

petit orifice fistuleux, au-dessous des côtes droites, donnant issue à du mucus glaireux.

Voici quelles me paraissent avoir été les diverses phases de ce cas remarquable :

1° Une concrétion qui s'était formée dans la vésicule a pénétré dans le canal cystique, causant des paroxysmes de douleur hépatique et des vomissements. Elle n'est pas arrivée jusque dans le canal cholédoque et aussi n'y a-t-il pas eu ictère.

2° Le canal cystique étant obstrué, la bile ne pouvait plus pénétrer dans la vésicule; celle qui s'y trouvait déjà a été absorbée, la vésicule s'est enflammée, a été distendue par un liquide visqueux, opaque, formant une tumeur qui était appréciable à travers les parois abdominales.

3° Une ouverture fut pratiquée dans cette tumeur et le contenu évacué : il resta un orifice fistuleux qui donna issue à un liquide visqueux et à de petits calculs biliaires.

4° Sous l'influence d'une autre attaque de colique biliaire et de vomissements, la concrétion du canal cystique fut délogée et passa dans le cholédoque, qu'elle obstrua. Il en résulta que la bile ne put pénétrer dans l'intestin et qu'une fois dans la vésicule, elle s'écoula par l'ouverture fistuleuse et par suite il n'y eut pas d'ictère.

5° Sous l'influence d'une nouvelle crise biliaire avec vomissements, le calcul passa dans le duodénum, le cours de la bile fut rétabli dans ses voies normales et la communication fistuleuse se ferma.

C'est là, ce me semble, la seule explication possible des particularités de ce cas : mais ceci étant admis, il est extraordinaire qu'une concrétion qui a obstrué le canal cystique pendant plusieurs mois ait fini par être délogée et soit passée dans le canal cholédoque; et que ce dernier ait été libre après avoir été obstrué complètement pendant près de six semaines par un calcul biliaire, c'était aussi plus qu'on ne pouvait espérer dans ces circonstances. La quantité de bile sécrétée par le foie dans ce cas n'a pas pu être moindre qu'un litre dans les vingt-quatre heures, et cela, bien que la malade ne prit que très-peu de nourriture.

Je ne la vis qu'une seule fois et elle était trop souffrante pour qu'on pût expérimenter l'action des médicaments sur la sécrétion de la bile.

L'observation CLXXIII est un autre exemple de fistule biliaire externe produite par des calculs. Outre les trois cas que je vous ai rapportés, j'en ai observé deux autres, l'un chez une dame de quatre-vingt-deux ans, qui n'avait jamais eu d'ictère; l'autre chez une dame de plus de soixante-dix ans, qui avait eu deux crises de colique hépatique avec ictère, dix et cinq ans auparavant.

OBS. CLXXIII. — *Nombreux calculs biliaires évacués par des orifices fistuleux situés à l'ombilic.*

Madame G., âgée de cinquante-huit ans, me consulta le 4 avril 1872, sur le

conseil de M. J. C. Lynch, de Sudbury. Environ trois mois auparavant, elle avait été prise subitement de vomissements et de douleur violente dans la région du foie. Bientôt après apparut entre les côtes droites et l'ombilic une tumeur dure, douloureuse, à peu près grosse comme un œuf de poule, qui au bout de quatre ou cinq semaines s'ouvrit à l'ombilic, donnant issue à pas mal de pus, mais pas de bile. Deux jours après sortit un calcul biliaire et depuis lors il en est venu plusieurs centaines, gros comme un grain de chénevis et jusqu'au volume d'un gros pois. Elle en apportait 328 dans un petit paquet. Les plus gros avaient occasionné beaucoup de douleur dans leur passage. Au moment où je vis cette dame, elle avait trois ouvertures fistuleuses entourées d'un bourrelet de chair rouge et donnant issue à un liquide visqueux, juste à droite de l'ombilic, et la nuit d'avant il était passé un calcul. Elle avait souffert pendant des années de maux de tête bilieux, mais avant cette attaque elle n'avait jamais souffert dans le côté droit ni eu de l'ictère.

25 juillet 1876. — Pendant les cinq mois qui suivirent la visite que me fit madame G., il passa par la fistule encore 27 calculs biliaires. Après cela, la fistule se ferma et depuis lors madame G. a joui d'une meilleure santé qu'elle n'avait eue depuis bien des années auparavant.

Dans le cas suivant, bien que la malade ait eu un cancer du foie, le principal intérêt pathologique a été ce fait d'un calcul biliaire qui s'est frayé un chemin dans l'intérieur de la veine porte.

OBS. CLXXIV. — *Cancer du foie. — Pénétration d'un calcul dans la veine porte par voie d'ulcération. — Phlébite. — Pyohémie. — Péritonite par rupture d'abcès hépatique. — Endocardite récente.*

Hannah L., âgée de cinquante-sept ans, fut admise le 7 février 1876 à l'hôpital Saint-Thomas. Son père est mort de consommation à quarante-cinq ans; sa mère a vécu jusqu'à soixante-dix ans. Elle a eu trois frères et sept sœurs, dont aucun ne vit; les trois frères sont morts de consommation. Pas d'antécédents de goutte, de rhumatisme ou de syphilis. Elle a toujours eu une bonne santé, sauf qu'elle a souvent souffert de spasmes violents dans l'abdomen après la menstruation : les règles ont cessé à quarante ans, mais elle a continué à éprouver de vives douleurs lancinantes dans l'abdomen, sans vomissements ni ictère. Deux ans avant son admission, elle commença à s'affaiblir et à maigrir et pendant huit mois elle a été sujette à avoir mal à l'épigastre et de temps en temps elle a vomi ses aliments. Elle a continué à aller ainsi, tâchant de gagner sa vie comme blanchisseuse. Six semaines avant son entrée, étant en train de laver, elle fut prise subitement d'une vive douleur dans le petit orteil droit, qui ne tarda pas à enfler et à devenir rouge et sensible. Par suite, elle fut obligée de quitter son travail et de garder le lit la moitié de la journée.

A son entrée, la malade est émaciée; léger ictère de la peau et des conjonctives; gangrène limitée du petit orteil droit avec tuméfaction, lividité et un peu de sensibilité le long du côté externe du pied droit. Mais la malade se plaint surtout d'une douleur siégeant à la partie supérieure de l'abdomen et dans le dos, incessante et cependant marquée par de fortes exacerbations, de

nausées persistantes et de temps en temps d'efforts pour vomir. Langue chargée et sèche en bas et au centre; constipation. Pas d'ascite. Foie paraissant très-augmenté de volume et s'étendant du niveau du mamelon jusqu'au dessous de l'ombilic; augmentation de volume uniforme; surface dure, inégale et extrêmement sensible; pouls à 96, faible; bruits du cœur faibles, pas de souffle. Pas de toux, poumons sains, température 38° 4. Densité de l'urine 1015, pas d'albumine.

Après l'entrée de la malade, sa température revint bientôt à son état normal, mais l'affaiblissement fit des progrès très-rapides et la mort eut lieu le 13 février.

Autopsie. — De fortes adhérences, consistant partiellement en tissu de nouvelle formation, fixent le foie à la paroi abdominale et aux organes voisins, de façon à diviser la cavité péritonéale en deux portions. L'espace supérieur contenait une certaine quantité de liquide jaune verdâtre sale, ressemblant à de la bile mêlée de pus. La face supérieure du foie, qui formait une partie de la cloison séparant cet espace, présentait tous les signes d'une inflammation récente, aiguë, et aussi deux plaques irrégulières, ramollies, avec perforation, d'où exsudait un liquide semblable à celui de la cavité sise au-dessus. Le bord antérieur du foie était également adhérent à l'extrémité pylorique de l'estomac et au pancréas, un gros amas irrégulier et nodulé de cancer les infiltrant et servant à les unir. Cet amas occupait la place de la vésicule et s'étendait dans la scissure porte et la portion adjacente du foie. La veine porte et le canal cholédoque le traversaient; le canal contenait de la bile et ne paraissait guère obstrué. La veine porte, à un pouce environ avant son entrée dans cette production morbide, vis-à-vis le hile du foie, s'élargissait de façon à former une cavité irrégulière à parois foncées, ulcérées, fongueuses, qui contenait un calcul biliaire oblong, mesurant un demi-pouce dans son plus grand diamètre. Cette cavité n'avait pas d'autre débouché que les branches de la veine. A partir de ce point, les branches de la veine porte étaient très-enflammées et remplies sur une certaine étendue par un caillot adhérent, partiellement ramolli au centre; plusieurs des branches terminales étaient également remplies par un caillot adhérent en partie décoloré et les points correspondants de la substance du foie avaient une coloration blanchâtre ou jaunâtre et étaient plus ou moins ramollis, comme des abcès pyohémiques à leur première période, et entourés d'une zone d'injection. Deux espaces de ce genre, larges et irréguliers, sur la face supérieure du lobe droit, présentaient une ulcération fongueuse de la portion du péritoine qui les recouvrait, avec plusieurs perforations qui avaient ouvert un chemin dans la cavité péritonéale. Il y avait aussi, parsemés à travers le foie, principalement dans le lobe gauche, plusieurs nodules de nouvelle formation, de 1/4 à 3/4 de pouce de diamètre, durs et aplatis, et déprimés quand ils se rapprochaient de la surface. Rate molle, pesant 7 onces et demi; elle contenait quelques infarctus récents, en partie ramollis. Reins petits, avec embolies récentes et cicatrices profondes, d'autres d'ancienne date. Nombreux petits nodules de nouvelle formation, aplatis, à la face inférieure du diaphragme. Poumons sans infarctus et sans produits de nouvelle formation. Valvules du cœur normales, sauf une petite végétation

récente au centre d'une des valvules aortiques et des amas de végétation récente sur la face auriculaire de la valvule mitrale.

C. — AUGMENTATION DE VOLUME DE LA VÉSICULE BILIAIRE.

Dans le diagnostic des maladies du foie, il est important de ne pas perdre de vue les diverses causes d'augmentation de volume de la vésicule biliaire. Je vous dirai donc, avant de terminer cette leçon, quelques mots sur les caractères distinctifs des diverses formes que cette augmentation de volume est susceptible de revêtir, et qu'on peut, au point de vue clinique, rapporter aux cinq causes suivantes :

- I. Accumulation de bile;
- II. Suppuration;
- III. Hydropisie;
- IV. Calculs biliaires;
- V. Cancer.

I. — Augmentation de volume de la vésicule biliaire par accumulation de la bile.

L'augmentation de volume de la vésicule biliaire par accumulation de bile est, comme je vous l'ai déjà dit (pp. 167, 349), une des premières conséquences de l'obstruction du canal cholédoque, et on la distingue alors aux caractères suivants :

- 1° Ictère qui devient graduellement intense;
- 2° Absence de bile dans les garde-robes;
- 3° Augmentation générale du volume et de la sensibilité du foie (v. p. 167).
- 4° Tumeur élastique ou fluctuante, pyriforme, un peu sensible, se projetant du bord du foie dans la position occupée par la vésicule. Le docteur Bright a rapporté un cas où la vésicule formait une tumeur fluctuante s'étendant presque jusqu'à la crête de l'ilium (1). Le Dr Babington a publié un cas dans lequel la vésicule contenait trois cuvettes de bile (2) et Copland en signale un autre dans lequel elle contenait 4 litres de bile et était si volumineuse qu'elle projetait en avant les fausses côtes des deux côtés (3). Il est rare toutefois que cet organe prenne de telles proportions. La tumeur peut s'effacer subitement par l'évacuation d'une grande quantité de bile par les garde-robes et la disparition de l'ictère. Quand l'obstruction du canal biliaire est permanente, la bile est souvent résorbée graduellement, et au bout d'un certain temps l'atrophie peut se substituer à la dilatation. Quelquefois la vésicule biliaire distendue,

(1) *Abdomin Tumours*, Sydenh. Soc. Éd., p. 271.

(2) *Guy's Hosp. Reports*, 1842-3, t. VII.

(3) *Diction. of pract. med.*, t. II, p. 4.