

stabilité de lever davantage et même de lever de légers fardeaux. Elle éprouvait en même temps des picotements continus dans la pulpe des doigts. Cette extrémité ne maigrit pas; le pied droit demeura intact.

Au printemps de 1857, cette femme sentit à l'épigastre une tumeur noueuse, qui était douloureuse et la contraignit à entrer à l'hôpital, où elle ne resta que 14 jours.

Bientôt après elle remarqua de nouvelles tumeurs, qui se développaient rapidement au-dessous de la première. Cette femme continua à aller mendier de côté et d'autre, jusqu'à ce qu'enfin une hydropisie générale, survenue il y a quelques semaines, et la perte de ses forces la contraignirent d'entrer de nouveau à l'hôpital le 3 février 1858.

Lors de son entrée, elle paraît excessivement amaigrie; œdème léger au visage et au bras droit, très-prononcé aux jambes et à l'abdomen. Pas de matité en avant du thorax; à gauche et en haut affaiblissement considérable du murmure respiratoire, râles sonores à droite dans toute la hauteur. En arrière et en bas des deux côtés, à partir de l'angle de l'omoplate, sonorité un peu allouée, murmure respiratoire manquant de netteté, tons du cœur purs, choc sensible entre les troisième et quatrième côtes.

L'abdomen est soulevé, l'ombilic complètement effacé; entre lui et l'appendice xiphoïde développement considérable des veines; la distance entre ces deux points est augmentée.

Sur beaucoup de points du ventre on voit des soulèvements globuleux de différentes grosseurs. On sent, à partir du rebord costal droit jusqu'à la crête iliaque, et à gauche, jusqu'à la fosse iliaque, une tumeur qui présente de nombreuses saillies noueuses et sensibles. Il est facile de suivre le bord inférieur de cette tumeur avec l'extrémité des doigts conduite transversalement dans la cavité abdominale. Elle est mobile et s'abaisse manifestement dans l'inspiration.

La matité mesure en hauteur 25 cent. sur la ligne du mamelon, 16 cent. à l'épigastre, 30 cent. sur le lobe gauche; l'espace qui sépare la ligne axillaire gauche de la droite, mesure transversalement, à la hauteur de l'ombilic, 43 cent.

Appétit très-peu développé; langue d'un jaune sale; selles rares; urines peu abondantes, chargées d'albumine et contenant une grande quantité de cylindres très-pâles pour la plupart, sans épithélium ni molécules grasses.

Dyspnée très-intense, expectoration muqueuse peu abondante, pouls à 100, petit. Prescript. : Décoction de polygala avec extrait de quinquina et liqueur ammoniacale anisée.

8 février. — Douleurs dans la partie inférieure et postérieure gauche du thorax; dans la même région matité à partir de l'omoplate; souffle bronchique; toux pénible sans expectoration. Pouls à 110; le soir la température est de 39° 4. — Prescript. : Cataplasmes chauds; décoction de polygala avec acide benzoïque.

9. — Pouls à peine sensible à 130, persistance des douleurs; la matité n'a pas augmenté, râles consonnants bruyants, intelligence nette.

10. — Mort par œdème pulmonaire.

Autopsie. — Note du crâne un peu épaisse, dure-mère adhérente; caillots fermes dans le sinus longitudinal; substance cérébrale modérément injectée, normale du reste. Deux pouces au-dessous de l'arc costal droit, on trouve une tumeur arrondie, médiocrement douloureuse; on trouve aussi à la partie gauche de l'épigastre plusieurs saillies plus petites et sensibles. — Prescript. : Teinture de noix vomique, vin rouge, bouillon, etc.

Muqueuse du pharynx livide, œsophage normal, voies aériennes d'un rouge peu intense.

Glande thyroïde peu développée; les glandes bronchiques présentent une légère teinte mélanique. Les deux poumons sont fixés par d'anciennes adhérences. Le

poumon gauche est œdémateux à sa partie supérieure, et présente quelques rétractions cicatricielles tout à fait au sommet; en bas on y rencontre une infiltration fibrineuse; le parenchyme est ferme, dense et privé d'air. Le poumon droit est œdémateux et fortement pigmenté.

Le péricarde et le cœur n'offrent pas d'altérations, la valvule mitrale est seulement un peu épaissie.

La cavité abdominale contient plusieurs livres de liquide légèrement opalin. Le diaphragme est refoulé en haut jusqu'au milieu du cinquième espace intercostal. Le foie est intimement uni à la paroi abdominale, dans la région épigastrique, et au colon transverse par son bord inférieur. Il dépasse la base de l'appendice xiphoïde de 7 pouces 1/2, le rebord costal droit de 4 pouces 1/2. La forme générale du foie ne diffère pas de l'état normal; le lobe droit présente un sillon transversal entouré de gros nodus cancéreux; le lobe gauche est encore plus altéré; on y trouve des nodus allant alternativement du volume d'une noix à celui d'une cerise, et dont un certain nombre présente au centre une rétraction cicatricielle.

Les vaisseaux de la capsule sont fortement injectés, les glandes du hile modérément infiltrées. Le duodenum est intimement uni, par du tissu conjonctif, à la vésicule biliaire et à la face inférieure du foie, surtout au niveau du hile. La vésicule biliaire a une rénitence élastique; sa paroi postérieure présente un dépôt de cancer médullaire. La veine porte ne contient pas de caillots; la veine cave est un peu rétrécie, ses parois sont à l'état normal. L'artère hépatique et les voies biliaires sont fortement dilatées.

La rate présente 5 pouces 1/2 de longueur, 3 de largeur, 1 1/2 d'épaisseur; sa capsule est légèrement épaissie, son parenchyme contient peu de sang.

L'estomac est couvert de nombreuses ecchymoses; l'intestin grêle est très-rétracté, la muqueuse du cœcum boursoufflée.

Le pancréas et les glandes rétropéritonéales sont intactes.

La surface des reins est granuleuse comme dans le troisième stade de la maladie de Bright, la substance corticale a disparu.

La vessie est fortement contractée et présente des loges dans son bas-fond; l'utérus et les ovaires sont atrophiés.

Les nerfs et les muscles du bras droit paralysé sont à l'état normal, les glandes de l'aisselle ne sont pas tuméfiées.

OBSERVATION LXXXIX. — *Dyspepsie, ictere, amaigrissement; gonflement douloureux du foie avec des mégalites à la surface; diarrhée, épuisement, mort.*

Autopsie. — Teinte icterique de la dure-mère, des voies biliaires, de l'endocard, des reins. Foie parsemé de nodus cancéreux gorgés de sang, en partie fibrés et réticulés. Rétrécissement de la veine porte et du canal hépatique par des brides celluluses; excudats fibrineux sur la muqueuse de l'iléum et du rectum.

Elizabeth Peshorn, femme d'un cordonnier, âgée de 68 ans, fut admise le 4 juin 1856 et mourut le 18 du même mois. Jusqu'alors sa santé avait toujours été bonne;

à l'automne dernier, elle remarqua à l'hypochondre droit une tumeur que les efforts rendaient un peu douloureuse. Dans le mois de mars l'appétit se perdit; depuis

huit semaines il s'est développé un ictere, qui actuellement a atteint un haut degré d'intensité. Les forces sont tombées et le dévoiement, étant survenu dans ces der-

niers temps, l'amaigrissement a fait des progrès rapides. Deux pouces au-dessous de l'arc costal droit, on sent le bord du foie dur, transformé en une tumeur arrondie,

médiocrement douloureuse; on trouve aussi à la partie gauche de l'épigastre plusieurs saillies plus petites et sensibles. — Prescript. : Teinture de noix vomique, vin rouge, bouillon, etc.

FRERICHS. 37

La diarrhée ne cessa pas, les forces diminuèrent de plus en plus jusqu'à la mort, qui arriva le 18 après une longue agonie.

Autopsie, 8 heures après la mort. — La dure-mère, un peu épaissie, présente une teinte jaune, le cerveau est pâle et d'une faible consistance.

La glande thyroïde renferme de petits kystes gélatineux; les glandes bronchiques sont à l'état normal, la muqueuse des voies aériennes est d'un jaune pâle.

Les poumons sont anémiques à leur partie supérieure, œdémateux et gorgés de sang en bas, mais sans autre altération.

L'endocarde présente une coloration ictérique intense, les valvules sont un peu épaissies; l'aorte est légèrement athéromateuse, le sang en caillots fermes.

La cavité abdominale contient environ 3 livres de sérosité jaunâtre, sanguinolente. La muqueuse de l'estomac est légèrement boursoufflée, hypérhémée par places.

Du côté du duodénum les conduits pancréatique et cholédoque sont perméables. L'intestin grêle est fortement hypérhémé, vers la valvule iléo-cœcale la teinte devient d'un rouge velouté uniforme et la muqueuse est tapissée par de légers exsudats de formation récente. Dans le gros intestin la muqueuse est boursoufflée par places;

elle est le siège d'une injection récente, surtout dans le rectum; on y trouve quelques dépôts d'exsudat peu développés, mais nulle part d'ulcérations.

La rate est petite, sa capsule est épaissie, foncée, son parenchyme coriace.

Le foie présente à sa surface de nombreuses tumeurs cancéreuses, la plupart ombiliquées, dont le diamètre va jusqu'à celle d'une pièce de quatre groschen et dont l'intérieur présente un aspect réticulé, dû à un mélange d'hypérhémie et de coloration

jaune intense. Sur le bord du lobe droit, dans la région de la vésicule, on trouve un infiltrat cancéreux, ayant plusieurs pouces de diamètre, cartilagineux, et occupant toute l'épaisseur du foie. L'enveloppe séreuse est fixée de tous les côtés, par de nombreuses adhérences vascularisées, au duodénum, à l'arc du côlon, au pancréas. Le tissu de ces adhérences difficiles à rompre rétrécit un peu le canal hépatique et la

veine porte, le premier assez, pour qu'il en soit résulté la dilatation évidente des conduits biliaires et leur réplétion par un mucus mélangé de bile. Le parenchyme hépatique est mou et fortement ictérique.

La vésicule biliaire est partagée en deux loges dont chacune contient un calcul de couleur foncée.

Les reins ont leur volume normal et une teinte jaunâtre.

Les trompes et les ovaires adhèrent au fond de l'utérus.

OBSERVATION XC. — Fièvre intermittente pendant quatre semaines, troubles digestifs, nausées, vomissements, ictère sans décoloration des feces, gonflement douloureux du foie sans inégalités à la surface; épanchement séreux dans la cavité abdominale; mort par épuisement.

Autopsie. — Nombreux nodus cancéreux dans le foie, dégénérescence carcinomatense de la muqueuse des conduits biliaires et de la vésicule, dilatation de la branche gauche du canal hépatique, dont les rameaux sont remplis d'un liquide ichoreux et de caillots tubulés; épanchement sanguin dans la cavité péritonéale.

Rosine Wittkowitz, veuve, âgée de 54 ans, entrée le 6 mai et morte le 14 juin 1856, avait éprouvé un an auparavant une fièvre quotidienne qui avait duré quatre semaines; elle n'avait eu aucune autre maladie. L'affection actuelle débuta au mois de mars de cette année; cette femme éprouva d'abord un sentiment de pression à l'épigastre, des nausées, parfois des vomissements, mais sans traces de sang; l'appétit et les forces diminuèrent de manière que la malade dut se mettre au lit il y a quatre semaines.

Il y a quatorze jours, il s'est développé un ictère qui persiste au moment de l'entrée; les évacuations ont une couleur brune, l'urine contient beaucoup de matière colorante biliaire. Le foie dépasse de deux travers de doigt le rebord costal droit; il est dur, mais sa surface est lisse et il est sensible à la pression; la matité reste à peu près circonscrite dans les limites normales. La rate est légèrement tuméfiée, on la sent sous le rebord des côtes. Cœur et poumons sains. Enduit grisâtre sur la langue; appétit complètement nul. — Prescrit: Infusion de rhubarbe avec teinture d'écorce d'oranges et éther acétique.

Les évacuations présentèrent dans la suite une couleur rouge-brun et une consistance argileuse, on n'y trouvait pas de globules sanguins. L'ictère resta stationnaire; la malade maigrit, éprouva dans la région du foie des douleurs intenses que des cataplasmes chauds calmèrent; un épanchement se forma dans le ventre, et plus tard les pieds s'œdématisèrent en même temps que les forces diminuèrent; la saillie dure formée par le bord du foie augmenta lentement, et de petites inégalités se dessinèrent graduellement à l'épigastre.

14 juin. — Mort par épuisement.

Autopsie, 7 heures 1/2 après la mort. — Voûte crânienne lisse, dure-mère fortement ictérique, un peu de sérosité jaunâtre sous l'arachnoïde. Substance cérébrale ferme, contenant peu de sang.

Glande thyroïde pâle; mélanose des glandes bronchiques; voies aériennes d'un

pâle jaunâtre; poumons secs et emphysémateux, œdème considérable dans les lobes inférieurs.

Une petite quantité de sérosité dans le péricarde, caillots mous, endocarde d'un

jaune foncé; léger épaississement des valvules, tissu musculaire sain.

Oesophage pâle; muqueuse de l'estomac jaunâtre; vers la moitié de la grande

courbure, ulcération plate de la grandeur d'un groschen, à fond lisse et à bords

saillés à pic. Matières d'un gris brun dans l'intestin, muqueuse intestinale intacte

partout.

Liquide sanguinolent en quantité modérée dans la cavité abdominale. Le péritoine

présente, au voisinage du foie et dans les plis de Douglas, des caillots étendus, ad-

hérents, de différents âges, et çà et là de petits noyaux cancéreux accompagnés d'une

vive injection. Rate ferme, d'un rouge brun foncé, un peu tuméfiée.

Le foie porte sur ses deux faces des noyaux cancéreux nombreux, du volume

d'une lentille à celui d'une noix, en partie encore recouverts d'une couche de paren-

chyme; aussi paraissent-ils complètement lisses au toucher et ne faisaient-ils que

fort peu de saillie. Le tissu du foie est d'un brun vert sale, mou; sur la coupe on

voit partout des conduits biliaires remplis de pus et présentant par places des dilata-

tions sacciformes; la muqueuse qui les tapisse est le siège de végétations cancé-

reuses. Celles-ci sont en très-grand nombre à l'entrée de la branche gauche du canal

hépatique, où elles forment un obstacle assez grand, pour que les conduits

biliaires du lobe gauche aient subi une dilatation, qui a jusqu'à 4 centim. de circon-

férence; ces conduits sont remplis par un ichor d'un brun sale et des caillots tubu-

lés de la même couleur; leurs parois sont minces et lisses.

Ces végétations cancéreuses s'étendent en suivant les conduits biliaires jusqu'à la

vésicule dont les parois sont infiltrées; celle-ci contient deux calculs de la grosseur

d'une noisette et une matière d'un brun sale, en bouillie, que la pression peut faire

sortir dans le duodénum par le canal cholédoque.

Entre la vésicule et le duodénum on trouve une glande du volume d'un œuf

de ponie infiltrée de matière cancéreuse et unie à ces deux organes. Le canal de

Wirsung est dilaté.

Les reins ont leur volume normal; ils ont une couleur icterique intense, avec des stries d'un brun foncé verdâtre. Leur consistance est normale.

La vessie est vide et pâle.

Utérus un peu volumineux; son parenchyme est décoloré. Ovaries atrophiques.

OBSERVATION XCI. — *Toux persistante, dyspnée, symptômes indiquant l'existence d'une cavité au sommet du poumon droit, foie douloureux, bosselé, mats sans augmentation de volume, tumescence de la rate, ascite, appétit conservé, gardes-robes rares, ponction; mort par épuisement.*

Autopsie. — *Os du crâne épais, dilatation bronchique et induration du sommet du poumon droit; épaississement et ossification partielle de la valvule mitrale. Cicatrices sur le voile du palais et à l'entrée du vagin, induration granuleuse du foie avec des cicatrices syphilitiques et des nodus cancéreux, rate cerumneuse, ulcères de l'estomac guéris.*

Charlotte Pest, femme d'un paveur, âgée de 59 ans, entra le 23 juin, et mourut le 19 septembre 1854.

Cette malade, avec les apparences d'une bonne nutrition et d'un thorax bien conformé, toussa depuis des années; elle n'a jamais craché de sang, elle est seulement devenue par degrés un peu oppressée. Il y a huit ans, elle eut la fièvre intermittente à plusieurs reprises. Depuis plusieurs semaines elle éprouve des douleurs dans l'abdomen et elle y a remarqué du gonflement.

Le côté gauche du thorax se dilate mieux que le droit; celui-ci donne en haut un son tympanique avec une respiration amphorique; à gauche et à la partie inférieure du côté droit, respiration vésiculaire forte; bruits du cœur purs, fréquence des battements normale.

La région du foie est douloureuse; on sent le rebord dur et bosselé de l'organe dépassant l'arc des côtes. Il mesure 17 centim. sur la ligne sternale, 10 sur la verticale du mamelon, 12 sur la ligne axillaire, 7 sur la ligne scapulaire. L'abdomen contient une quantité modérée de liquide; selles difficiles; les matières obtenues après l'administration de l'aloès sont foncées, l'urine est peu abondante, la maîté splénique est un peu étendue; appétit conservé, pas de fièvre.

Pendant tout le cours de la maladie les phénomènes d'auscultation fournis par le poumon droit, restèrent absolument les mêmes; la toux était peu intense, l'expectoration mucoso-purulente. L'action du cœur était parfois irrégulière; l'appétit resta passable et l'aloès procura des évacuations satisfaisantes; l'urine fut toujours peu abondante, foncée et acide.

L'ascite augmenta de manière à gêner la respiration et à forcer de faire la ponction abdominale le 26 juillet; le liquide qu'on obtint était incolore et clair. On sentait à droite sur le foie induré de grosses bosselures douloureuses dont la nature fut jugée cancéreuse.

Les forces tombèrent rapidement malgré les meilleurs soins apportés à l'alimentation; les médicaments furent essentiellement pris dans les toniques, et on employa particulièrement l'extrait de quinquina, auquel on joignit la rhubarbe et l'aloès pour faciliter la défécation. On dut bientôt renoncer aux drastiques employés dans le but d'arrêter le développement de l'ascite, parce que la digestion commençait à en souffrir.

La mort arriva le 19 septembre après une longue agonie.

Autopsie le 20 septembre.

Oedème considérable des extrémités inférieures. Voûte crânienne très-épaisse et compacte, dure-mère très-adhérente aux os; arachnoïde opaque en beaucoup d'en-

droits, infiltration modérée du tissu sous-arachnoïdien; injection dans la pie-mère, vaisseaux un peu flexueux. Substance cérébrale de consistance normale contenant un peu plus de sang qu'à l'état sain.

Glande (thyroïde normale; léger oedème des ligaments aryépiglottiques; muqueuse de la trachée et des bronches fortement injectée.

Deux livres de sérosité claire dans la plèvre gauche, poumons emphysemateux en haut, contenant peu de sang, comprimés en bas. A droite adhérences solides à la partie supérieure; le lobe supérieur contient à sa partie antérieure une cavité qui logerait un œuf de poule et dont les parois sont parcourues par des trabécules; le parenchyme avoisinant est, dans la plus grande partie du pourtour de l'excavation, dur, privé d'air, d'un gris noirâtre, sans tubercules; il contient plusieurs dilatations bronchiques avec une injection intense. Le lobe inférieur présente de l'emphyseme en avant, de l'hypérhémie et de l'oedème en arrière.

Un peu de sérosité dans le péricarde, plusieurs taches opaques sur le ventricule droit. Dilatation de l'oreillette droite, ventricule et valvules à l'état sain, ventricule gauche globuleux, parois fermes, valvule mitrale épaissie, cordages tendineux adhérents et raccourcis en plusieurs endroits, dépôts calcaires à la face inférieure de la languette la plus longue de la valvule.

Oreillette gauche dilatée, remplie de caillots; aorte et valvules aortiques sans alterations.

La cavité abdominale contient une grande quantité de liquide limpide, d'un jaune clair; le péritoine est par places d'un gris ardoisé, légèrement épaissi.

Rate un peu tuméfiée, ridée, sèche, brune, plus ferme qu'à l'état normal (rate lardacée).

Le foie est diminué de volume; on trouve à la surface du lobe gauche des saillies uniformément développées et ayant le volume d'un pois, la séreuse est opaque, le parenchyme compacte, brun, granulé; les bords sont amincis.

Le lobe droit présente des dépressions profondes et un nombre égal de bosselures la plupart blanchâtres; son bord est tranchant et supporte une tumeur grosse au moins comme une noix; la face concave offre une tumeur semblable.

A la coupe, le parenchyme est blanc, extrêmement compacte, présentant la résistance du tissu fibreux à l'instrument tranchant; on ne trouve plus que dans un petit nombre de points du parenchyme hépatique granulé. Par un examen attentif, on voit que le tissu blanchâtre représente un réseau formé de cordons d'un blanc jaunâtre, qui ne sont eux-mêmes que du tissu conjonctif très-dense, et qui circonscrivent des parties légèrement déprimées, d'un blanc mat, où l'on ne trouve le plus souvent que de la graisse en masses amorphes, et ça et là aussi les éléments du cancer. La présence de ces derniers n'est pas douteuse dans les grosses bosselures saillantes dont ils forment la partie essentielle. A la coupe la substance cancéreuse est d'un blanc grisâtre homogène, offre une faible résistance et fournit beaucoup de suc laiteux.

La vésicule biliaire contient une grande quantité de bile liquide d'un brun clair.

Le voile du palais présente deux cicatrices blanchâtres, la muqueuse de l'œsophage est injectée, l'estomac contracté; on voit sur la paroi postérieure plusieurs cicatrices rayonnées qu'on distingue même sur la séreuse. La membrane est par places épaissie, d'un gris ardoisé, et couverte d'un mucus bilieux.

L'intestin est sain, la muqueuse du cœcum est ardoisée, les matières sont d'un jaune clair, argileuses.

Pancréas ferme, petit, granuleux, grisâtre.

Reins un peu atrophies, sans inegalités à la surface, d'une consistance faible, sans infiltrats appreciables. Vessie à l'état normal.
Ovaires atrophies, un polype très-vasculaire dans le fond de l'utérus dont le tissu est sain du reste; cicatrice de chancre à l'orifice du vagin.
Ce cas est remarquable en ce qu'il présente le développement du cancer dans un foie atteint d'induration consécutive à une inflammation syphilitique.

OBSERVATION XXII. — Tumeur douloureuse dans l'hypochondre droit, et plus tard à l'épigastre; troubles digestifs, amaigrissement, symptômes de pleurésie à droite; mort.

Autopsie. — Tumeurs cancéreuses, molles et dures du foie, calculs biliaires, pleurésie purulente, nodus cancéreux dans le poulmon droit.

Christine Siegelkorn, femme de cordonnier, âgée de 57 ans, entra le 17 octobre 1856, et mourut le 1^{er} janvier 1857.

Sa santé avait toujours été bonne; il y a trois mois, elle remarqua pour la première fois un gonflement de l'hypochondre droit; ce gonflement augmenta graduellement et devint douloureux, l'appétit se perdit et les forces diminuèrent.

Lors de l'entrée de la malade, on sent sous le bord droit des côtes une tumeur du volume du poing, dure, inégale, douloureuse au toucher; cette tumeur appartient indubitablement au bord du foie.

L'amaigrissement est considérable, la peau et l'urine ont leur couleur normale. Prescript. : Teinture de quinquina composée.

Une tumeur dure et douloureuse se développe aussi graduellement à l'épigastre. Les fonctions digestives présentent des troubles variés, les forces vont toujours en diminuant, les pieds s'œdématisent.

Le 30 décembre, on observe des phénomènes fébriles accompagnés de douleurs dans le côté droit du thorax, de matité et d'absence du bruit respiratoire dans la même région. La mort survient rapidement le 1^{er} janvier dans un état de collapsus.

Autopsie, le 2 janvier. — Rien d'anormal du côté du cerveau et de ses membranes. Glande thyroïde hypertrophiée.

Voies aériennes pâles; poulmons fortement adhérents; la cavité pleurale droite contient un liquide purulent floconneux, dont le niveau atteint la troisième côte et qui comprime le lobe inférieur du poulmon; celui-ci présente en même temps quelques petits noyaux cancéreux. Le poulmon gauche est légèrement œdémateux.

Les valvules du cœur sont un peu épaissies. Le foie descend à 5 pouces 1/2 au-dessous de la base de l'appendice xiphoïde. Il est intimement uni au diaphragme en haut, aux anses intestinales en bas. Le lobe droit présente un sillon de constric-

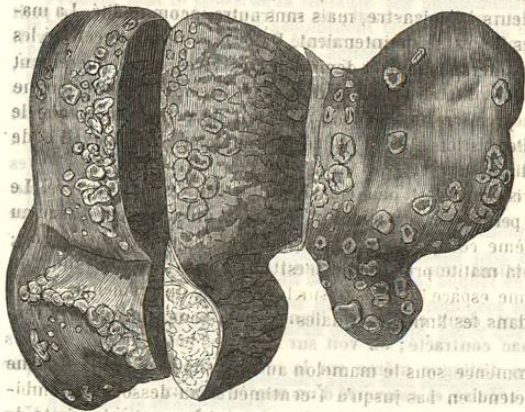


Fig. 61.

en haut, aux anses intestinales en bas. Le lobe droit présente un sillon de constric-

tion profond, et la partie isolée par l'étranglement est plus particulièrement le siège de tumeurs cancéreuses volumineuses et dures.

Le lobe droit a 8 pouces 1/4 en longueur, 6 1/2 en largeur, 3 1/2 en épaisseur. Le gauche 5 1/2 en longueur, 4 en largeur.

Quelques-uns des nodus cancéreux sont très-fermes, et présentent çà et là une teinte jaune, d'autres sont mous et d'une couleur plus claire; on trouve dans le lobe gauche de nombreuses tumeurs plus petites; la vésicule biliaire contient des calculs et un peu de mucus d'un jaune grisâtre. Quelques conduits biliaires sont dilatés et remplis d'une bile claire.

La rate a 3 pouces 1/2 en longueur, 2 pouces en largeur, 11 pouces en épaisseur; elle est pâle, de consistance médiocre; la muqueuse de l'estomac est décolorée; le cœcum présente une injection des gros vaisseaux. L'intestin est sain d'ailleurs.

Le pancréas est petit et flasque.

Les reins contiennent peu de sang, la muqueuse vésicale est pâle; l'utérus est petit, atrophie, il en est de même des ovaires.

OBSERVATION XXIII. — Troubles digestifs persistants, gonflement du foie considérable, mais sans douleurs et sans inegalités à la surface, collapsus rapide, mort.

Autopsie. — Foie volumineux et lourd, tumeurs jaunes et noires nombreuses dans son épaisseur. Quelques nodus dans les glandes rétro-péritonéales, les poulmons et le plevre; cellules de tissu conjonctif constituant essentiellement les tumeurs thrombus d'ancienne date, dans la branche gauche de la veine porte.

Johanna Spaier, veuve d'un ouvrier maçon, âgée de 50 ans, entra à l'hôpital Allerheiligen le 4 octobre 1860. Elle a toujours été bien portante dans sa jeunesse; elle n'a jamais eu de fièvre intermittente ni de syphilis. Elle se maria à 22 ans et mit au monde huit enfants vivants. Les règles cessèrent à 43 ans. Depuis cette époque elle a éprouvé de temps à autre des douleurs dans la région de l'estomac; cependant l'appétit était conservé, il n'y avait pas de vomissements ni de gonflement du ventre. Dans sa 45^e année elle fut traitée à l'hôpital pour un typhus. Elle sortit complètement guérie et put ensuite faire des travaux pénibles; elle continuait seulement à éprouver des douleurs à l'épigastre, mais sans autre incommodité. La malade ne maigrissait pas, ses forces se maintenaient. Dans le courant de cet été les douleurs augmentèrent considérablement et devinrent très-vives, particulièrement dans les efforts; l'appétit se perdit, et il survint de l'amaigrissement. Cette femme dit s'être aperçue pour la première fois, au mois d'août de cette année, que le ventre était dur et gonflé. Depuis lors elle fut obligée de renoncer à son travail et de demander assistance à la clinique.

État actuel. — L'amaigrissement est peu considérable; il n'y a pas d'ictère. Le thorax aplati donne à la percussion, en avant et à droite, un son plein jusqu'au bord supérieur de la sixième côte; à ce niveau commence la matité hépatique; rien d'anormal à gauche; la matité précordiale n'est pas augmentée. Le choc du cœur se sent dans le sixième espace intercostal sur la verticale du mamelon; bruits du cœur purs. En arrière dans les limites normales des poulmons, son plein et respiration vésiculaire.

La matité hépatique commence sous le mamelon au bord supérieur de la sixième côte; la matité absolue s'étend en bas jusqu'à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic. De ce dernier point jusqu'au pubis son obscur, prenant, à la percussion forte, le caractère de son tympanique sourd. Immédiatement au-dessous de l'ombilic la matité hépatique s'étend d'un côté à l'autre, à travers le mésogastre, jusqu'à l'hypochon-

dre gauche.

Le foie descend à 5 pouces 1/2 au-dessous de la base de l'appendice xiphoïde. Il est intimement uni au diaphragme en haut, aux anses intestinales en bas. Le lobe droit présente un sillon de constric-

tion profond, et la partie isolée par l'étranglement est plus particulièrement le siège de tumeurs cancéreuses volumineuses et dures.

Le lobe droit a 8 pouces 1/4 en longueur, 6 1/2 en largeur, 3 1/2 en épaisseur. Le gauche 5 1/2 en longueur, 4 en largeur.

Quelques-uns des nodus cancéreux sont très-fermes, et présentent çà et là une teinte jaune, d'autres sont mous et d'une couleur plus claire; on trouve dans le lobe gauche de nombreuses tumeurs plus petites; la vésicule biliaire contient des calculs et un peu de mucus d'un jaune grisâtre. Quelques conduits biliaires sont dilatés et remplis d'une bile claire.

La rate a 3 pouces 1/2 en longueur, 2 pouces en largeur, 11 pouces en épaisseur; elle est pâle, de consistance médiocre; la muqueuse de l'estomac est décolorée; le cœcum présente une injection des gros vaisseaux. L'intestin est sain d'ailleurs.

Le pancréas est petit et flasque.

Les reins contiennent peu de sang, la muqueuse vésicale est pâle; l'utérus est petit, atrophie, il en est de même des ovaires.

dre gauche. Dans la moitié gauche des régions mésentérique et hypogastrique, son tympanique plein.

A la simple vue la moitié droite de l'abdomen et toute la région épigastrique sont fortement soulevées.

Le toucher fait constater une augmentation de résistance des parois abdominales au-dessous du rebord costal droit.

Cette résistance ne vient pas de la paroi de l'abdomen qui se déplace facilement et n'est pas tendue; mais derrière elle on sent une tumeur ferme, qui s'étend jusqu'à la région hypogastrique et se termine précisément à l'arc du pubis. Cette tumeur remplit entièrement la moitié droite de l'abdomen. Immédiatement au-dessous de l'ombilic on peut suivre avec les doigts cette tumeur à travers le mésogastre jusqu'au bord antérieur de la onzième côte. On distingue dans la tumeur un lobe droit plus volumineux et un lobe gauche plus petit; sa forme et sa situation sont celles d'un foie énormément tuméfié.

La surface de la tumeur est partout lisse; le toucher n'y découvre nulle part d'inégalités; la flaccidité des parois abdominales et la facilité avec laquelle on les déprime permettent de saisir dans la main les deux lobes de la tumeur. Le lobe droit, le plus gros des deux, a des bords obtus, arrondis; les bords du lobe gauche, plus petit, sont au contraire minces et tranchants, comme cela a lieu ordinairement dans le foie lardacé. La tumeur se déplace facilement et descend encore plus bas dans les grandes inspirations. Sa consistance, partout uniforme, est ferme; on n'y sent nulle part de parties molles ou fluctuantes. La pression même la plus forte ne peut y développer de douleur; il n'existe un peu de sensibilité au toucher qu'au-dessous de l'appendice xiphoïde dans l'étendue de la paume de la main.

La matité splénique sur la ligne axillaire s'étend du bord inférieur de la neuvième côte au bord supérieur de la onzième. Entre les limites de la rate et du foie on trouve le son tympanique stomacal. La moitié gauche des régions mésentérique et hypogastriques est souple et n'offre rien d'anormal.

L'utérus examiné par le toucher vaginal à son volume et sa situation naturels; le petit bassin est complètement libre. La position de l'utérus n'est nullement modifiée par les mouvements et la pression exercée de haut en bas sur la tumeur.

La miction est facile, l'urine est d'un brun foncé, nullement albumineuse. Selles rares; appétit perdu, langue couverte d'un enduit grisâtre. Puls à 76; 20 respirations.

L'emploi de la teinture aqueuse de rhubarbe pendant plusieurs jours fit disparaître l'appétit et amena un peu d'amélioration dans l'état de la malade. Elle ne rendait dans les 24 heures qu'une faible quantité (1 livre 1/2) d'une urine foncée, donnant un sédiment abondant, formé en grande partie d'urates, et présentant au microscope des globules isolés de pus. Quelques jours plus tard la malade ressentit dans les reins de violentes douleurs, qui lui arrachaient des cris plaintifs. Pendant ce temps le foie tuméfié restait insensible à la pression, les douleurs allèrent en augmentant et purent à peine être amoindries par la morphine; la défécation les augmentait à un haut degré. Les fèces étaient fermes, colorées par la bile. Les forces s'affaiblèrent rapidement, et la mort arriva dans un état de collapsus général.

Autopsie. — 19 heures après la mort.

L'amalgrissement est médiocre; les membres inférieurs un peu œdématisés, les téguments sont décolorés, sans teinte ictérique.

Les vaisseaux de la dure mère sont gorgés de sang; peu de sérosité dans la cavité arachnoïdienne et dans les ventricules. Substance cérébrale pâle, ferme.

Quelques dilatations veineuses sur la muqueuse œsophagienne; coloration jaune

de la muqueuse du larynx et de la trachée, qui est normale d'ailleurs; pas de gonflement des glandes bronchiques. Les bords des deux poumons sont très-emphysémateux, particulièrement dans le poumon droit; les lobes inférieurs sont imbibés de sérosité. Sur la plèvre pulmonaire du lobe inférieur gauche on trouve une tumeur de la grosseur d'un pois, qu'on peut facilement énucléer sans déchirer la plèvre. Sa consistance est ferme, sa coupe offre une surface d'un blanc grisâtre d'aspect feutré; le microscope y démontre du tissu conjonctif, sans production abondante de cellules. Le lobe inférieur du poumon gauche présente également, disséminées dans l'épaisseur de son parenchyme, des nodosités de la grosseur d'une tête d'épingle, qui se laissent aisément énucléer, et présentent au microscope la même structure que la petite tumeur de la plèvre. Nulle infiltration dans les autres parties des poumons.

Le cœur a 3 pouces 1/2 en longueur, 3 pouces en largeur; sa substance charnue est flasque, les orifices et leurs valvules sont intacts.

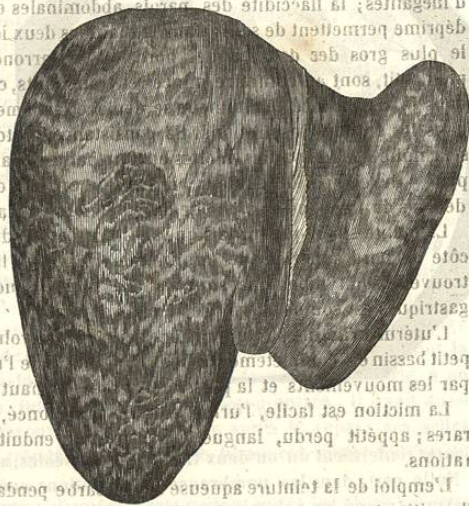
A l'ouverture de l'abdomen on voit le foie énormément développé descendre jusque dans le bassin. Sa surface offre un grand nombre de petites tumeurs noires et jaunes; ces tumeurs ne dépassent cependant pas le niveau des parties voisines de sorte que la glande est complètement lisse. Le foie pèse 13 livres 3/5. Le lobe droit a 14 pouces en hauteur, le gauche 9, le maximum d'épaisseur du lobe droit est de 5 pouces, celui du lobe gauche de 3 pouces; la largeur du lobe droit est de 9 pouces, celle du lobe gauche de 5 pouces.

On voit à la surface lisse de l'organe les nodus noirs et jaunes dont nous avons parlé, leur grosseur varie de celle d'un grain de chanvre à celle d'une dragée; ils sont en partie isolés, en partie réunis en groupes. Le tissu du foie qui sépare ces nombreux dépôts, est d'un jaune clair ou orange et présente des dessins très-déliés qui semblent le diviser en lobules, et des stries rougeâtres, dues à l'augmentation partielle de la vascularisation. Le ligament suspenseur présente un riche réseau veineux.

La vésicule biliaire est vide, les conduits biliaires ne sont nullement comprimés.

Une coupe fraîche montre le parenchyme hépatique modérément imbibé de sang, ayant par places une teinte ictérique; sa consistance est ferme. La surface de section, des tumeurs laisse suinter, par la pression, un liquide trouble, mélangé de sang, ayant, dans celles de ces tumeurs qui sont noirâtres, une teinte d'un brun foncé.

La branche gauche de la veine porte contient un caillot ancien, d'une consistance molle et d'un jaune grisâtre; à ce caillot s'en est réuni un autre de formation récente et d'un violet foncé.



La rate a 3 pouces 1/2 en longueur, 2 pouces 1/2 en largeur, 6 lignes en épaisseur; sa capsule présente une tache laiteuse. Le parenchyme est ferme et contient peu de sang.

La muqueuse de l'estomac est teinte en jaune, injectée par places, on n'y trouve pas d'érosion, celle de l'intestin grêle offre un grand nombre de vaisseaux veineux; les follicules ne sont pas tuméfiés. Le gros intestin contient quelques fèces fermes et colorées par la bile. Le mésentère ne renferme pas de dépôts cancéreux.

Derrière le pancréas, deux glandes rétropéritonéales infiltrées, de la grosseur d'une moitié de noix et d'un blanc grisâtre.

Utérus et ovaires atrophiés, mais sains d'ailleurs. Rien du côté des reins ni de la vessie; pas de caillots dans les veines iliaque et crurale droites.

L'examen microscopique fait découvrir, comme élément essentiel, dans les nodosités jaunes, des cellules de

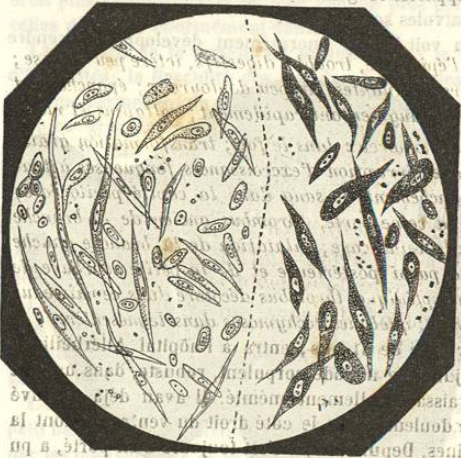


Fig. 63.

tissu conjonctif de formes variées. Quelques-unes seulement se rapprochent de la forme ronde ou ovale, avec un petit noyau de 0^{mm},005 à 0^{mm},0075.

La très-grande majorité ressemblent complètement aux corpuscules effilés du tissu conjonctif de formation toute récente. Ces cellules allongées sont de longueur diverse, une partie est munie de prolongements filamenteux très-longs, et de 0^{mm},005 à 0^{mm},008 de largeur; les plus petites seules sont dépourvues de noyau; les autres ont un noyau ovale, ou deux noyaux arrondis, en train de se séparer, et accolés l'un à l'autre au milieu de la cellule.

Toutes renferment un ou deux très-petits nucléoles, ayant à peine 0^{mm},002 de largeur.

Nulle part, dans les nombreuses préparations que nous avons examinées, nous n'avons trouvé les volumineux noyaux et corpuscules de noyaux des cellules cancéreuses ordinaires. Dans les cellules pigmentées des nodosités noirâtres, la matière colorante noire affectait la forme de petites molécules de la même couleur. En certains points, le tissu avait pris davantage le type du tissu conjonctif parfait, avec ses fibres allongées et ses corpuscules effilés en forme de queue et sans noyaux.

Les cellules du foie sont complètement intactes, un grand nombre sont seulement colorées en jaune clair par de la matière colorante biliaire; quelques cellules isolées contiennent une plus grande quantité de molécules grasses.

Ce cas offre de l'intérêt à plusieurs points de vue. Le produit de nouvelle formation, dont il s'agit, est dans sa structure élémentaire essentiellement différent des formes de cancer décrites jusqu'alors, et il se rattache aux tumeurs celluluses du tissu conjonctif, aux sarcomes. Il a de commun avec les cancers la multiplicité, l'extension aux glandes lymphatiques et aux organes éloignés. Le diagnostic de cette affection du foie présentait de grandes difficultés, parce que les modifications ana-

tomiques extérieures du foie, différaient essentiellement de ce qu'elles sont dans le cancer. La surface de l'organe était restée lisse et égale, sa forme était conservée; les bosselures, l'irrégularité de forme, qui révèlent le cancer, manquaient complètement; on ne trouva non plus jamais la sensibilité caractéristique des tumeurs cancéreuses.

Le gonflement régulier du foie, sa surface lisse, l'absence de douleurs, d'ictère et d'ascite devaient avant tout faire croire à une dégénérescence cœrmineuse, si les circonstances qui précèdent cette affection, ainsi que celles qui l'accompagnent, comme la tuméfaction de la rate et l'albuminurie, n'avaient pas fait défaut.

La dureté uniforme de la tumeur, l'absence de fluctuation et de déformation de la glande ne permettaient pas de songer à un sac d'échinocoques.

Les progrès rapides de la cachexie, en l'absence de tout autre trouble fonctionnel, étaient le motif principal pour rapporter le gonflement du foie à l'affection cancéreuse.

OBSERVATION XCIV. — Sensibilité à l'épigastre, troubles digestifs, ictère peu intense; foie énorme, parsemé de tumeurs fluctuantes, un peu douloureux; épanchement liquide dans la cavité abdominale augmentant rapidement; collapsus et mort.

Autopsie. — Fongus médullaires nombreux dans le foie; transformation graisseuse et ramollissement de l'organe; irruption d'excroissances fongueuses à travers la capsule du foie avec épanchement de sang dans la cavité péritonéale; cancer de la branche gauche de la veine porte, thrombus ancien de la branche droite; compression anguleuse de la veine cave; dilatation de la branche gauche du canal hépatique; cancer de la paroi postérieure et de la petite courbure de l'estomac; compression de la veine splénique; thrombus décoloré dans ce vaisseau; tuméfaction peu prononcée de la rate; quelques ecchymoses dans le mésentère.

Théophile Günther, journalier, âgé de 51 ans, entra à l'hôpital Allerheiligen le 24 mai 1854 et y mourut le 7 juin. Le malade corpulent, robuste, dans un état de nutrition satisfaisant, ne paraissait nullement anémié. Il avait déjà éprouvé en 1850 un ictère accompagné de douleurs dans le côté droit du ventre, et dont la durée avait été de plusieurs semaines. Depuis lors, il s'est toujours bien porté, a pu se livrer à des travaux pénibles, jusqu'à 14 jours avant son entrée. Il avait aussi conservé un bon appétit, et n'éprouvait aucun malaise après le repas; ses selles étaient régulières; il supportait très-bien une ceinture, fortement serrée, autour du ventre.

Depuis 14 jours il éprouve continuellement, mais surtout après les repas, un sentiment de brûlure et de pression à l'épigastre; l'appétit est nul et les selles sont plus rares.

La conjonctive est légèrement ictérique, l'urine peu abondante, contient une petite quantité de matière colorante biliaire, pas d'albumine. Rien d'anormal du côté des poumons et du cœur; pas d'accélération du pouls, pas d'élévation de la température. La langue est couverte d'un enduit jaunâtre, le ventre est tuméfié, la veine épigastrique droite est un peu dilatée; fluctuation dans la partie inférieure de l'abdomen. On sent à l'épigastre une tumeur assez régulière, élastique, arrondie dont le bord inférieur tranchant se trouve immédiatement au-dessus de l'ombilic. La main peut embrasser le bord de la tumeur par en haut, et on sent alors, plus profondément et en remontant, une autre saillie élastique. On peut suivre ce bord à droite et en bas, où l'épanchement abdominal finit par le soustraire au toucher. Au niveau de ce bord, et surtout immédiatement au-dessous de lui, dans la partie moyenne de l'abdomen, la percussion donne un son tympanique plein; les parties