

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.

quand ses tuniques sont ramollies par le processus inflammatoire ou la dégénérescence graisseuse, se rompra ou déterminera une péritonite mortelle, comme dans l'observation CLXV.

On a rapporté des cas rares où un calcul biliaire, situé au col de la vésicule ou dans le canal cystique, a agi comme une soupape laissant entrer la bile dans la vésicule mais l'empêchant de sortir, ce qui avait pour résultat l'accumulation de la bile dans la vésicule. Dans de tels cas, l'ictère ni les selles argileuses ne manquent pas; mais ces faits se présentent si rarement qu'on n'a guère l'occasion de s'en préoccuper dans le diagnostic.

Dans les leçons précédentes, je vous ai présenté plusieurs cas d'augmentation de volume de la vésicule par accumulation de bile (obs. LXVI, p. 168; obs. CXXII, p. 384; obs. CXXIV, p. 387, et obs. CXXVII, p. 394).

II. — Augmentation de volume de la vésicule biliaire par suppuration.

La vésicule biliaire se trouve parfois distendue par du pus qui peut être mélangé de bile ou tout à fait semblable à celui d'un abcès ordinaire, comme dans le cas CLXX. L'inflammation de la vésicule peut être consécutive à sa distension exagérée par de la bile, comme quand le canal cholédoque est obstrué; mais dans la plupart des cas de suppuration, c'est le canal cystique seul qui est obstrué et l'inflammation est limitée à la vésicule et est due à l'irritation produite par les calculs, ou à toute autre cause. Voici donc ses caractères :

1° Tumeur correspondant par sa situation et sa forme à celle provenant de distension biliaire, mais plus sensible et plus douloureuse et accompagnée de troubles fébriles plus prononcés, et souvent par des frissons, de la fièvre et des sueurs nocturnes. Il y a en réalité tous les caractères d'un abcès hépatique, dont ne suffisent même pas à le distinguer sa forme et sa situation.

2° Il n'y a pas d'ictère.

3° Les garde-robes contiennent de la bile.

4° Il n'y a pas augmentation générale de volume ni sensibilité du foie.

5° Parfois, comme dans le cas CLXX, il y a des antécédents de colique biliaire.

6° Il n'y a que l'abcès tropical du foie (v. p. 492) qui soit simulé par la suppuration de la vésicule, et par suite le diagnostic sera facilité par cette circonstance d'une tumeur répondant à la description que j'en ai donnée tout à l'heure et survenant chez un malade qui n'a jamais été dans les pays chauds.

L'engorgement inflammatoire de la vésicule biliaire disparaît très-souvent petit à petit sous l'influence du traitement : parfois elle s'ouvre extérieurement ou dans l'intestin.

III. — Augmentation de volume de la vésicule par hydropisie.

Quand la vésicule biliaire est distendue par du pus, elle peut s'ouvrir en dehors et former une fistule biliaire, ou dans le péritoine, ou encore dans l'intestin. Mais parfois, au lieu de pus, il s'y trouve un liquide ténu, floconneux; ou bien quelquefois, si le processus inflammatoire est léger et qu'il affecte une forme chronique, le liquide peut présenter ces caractères dès le début. C'est là ce qu'on entend par hydropisie de la vésicule biliaire. Ce n'est pas une *hydropisie* dans le sens strict du mot, mais une inflammation chronique. L'augmentation de volume de la vésicule biliaire provenant de cette cause a tous les caractères de celle qui a pour cause la suppuration, sauf qu'elle est à peine douloureuse, si même elle l'est, et qu'elle n'est pas nécessairement accompagnée de troubles fébriles. Par suite, cette forme d'augmentation de volume de la vésicule est celle qu'on confondrait le plus aisément avec une hydatide pédiculée (v. p. 58) dont on la distinguerait surtout par sa situation et par ce fait que son développement est souvent, quoique pas nécessairement, précédé d'antécédents de colique hépatique (v. obs. CLXXII).

IV. — Augmentation de volume de la vésicule par suite d'accumulation de calculs.

Les calculs s'accumulent parfois dans la vésicule en telle quantité qu'ils arrivent à provoquer la formation d'une tumeur distincte (v. p. 493). Cette forme d'augmentation de volume peut être reconnue par les caractères suivants :

1° Elle est dure et quelquefois nodulée.

2° Elle est ordinairement mobile.

3° La pression n'y détermine pas de douleur, bien qu'elle puisse être le siège de sensations de malaise (v. p. 493).

4° On perçoit parfois une sensation de craquement en manipulant la tumeur, ou bien le malade accuse une sensation de poids qui roule d'un côté à l'autre quand il se retourne dans son lit (v. p. 493).

5° Dans bien des cas il y a ou de l'ictère, ou des antécédents de colique hépatique.

6° Son volume ne varie pas, ou son développement est lent et imperceptible.

7° Les signes habituels du cancer sont absents.

Ces caractères peuvent se trouver modifiés quand les calculs provoquent l'ulcération de la muqueuse ou une péritonite locale. La tumeur peut alors devenir douloureuse et adhérente et augmenter de volume.

V. — **Augmentation de volume de la vésicule par dépôt cancéreux dans l'épaisseur de ses parois.**

Le cancer de la vésicule est quelquefois consécutif au cancer du foie ou du pancréas (obs. CXXV, p. 398), ou de quelque organe plus éloigné (obs. CLXXV, p. 53); plus ordinairement, la maladie débute dans la vésicule biliaire, et le péritoine, ou le foie, est affecté secondairement (obs. CLXXVI). Une chose remarquable, c'est que dans la plupart de ces cas, la vésicule biliaire contient des calculs, et le cancer paraît avoir été une conséquence des calculs biliaires (p. 380). L'augmentation de volume de la vésicule biliaire par le fait de cancer présente les caractères suivants :

1° Il y a une tumeur dure, quelquefois nodulée, à peu près grosse comme une orange, plus ou moins, dans la région de la vésicule biliaire. Parfois la tumeur est un peu molle au centre, par suite du ramollissement de la matière cancéreuse, ou parce que le cancer siège principalement au col tandis que le fond contient du liquide (obs. CLXXV).

2° Elle est adhérente et non mobile.

3° Elle est très-sensible à la pression et est ordinairement le siège de fortes douleurs lancinantes.

4° Son développement peut être rapide. Assez souvent il y a des antécédents de colique hépatique.

5° L'ictère et les vomissements sont des symptômes communs, dus à l'extension du cancer au canal cholédoque ou à la pression de la tumeur sur le pylore.

6° Des communications fistuleuses avec le canal digestif, et particulièrement avec le côlon, ne sont pas rares, et conséquemment le passage d'un gros calcul biliaire, avec ou sans hémorrhagie, par l'anus, accompagnant une tumeur ayant les caractères que je vous décris, corroboreraient plutôt qu'elles n'infirmeraient le diagnostic de cancer (v. p. 504).

7° Il y a une émaciation rapide avec les phénomènes habituels de la cachexie cancéreuse.

TRAITEMENT DE L'AUGMENTATION DE VOLUME DE LA VÉSICULE.

1° Le traitement de la distension exagérée de la vésicule par de la bile a déjà été exposé quand il a été question de l'ictère par obstruction du canal cholédoque (v. p. 373).

2° Dans le cours de cette leçon je vous ai dit à quels moyens vous devez avoir recours dans l'inflammation de la vésicule. Il ne me reste à ajouter que les remarques suivantes :

a. Toutes les fois que vous serez appelés pour un cas de ce genre, il

faudra bien mettre en garde le malade contre le danger qui peut résulter pour lui d'un violent effort musculaire ou d'un traumatisme même léger. On a rapporté des cas où, sous l'influence de pareilles circonstances, la vésicule s'est rompue, et il s'en est suivi une péritonite mortelle (1).

b. Il sera parfois nécessaire de ponctionner la vésicule et de vider son contenu (v. obs. CLXXV), mais il ne faut recourir à cette opération que si le développement de la tumeur est si rapide qu'il y a imminence de rupture ou si l'organisme est miné par la fièvre hectique. D'après ce qui a été établi, il est également évident que l'opération n'est guère à conseiller lorsqu'il y a de l'ictère avec absence de bile dans les garde-robes. S'il n'y a pas d'adhérences sur la tumeur, il sera nécessaire de les provoquer au moyen de la potasse caustique.

3° Il faut traiter l'accumulation de calculs biliaires dans la vésicule de la façon déjà exposée (p. 508).

4° Enfin, quand l'augmentation de volume est de nature cancéreuse, tout ce qu'on peut faire, c'est de soulager les symptômes les plus pénibles et d'adoucir les derniers moments.

En terminant, je vous rapporterai les deux cas suivants de cancer de la vésicule que j'ai observés il y a déjà longtemps et qui ont été publiés par moi dans le 8^e volume des *Pathological Transactions*. Dans un cas, le cancer de la vésicule fut consécutif à un cancer du rectum et du foie; dans l'autre, le cancer du foie parut être consécutif à celui de la vésicule biliaire.

OBS. CLXXV. — *Cancer du rectum. — Cancer secondaire du foie englobant la vésicule et oblitérant le canal cystique. — Augmentation de volume de la vésicule.*

A. B..., femme de cinquante-trois ans, fut admise à Saint-Mary's Hospital le 29 août 1856. Elle souffrait depuis deux mois de douleurs dans les reins et dans l'abdomen, et à son entrée elle avait aussi un peu d'ictère et de constipation. Le volume du foie n'était pas augmenté, mais une tumeur du volume d'une petite orange se projetait du bord inférieur à la place occupée par la vésicule. Ces symptômes augmentèrent, et une semaine après elle avait en plus des vomissements incoercibles. Tous les traitements échouèrent, l'ictère se prononça davantage, la constipation fut plus marquée et la malade s'affaiblit de plus en plus jusqu'à la mort le 28 septembre.

A l'autopsie, petits nodules de cancer répandus sur la surface péritonéale des intestins. Rétrécissement du rectum par dépôt semblable commençant à 1 pouce et demi de l'anus et s'étendant sur une hauteur de 3 pouces. La seule portion du foie atteinte était le lobe carré : ce lobe renfermait un dépôt

(1) Voir à l'appui une pièce du musée de l'hôpital Saint-Barthélemy, série XIX, n° 14.

cancéreux, du volume d'une petite orange, qui englobait et avait oblitéré le canal cystique. Les parois de la vésicule étaient, sur le quart de leur étendue à partir du canal, épaissies par dépôt cancéreux; les trois quarts antérieurs n'avaient pas été atteints par la maladie; la vésicule biliaire tout entière était pâle et très-distendue, au point de faire une saillie de deux pouces en avant au bord antérieur du foie; elle contenait un liquide laiteux, floconneux, montrant au microscope de nombreuses lamelles épithéliales, et deux calculs biliaires à peu près gros comme des billes. Pas trace d'ulcération en aucun point de sa membrane muqueuse, et pas d'adhérence entre sa surface externe et aucun viscère. Bile dans le duodénum. La muqueuse de l'estomac, la rate, les reins et les poumons étaient sains.

OBS. CLXXVI. — Destruction de la vésicule par une ulcération cancéreuse et communication de la cavité en résultant avec le côlon transverse. — Cancer du foie.

S. P..., âgé de cinquante-six ans, peintre en voitures, se confia à mes soins le 14 août 1856. Il me raconta qu'étant jeune homme, il avait été affecté d'ictère précédé de violentes crampes d'estomac. Quatorze ans avant que je le visse, il avait eu une attaque de fièvre rhumatismale, suivie de palpitations et autres signes d'affection cardiaque. Son père avait vécu jusqu'à un âge très-avancé et sa mère était morte à quatre-vingt-six ans d'un cancer de l'utérus. Il était le dernier fils de sa mère, qui l'avait eu à près de cinquante ans.

Trois mois avant qu'il me demandât des soins, il commença à éprouver pour la première fois une douleur dans la région du foie, mais il continua régulièrement son travail jusqu'au milieu de juillet. Vers cette époque, il fut pris de violentes douleurs abdominales, de vomissements et de diarrhée. Il continua encore son travail pendant une quinzaine, quoique irrégulièrement, mais le 1^{er} août il fut obligé de prendre le lit. Le 7 août survint de l'ictère. Voici comment je le trouvai à ma visite le 14 août. Émaciation considérable, conjonctives d'un jaune intense; le facies est anxieux, il a un aspect cachectique et exprime de la souffrance. Enduit jaunâtre sur la langue; les vomissements continuent; presque tout ce que le malade prend est immédiatement rejeté et parfois probablement avant que l'estomac ait été atteint. Diarrhée. Sa femme assure qu'il y a deux ou trois jours il a évacué par les garde-robes une certaine quantité de matière noire comme du sang. Il éprouve dans la région hépatique une douleur aiguë, qui le traverse, et vient par intervalles. La matité hépatique sur la ligne mammaire droite s'étend à 4 pouces au-dessous du rebord costal, et on peut sentir une tumeur dans la région de la vésicule, de 2 à 3 pouces de diamètre, non mobile, en apparence liée au foie et très-douloureuse à la pression. Le malade ne peut dormir à cause de la douleur. Pouls à 100. On entend un bruit de souffle diastolique sur le milieu du sternum.

Prescription : diète lactée, vin, opiacés et divers médicaments pour arrêter les vomissements, tels que l'huile de naphte et l'acide cyanhydrique dilué. Rien d'ailleurs ne parut efficace : le malade déclina graduellement et mourut le 19 août. Avant la mort, les selles avaient pris une couleur et une consistance tout à fait normales.

Autopsie. — Plaques blanches à la surface du cœur et plusieurs petites végétations sur les valvules mitrale et aortiques. Poumons sains. Pas de liquide dans le péritoine. Rate et reins normaux. Nombreuses petites masses de dépôt morbide répandues à la surface du foie et dans son tissu, de volume variable, depuis celui d'un pois jusqu'à celui d'une petite orange. Celles de la surface étaient ombiliquées au centre, et de toutes exsudait à la pression un suc laiteux contenant une multitude de cellules dites cancéreuses et des noyaux libres. Ces cellules variaient de $\frac{1}{320}$ à $\frac{1}{1500}$ de pouce, et étaient arrondies, elliptiques, fusiformes, pyriformes, etc., tandis que leurs noyaux étaient gros et bien distincts. Parmi elles se trouvaient un petit nombre de cellules mères. Côlon transverse solidement adhérent au bord antérieur du foie en un point correspondant à la situation de la vésicule; et en ouvrant l'intestin, on constata qu'il communiquait par une ouverture aussi large qu'un sou avec une cavité creusée dans la substance du foie, mesurant 2 pouces $\frac{1}{2}$ d'avant en arrière et 1 pouce $\frac{1}{2}$ d'un côté à l'autre. Les parois de cette cavité présentaient un aspect irrégulier, fongueux : elles étaient constituées par du tissu hépatique et cancéreux désorganisé; son intérieur était rempli d'un liquide pulvéulent, brun foncé, contenant un morceau d'épluchure de pomme de terre et autres débris de nourriture. Cette cavité correspondait exactement par sa position à la place occupée par la vésicule biliaire, dont on ne retrouvait plus les parois. Les restes du canal et de l'artère cystiques oblitérés étaient englobés dans un amas de dépôt cancéreux, du volume d'un marron d'Espagne, qui comprimait également, mais n'oblitérait pas le canal cholédoque. Les bords de l'ouverture dans le côlon transverse et toute la circonférence de la portion correspondante de l'intestin étaient épaissis par un dépôt qui rétrécissait le calibre de l'intestin de façon à produire un rétrécissement admettant à peine le bout du doigt. L'intestin, au-dessus de ce rétrécissement, était très-dilaté, et on voyait sur la surface de sa muqueuse un certain nombre d'ulcères superficiels circulaires, les plus larges ayant à peu près la dimension de la moitié d'une pièce d'argent de vingt centimes. Au delà du rétrécissement, l'intestin était contracté. Il n'y avait pas de lésion d'aucune autre portion de l'estomac ou des intestins, mais le pyllore était comprimé par les dépôts cancéreux du foie.