'indice d'ulcération ou de cicatrice sur sa muqueuse. Sur la face interne du duodénum, à deux pouces environ de l'orifice du canal cholédoque, se trouvait une poche au fond de laquelle était une cicatrice ridée; elle correspondait au point où le duodénum adhérait au foie. L'orifice duodénal du canal cholédoque était distinct et de calibre normal, mais, en deçà du duodénum, le canal était considérablement dilaté et contenait un liquide brun clair, et un ou deux calculs biliaires s'échappèrent quand on sectionna le canal pour enlever le foie. Cette portion du canal aurait aisément admis un tube d'un demi-pouce de diamètre, mais il était brusquement rétréci juste au niveau de son entrée dans le duodénum, si bien que là on ne pouvait même plus faire pénétrer une sonde. Pas d'apparence de cicatrice à sa face interne. Vésicule biliaire réduite au volume d'une grosse noix; canal cystique oblitéré; conduits biliaires intra-hépatiques considérablement dilatés et contenant 15 calculs biliaires baignant dans un liquide brun clair. Tous ces calculs étaient à facettes: leur volume variait depuis celui d'une noisette jusqu'à un grain de poivre; le plus gros siégeait au niveau du point où le canal hépatique entre dans le foie; parois des canaux épaissies, mais sans ulcération. Parois de la portion de la veine porte adjacente aux canaux dilatés, également épaissies et rouges; mais pas de coagulum sanguin. Foie petit et induré; point d'abcès. Cœur et poumons normaux.

On ne peut guère douter que dans le cas suivant la communication fistuleuse entre la vésicule et le côlon était le résultat du passage d'un calcul. Quoique la malade soit morte d'un épithélioma de l'utérus, il n'y avait pas trace de nouvelle formation dans le voisinage de la fistule.

OBS. CLXVIII. — *Communication fistuleuse entre la vésicule biliaire et le côlon.*

Une femme, âgée de soixante ans, mourut le 7 février 1870 à l'hôpital Middlesex. Elle avait toujours joui d'une bonne santé jusque cinq mois avant sa mort. Elle avait été prise alors de vives douleurs dans l'abdomen, venant par paroxysmes et accompagnées de nausées et d'efforts de vomissement. Elle garda le lit pendant deux jours, mais n'eut pas d'ictère, et rien ne prouva qu'elle avait eu un calcul biliaire. Après cela elle souffrit de la matrice, et la cause immédiate de la mort fut un cancer épithélial de l'utérus et péritonite consécutive.

À l'autopsie, on trouva la vésicule réduite à moins qu'un des canaux biliaires; elle contenait un peu de mucus non teinté de bile; la lumière du canal cystique était oblitérée, et le fond de la vésicule était solidement adhérent au côlon transverse avec lequel elle communiquait par un orifice circulaire de 4 lignes environ de diamètre et avec des bords unis bien nets. Il y avait dans la région de la scissure du foie des signes d'inflammation ancienne; la capsule était épaissie, mais la face externe était unie. Le tissu du foie était ferme et fibreux, mais il n'y avait de dépôt cancéreux ni là ni dans le voisinage de la vésicule ou du côlon.

Malgré son obscurité, le cas suivant nous présente une certaine con-



séquence de coliques hépatiques sur laquelle on n'a pas encore, que je sache, attiré l'attention. Ce fait mérite d'autant plus de considération que le malade est un membre éminent de notre corporation, qu'il a très-soigneusement suivi et minutieusement noté ses symptômes, et enfin que des opinions différentes ont été émises sur ce cas par les médecins distingués qu'il a consultés. Quelques-unes de ces opinions méritent d'être mentionnées. Un médecin qui a une grande expérience des maladies de l'Inde, attribuait le mal à une inflammation chronique du cæcum et du côlon ascendant; mais ce diagnostic parut infirmé par l'absence de matières inflammatoires dans les garde-robes, par la persistance du mal pendant des années après que toute diarrhée avait cessé, et parce qu'il ne s'accordait pas avec l'origine des symptômes qui avaient débuté dans une crise inflammatoire pendant le passage des calculs biliaires. Sir Thomas Watson, qui fut consulté en 1867, considéra la maladie comme une névralgie consécutive aux crises calculieuses. J'ai, en effet, eu l'occasion de vous dire que la névralgie peut être une suite de coliques hépatiques (p. 346); mais ici, la douleur, si je puis l'appeler ainsi (car le malade disait n'en point éprouver), n'a pas eu un caractère névralgique; il n'y avait pas eu de sensibilité dans la région spinale. D'un autre côté, la névralgie ne rendrait pas compte de la diarrhée et n'expliquerait pas non plus le soulagement qu'éprouve le malade dans la posture accroupie. Sir William Jenner, sans vouloir exprimer une opinion formelle, pensait qu'on pouvait expliquer les symptômes en question par la présence d'adhérences entre la vésicule et les parties environnantes. Cette opinion a bien des choses en sa faveur : elle rend compte du mode d'origine du mal et de l'influence de la posture, mais elle ne peut expliquer la diarrhée qui suivit immédiatement la crise inflammatoire et persista plus ou moins pendant près de quatre ans après. L'opinion qui me paraît rendre compte, de la façon la plus satisfaisante, de toutes les particularités du cas, c'est que dans l'attaque inflammatoire qui survint en mai 1866, non-seulement il se fit une adhérence de la vésicule biliaire, mais il s'établit un trajet fistuleux entre elle et le côlon, ainsi qu'on l'a observé dans le cas CLXVIII. Le passage de bile nouvelle de la vésicule dans le côlon avait lieu plus vraisemblablement quand le malade était debout et expliquerait la sensation de mal le long du côlon ascendant et la diarrhée également. On pourrait arguer, il est vrai, qu'on n'a trouvé dans les garde-robes aucun gros calcul biliaire à la suite de l'attaque inflammatoire de 1866; mais on peut très-bien l'avoir laissé passer sans le voir, et rien ne prouve qu'un calcul ne saurait, à moins d'être volumineux, se frayer un chemin de la vésicule dans l'intestin par voie ulcéralive. Il faut encore faire remarquer, à l'appui de l'opinion que j'ai exprimée, que la dernière crise de colique biliaire en juin 1866, à peu près la plus intense

et la plus prolongée que le malade ait eue, ne fut pas suivie d'ictère à aucun degré. C'est précisément ce qu'on devait attendre, si le calcul s'était frayé un chemin à travers la communication fistuleuse de nouvelle formation. Enfin la rareté des symptômes éprouvés par le malade à la suite de sa crise biliaire était d'accord avec le fait pathologique que j'ai déjà signalé (p. 503), à savoir que les fistules entre la vésicule biliaire et l'intestin produites par des calculs biliaires prennent presque invariablement la direction du duodénum et non celle du côlon. Toutefois, cette seule circonstance empêche de poser un diagnostic positif.

OBS. CLXIX. — *Crises répétées de colique biliaire suivies de douleur persistante dans le côté droit et de diarrhée. — Fistule entre la vésicule biliaire et le côlon (?)*.

Le docteur N..., âgé de cinquante-sept ans, me consulta à deux reprises, en septembre 1869. Plus de trois ans auparavant, il avait eu pendant trois mois une série de crises de coliques hépatiques : du 12 mars au 15 juin 1866, il eut en tout dix-neuf crises, ayant duré en totalité cent trente-quatre heures, et on trouva dans les garde-robes 8 à 10 calculs. Les crises étaient accompagnées de vomissements : mais autant qu'il pouvait se rappeler — ce point n'était pas absolument certain, — il n'y eut d'ictère prononcé pour la première fois que le 13 mai, après la dix-septième attaque de colique, et il disparut en quelques jours. On trouva plusieurs calculs dans les garde-robes antérieurement au 13 mai; on en trouva un gros le 15, et un autre le 19, deux jours après la dix-huitième crise de colique. Le 20 mai, frisson intense qui dura une heure et fut suivi de fièvre, de sensibilité très-marquée au niveau du foie et sur tout l'abdomen en général, vomissements et diarrhée. Cette crise le tint au lit une semaine. La dernière crise de colique biliaire survint le 14 et le 15 juin et fut une des plus longues et des plus intenses. Cette crise ne fut pas suivie d'ictère, mais quand elle fut terminée on trouva un petit calcul biliaire dans les garde-robes. En tout, 8 à 10 calculs. A la suite de ces crises de colique biliaire, le docteur N... resta plusieurs mois dans une grande prostration, et bien qu'ensuite il eût repris graduellement ses forces, il se plaignit toujours depuis de faiblesse, d'insomnie, de dépression morale, de gastrodynie et autres symptômes dyspeptiques, mais particulièrement de diarrhée, et « d'une sensation de malaise et de gêne, non de douleur » dans la région du cæcum et du côlon ascendant. Ce malaise devint permanent : il ne cessait que quand le malade était couché ou accroupi, et il mina et épuisa si bien le malade que ce dernier y perdit toute sa vigueur et fut obligé à un moment de cesser ses occupations pendant plusieurs mois. Le malade avait lui-même toujours associé ce malaise et la diarrhée à la crise de diarrhée suivie de fièvre et de sensibilité dans l'abdomen qu'il avait éprouvée le 20 mai 1866.

En examinant avec soin l'abdomen, je ne pus rien découvrir d'anormal. Je n'eus pas l'occasion de voir les garde-robes; elles étaient relâchées et n'exédaient pas trois ou quatre par jour. Je vis plusieurs des calculs qui avaient été



évacués en 1866 : ils étaient à peu près comme de gros pois, nodulés à la surface, mais sans facettes, et composés de cholestérine pure.

Le malade continua ainsi sans aller mieux jusqu'en mars 1870, où il commença l'usage de l'opium. Il en prit deux ou trois grains par jour par la bouche, et comme la dose en était graduellement augmentée, il lui substitua la morphine, mais il ne dépassa jamais trois grains par vingt-quatre heures. Ce traitement fut immédiatement accompagné d'une amélioration manifeste. Le point de côté fut calmé, bien que non enlevé, la diarrhée cessa complètement; le malade se trouva apte à tout faire, il se sentait tout à fait transformé. En novembre 1872, il eut recours aux injections hypodermiques de morphine qu'il a continuées depuis; il a ainsi injecté quatre grains par jour pendant les deux dernières années. Cette méthode a paru un peu préférable. Les effets de ce traitement au point de vue de la vigueur ont été des plus remarquables et il a paru attaquer et vaincre ce point de côté comme n'avait jamais pu le faire la morphine administrée par la bouche, si bien que le malade peut aujourd'hui (août 1876) vaquer à ses devoirs professionnels d'une façon assez active. Néanmoins, quand il n'est plus sous l'influence de la morphine, le point de côté paraît avoir gagné en intensité et serait même tout à fait insupportable sans le secours de la morphine.

Le cas suivant a un grand intérêt à plusieurs points de vue. C'est un bon exemple du volume considérable que peut affecter quelquefois la vésicule par suite de l'inflammation, et elle montre comme on peut prendre aisément une inflammation de la vésicule pour un abcès du foie. Avant le passage du calcul rénal, les antécédents de la malade, et ce fait que les symptômes avaient évidemment le rein droit pour point de départ, firent soupçonner qu'un calcul biliaire avait pu se frayer un chemin par voie d'ulcération jusqu'au bassin du rein droit et obstruait l'uretère droit, comme dans les cas que je vous ai déjà présentés (p. 505); mais l'analyse du calcul ne permit pas de douter que la malade ne fût sujette à la fois et aux calculs urinaires et aux calculs biliaires. La concomitance de ces deux affections a depuis longtemps déjà été constatée par Baglivi et Morgagni (1) et a récemment été l'objet de nouvelles investigations de la part du docteur Sénac, de Vichy (2), qui a trouvé que sur 128 individus affectés de coliques hépatiques, 98 avaient été, soit en même temps, soit auparavant, atteints de gravelle urique.

OBS. CLXX. — *Colique hépatique. — Oblitération du canal cystique. — Abcès de la vésicule. — Évacuation de calculs biliaires par une fistule abdominale. — Évacuation de calcul rénal.*

Le 8 juin 1867, la comtesse ..., âgée d'environ cinquante-quatre ans, me consulta pour une fistule dont elle était affectée à la paroi abdominale et me

(1) *De sedibus et causis morborum*, Epist. xxxvii.

(2) *Op. cit.*, p. 94.

raconta sa maladie, au sujet de laquelle j'eus des détails complémentaires par M. Bickersteth, de Liverpool, qui lui avait donné des soins antérieurement. L'automne précédent, elle avait eu une crise de colique hépatique, avec ictère et vomissements, qui fut terminée au bout de deux ou trois semaines. Vers la fin de l'année, elle fut prise, dans la région du foie, d'une douleur persistante qui augmenta graduellement et fut accompagnée d'une fièvre considérable et autres symptômes généraux, mais non d'ictère. Presque aussitôt après, on constata un développement anormal de l'hypochondre droit, et dans les premiers jours de février, il y avait tous les signes d'un abcès profondément situé au-dessous des côtes droites, en même temps que l'état général était assez alarmant. L'abcès fut ouvert par M. Bickersteth avec de la potasse, les téguments ayant été préalablement divisés. Il s'écoula au bout de peu de jours un demi-litre environ de pus assez louable non mélangé de bile. Tous les symptômes hépatiques cessèrent et la malade reprit des forces. Quelques semaines plus tard, un autre petit abcès superficiel fut ouvert à l'ombilic. La seconde ouverture se ferma rapidement, mais la première persista à donner issue à de petites quantités de pus et de liquide glaireux et quelquefois un peu de sang. Cette ouverture était située environ deux pouces au-dessus et à droite de l'ombilic et à égale distance à peu près de la place normalement occupée par le fond de la vésicule biliaire. Elle avait environ deux lignes de diamètre, était légèrement déprimée au-dessous de la surface et était entourée de tous côtés, sur une étendue de deux pouces, d'une induration des parois abdominales qui en haut prenait presque la dureté de la pierre. En introduisant une sonde, on sentait que la fistule semblait prendre une direction ascendante; mais comme cette pratique déterminait de la douleur et fit venir un peu de sang, je ne pus pousser l'instrument plus loin qu'un demi-pouce. La malade se plaignit de tiraillements douloureux autour de l'ouverture et dans l'hypochondre droit, et de temps en temps de nausées et de maux de tête, mais il n'y avait pas d'autres indices d'un trouble général de l'organisme.

Étant donné ces antécédents, j'exprimai, dès ma première entrevue avec la malade, l'opinion que l'abcès n'avait pas été dans le foie, mais dans la vésicule, et je me risquai à prédire que tôt ou tard on en aurait la preuve par l'évacuation de calculs biliaires à travers l'ouverture fistuleuse. On maintint des cataplasmes constamment appliqués sur l'ouverture, et je prescrivis à l'intérieur de la quinine avec de l'acide nitrique et de temps en temps quelque purgatif.

Le 28 juillet, un premier calcul passa par la fistule; il était à peu près gros comme un pois et présentait des facettes. Son passage à travers la fistule fut accompagné d'une vive douleur qui persista plusieurs jours et fut suivi de l'évacuation de quantité de pus jaune, épais. Le 15 août, il passa encore trois calculs, un peu plus gros que le premier, deux autres très-petits. Il y eut encore une vive douleur pendant plusieurs heures et après le passage des calculs, encore évacuation de matière épaisse avec un peu de sang. En septembre et octobre, deux ou trois autres calculs passèrent, et le 19 décembre, après deux jours et deux nuits de douleur violente, un calcul polygonal, d'un bon demi-pouce de diamètre, prit encore le même chemin. En janvier 1868, il passa une autre concrétion plus petite (la neuvième).



A la suite de cela, l'induration qui entourait l'ouverture diminua considérablement; mais il y avait encore une masse, de dureté pierreuse, à peu près grosse comme une noix, immédiatement au-dessus. L'ouverture n'avait plus qu'une ligne de diamètre et était rétractée au fond d'une dépression profonde avec plissement et induration de la peau tout autour. Ce changement était principalement dû à la plus grande épaisseur de la paroi abdominale par dépôt de graisse. Plusieurs fois, après l'issue du neuvième calcul, et dans les intervalles de l'issue des précédents, l'ouverture montra une tendance à se fermer et on dut recourir aux caustiques. On essaya une fois la dilatation à l'aide de corde tressée (*sea-tangle*); mais on détermina une telle douleur quand on voulut retirer cette substance gonflée hors de ce trajet sinueux, qu'on renonça à ce moyen. La malade reprenait de l'embonpoint et des forces, avait très-bonne mine, excellent appétit, digérait bien et n'avait que l'ennui d'un écoulement par la fistule.

Dans les premiers jours de juin 1868, il passa un autre calcul, le dixième et le dernier. L'ouverture continua à donner issue à du pus délié et ne finit par se fermer complètement qu'en août 1869; mais depuis lors il n'y a plus eu la moindre tendance à la réouverture, et il n'y a pas eu de douleur ni d'induration dans le voisinage de la cicatrice (1876).

Le 27 septembre 1868, plus de trois mois après le passage du dernier calcul, et tandis que l'ouverture fistuleuse était encore libre, la malade fut prise subitement de frissons, de vomissements et de fièvre, mais cette fois accompagnés de symptômes urinaires, — micturition fréquente, ardeur cuisante et douleur au méat urinaire, présence d'un peu de sang, et plus tard de pus, dans l'urine. Ces symptômes disparurent au bout d'une quinzaine de jours, mais le 8 novembre la douleur, les vomissements et la fièvre reparurent avec plus d'intensité qu'auparavant, et on put sentir dans l'aîne droite, à égale distance de la crête iliaque et du pubis, une tumeur très-sensible, profondément située et à peu près du volume d'une petite orange. L'urine était à ce moment parfaitement limpide et ne contenait ni sang ni pus. Sir Henry Thompson, qui vit la malade en consultation avec moi, fut d'accord que la tumeur intéressait l'uretère droit. Quelques jours après, le pus reparut dans l'urine, qui contenait également quelques cristaux d'acide urique, mais pas de calcul. Le 30 novembre, on sentait encore la tumeur de l'aîne, mais elle était beaucoup plus petite et elle disparut bientôt complètement, et la malade recouvra sa santé habituelle; l'urine cependant continuait à avoir un peu de pus. En août 1869, à peu près au moment où la fistule abdominale se ferma, le pus disparut de l'urine.

Depuis ce temps, la malade resta en bonne santé jusqu'au 7 septembre 1870, où elle fut encore prise subitement de frissons, de vomissements, de douleur paroxystique violente dans la région du rein droit s'étendant autour de la cicatrice et jusqu'à la hanche droite, d'une forte fièvre et de micturition fréquente, mais l'urine ne contenait ni sang, ni pus, et il n'y avait ni induration ni tuméfaction dans le voisinage de la cicatrice. Ces symptômes continuèrent, sous une forme plus ou moins intense, jusqu'au 26 septembre, où la malade rendit subitement dans l'urine plusieurs onces de pus pur, et le lendemain

matin un calcul fut expulsé par l'urètre. Tous les symptômes graves cédèrent de suite; l'urine continua néanmoins à renfermer du pus pendant plusieurs semaines en assez grande quantité; mais ce symptôme finit aussi par disparaître, et la malade a jusqu'à présent (1876) joui d'une bonne santé, sauf qu'elle a éprouvé de temps en temps des douleurs *aching*, avec tiraillements, dans la région du foie et du rein droit.

Voici les dimensions du dernier calcul : 2/5 de pouce de long, 1/5 de pouce de large et 3/20 de pouce d'épaisseur; poids : environ 20 centigrammes. Il a été analysé par M. Thomas Taylor, qui l'a trouvé composé d'acide urique.

Le cas suivant s'est présenté à l'hôpital Middlesex pendant que j'y étais directeur des autopsies, et a été rapporté par moi dans les *Pathological Transactions* (t. XII, p. 85). Voici quelle a dû être la marche successive des accidents :

1° Ulcération de l'intérieur de la vésicule biliaire par la présence d'un calcul, perforation de ses parois et établissement de communications fistuleuses entre elle et le duodénum et le côlon, par lesquelles le calcul a passé dans l'intestin, comme dans la pièce du musée de Saint-Bartholomew's Hospital, que j'ai indiquée précédemment (p. 504);

2° Rupture, par suite d'efforts, de quelques-unes des adhérences entre les intestins et formation d'un abcès stercoral circonscrit qui s'ouvrit à l'extérieur;

3° Empoisonnement du sang, abcès pyohémiques, pneumonie lobulaire et péricardite.

OBS. CLXXI. — *Fistule à la paroi abdominale s'ouvrant dans une cavité circonscrite qui communiquait avec le côlon et le duodénum et indirectement avec la vésicule biliaire.*

B. Z., âgée de trente-huit ans, fut admise à l'hôpital Middlesex le 25 septembre 1860 et y mourut le 14 novembre. Elle a été mariée deux fois, a eu huit enfants et a fait six fausses couches.

Environ un an avant sa mort, sans aucune cause apparente, elle fut prise subitement de maux de cœur, de vomissements et de grande prostration, symptômes qui furent suivis d'état fébrile et de sensibilité à l'abdomen. Le ventre était libre. Au bout de quelques semaines, elle se rétablit et conserva sa santé habituelle jusqu'au 14 septembre 1860.

Le 13 septembre, elle crut s'être donné un effort dans les muscles abdominaux en montant de lourds seaux d'eau. Le lendemain matin, en s'éveillant, elle sentit dans l'abdomen un peu de douleur, qui augmenta considérablement après le déjeuner et fut alors accompagnée de maux de cœur et de vomissements de liquide vert et amer. Elle disait souffrir comme si on lui eût serré le ventre avec une corde. Les maux de cœur se dissipèrent au bout de trois jours, quand les intestins eurent été bien débarrassés par une médecine, mais la douleur persista, et la malade s'affaiblit considérablement.

A son entrée à l'hôpital, sensibilité très-vive de l'abdomen, surtout au ni-



veau de l'ombilic. Immédiatement à gauche de l'ombilic se trouvait une tumeur circulaire, superficielle, dense et ferme à la circonférence et pâteuse au centre. Selles normales. Pouls à 144. Grande prostration.

Le lendemain (26 septembre), en pressant sur l'ombilic, on en faisait sortir un peu de pus jaune, d'odeur stercorale, mais ne contenant pas autre chose, au microscope, que des cellules du pus. A partir de ce moment, l'ouverture continua à donner issue à de grandes quantités de pus fétide. Du 30 septembre au 17 octobre, le pus se trouva mélangé avec de la matière fécale. Le 9 novembre, l'ouverture cessa de donner même du pus.

Environ trois semaines avant la mort, des abcès commencèrent à se former en différents points du corps, à la parotide droite, dans les parties molles de la hanche droite, etc., et la malade éprouva une grande dyspnée et expectora des crachats purulents. Il fut impossible d'examiner la poitrine parce que le plus petit mouvement, la plus légère manipulation causaient de grandes douleurs. La prostration augmenta graduellement, et la malade succomba le 14 novembre.

*Autopsie.* — Émaciation très-prononcée. A la hanche droite, abcès contenant sept à huit onces de pus. A l'ombilic, ouverture fistuleuse assez large pour admettre une plume d'oie; elle s'ouvrait dans une cavité fongueuse, du volume d'une petite orange, qui communiquait avec le colon transverse et le duodénum, et indirectement avec la vésicule. L'orifice situé dans le colon était assez large pour admettre le doigt. A cet endroit, le colon était très-contracté et sa muqueuse très-injectée et légèrement ulcérée. Immédiatement à droite de cette ouverture, la vésicule était fermement adhérente au colon. La vésicule était petite et contenait environ 8 grammes de liquide semblable à du petit-lait, sans aucune teinte de bile; le canal cystique était oblitéré, mais il n'y avait pas de calcul biliaire. Entre le fond de la vésicule et le colon se trouvait une communication fistuleuse dont la direction était un peu oblique et juste assez large pour admettre un cathéter n° 1. La face interne de la vésicule autour de cette ouverture était marquée par une cicatrice radiée, assez étendue. La fistule sise entre le duodénum et la cavité fongueuse était assez large pour admettre une plume de corbeau et s'ouvrait dans le duodénum immédiatement au-dessous du pylore. Les parois abdominales, autour de la cavité fongueuse, avaient contracté une adhérence invincible avec les viscères; pas de liquide dans le péritoine. A peu près un demi-litre de liquide séreux clair dans la cavité pleurale gauche. Quelques anciennes adhérences au sommet du poumon gauche, qui était en grande partie à l'état normal; cependant le lobe inférieur contenait plusieurs nodules de pneumonie lobulaire, les plus gros ayant le volume d'une noix, gris, granuleux et très-friables. Un litre à un litre et demi de sérosité trouble contenant de nombreux flocons de lymphé dans la plèvre droite; poumons agglutinés aux parois thoraciques en avant et au sommet par de la lymphé récente. Lobe inférieur du poumon droit affaissé, non crépitant, enfonçant dans l'eau, uni à la coupe et très-résistant.

Huit onces de matière gélatineuse, opaque, jaunâtre, puriforme dans le péricarde; cette matière était demi-solide et, examinée au microscope, était constituée par une substance fibrillaire fine et de nombreux corpuscules de la

lymphe ou semblables à ceux du pus, mais pas de vraies cellules du pus avec les noyaux caractéristiques. Le péricarde était très-adhérent au ventricule gauche sur un espace mesurant 1 pouce et demi de diamètre. Surface externe du cœur couverte de plaques membraneuses de lymphé, dont un grand nombre étaient fermement adhérentes.

OBS. CLXXII. — *Fistule biliaire abdominale donnant issue à de la bile.*

Le 11 octobre 1869, je vis avec mon collègue M. Curling une dame de quarante ans environ, affectée de fistule biliaire. Elle avait été sujette pendant nombre d'années à des paroxysmes subits de douleur intense dans l'hypochondre droit, accompagnée de vomissements, mais jamais suivie d'ictère. En mars 1869, elle remarqua pour la première fois une grosseur douloureuse à l'abdomen, au-dessous des côtes droites, en avant. Divers avis furent exprimés au sujet de cette tumeur par les quelques médecins qu'elle consulta. L'un y voyait une tumeur fibreuse, un autre une hydatide. La tumeur augmenta, et comme la fluctuation y devint manifeste, on l'ouvrit en mai, et il en sortit nombre d'onces d'un liquide visqueux, opaque, jaune, sans trace de bile. Le 3 juin, passa par l'ouverture une concrétion biliaire pas plus grosse qu'un grain de chènevis, et quatre autres dans les premiers jours de septembre, un peu plus gros et à facettes distinctes. Le 18 septembre, elle commença à éprouver une vive douleur dans la région du foie en avant et s'étendant en arrière en demi-cercle, et au bout de deux ou trois jours, il passa deux autres petites concrétions, et la douleur fut calmée. Une semaine plus tard, la malade s'éveilla la nuit avec une douleur atroce dans l'hypochondre droit et en arrière, et de violents efforts pour vomir. Après quelques heures, ces symptômes s'apaisèrent, mais deux nuits plus tard (27 septembre), ils reparurent, et le lendemain matin elle trouva ses vêtements de nuit et la literie inondés de bile. Depuis lors jusqu'au moment de ma visite, quatorze jours après, il y a eu une évacuation constante de bile vert foncé par l'ouverture fistuleuse qui était située à égale distance de l'ombilic et du bord inférieur des côtes sur la ligne mammaire droite. Il s'écoulait par cette ouverture de une à deux onces de liquide par heure, quelquefois plus, quelquefois moins. Ordinairement, la quantité augmentait après le repas; il avait tous les caractères de la bile pure vert foncé. La malade maigrissait et perdait ses forces assez rapidement, et éprouvait beaucoup de douleur et de flatulence après les repas. L'urine était foncée et contenait du pigment biliaire, et les garde-robes avaient la couleur de l'argile, sans trace de bile; ictère à peine sensible de la peau et des conjonctives. Trois jours après ma première visite, il passa par l'ouverture une autre petite concrétion biliaire; mais il n'y avait pas d'amélioration dans les symptômes généraux, et la malade continua à s'affaiblir de plus en plus jusqu'au 7 novembre, où elle eut une autre crise de douleur violente dans le côté droit, avec vomissement, et le lendemain elle constata que l'écoulement par l'orifice de la fistule était presque arrêté et qu'il y avait de la bile en abondance dans les garde-robes. L'état général de la malade s'améliora graduellement, et au bout de quelques semaines elle fut en état de s'embarquer pour les Indes occidentales; mais en décembre 1872 il y avait encore un tout