

toria ó mas bien cancerosa que comprimen ú obstruyen los conductos, sea extendiéndose despues de haberse desarrollado en los órganos vecinos, sea tomando origen en las mismas vias biliarías. Cossy ha visto en Beaujon, en la clínica de Louis, un cáncer desarrollado en el conducto colédoco; damos en la figura 47 el diseño de un tumor lobulado, del volúmen de una nuez, saliendo al duodeno á través del orificio del conducto colédoco (1).

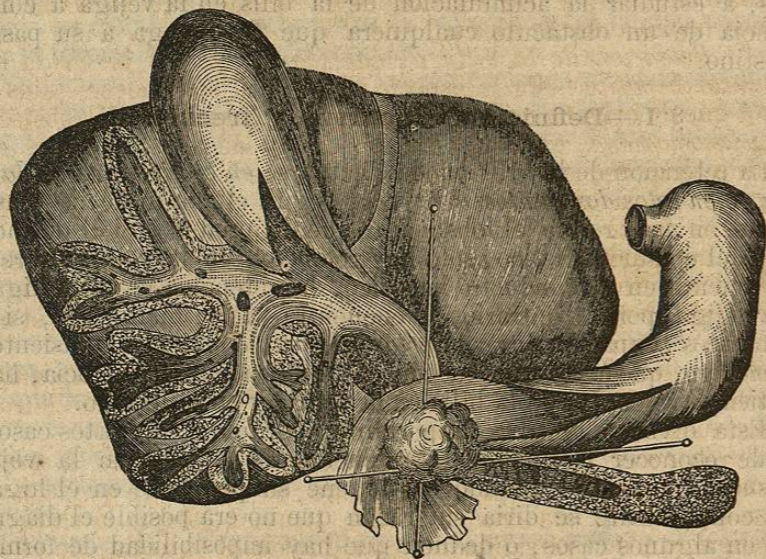


Figura 47.—Cáncer del duodeno. Dilatacion de las vias biliarías y del conducto de Wirsung. (Frerichs, figuras 45 y 139.)

Se ha creido tambien que podia dar origen á la retencion de la bilis la *contraccion espasmódica de los conductos*, causando la oclusion de las vias biliarías, y lo que ha hecho admitir esta opinion ha sido el ver aparecer la ictericia y á veces acumularse la bilis en la vejiga á consecuencia de una emocion fuerte; pero esta es una cuestion de que volveremos á ocuparnos cuando hagamos la descripcion de la *ictericia simple ó espasmódica*.

Queda ahora una causa cuya existencia no es tan generalmente admitida: hablo de la *invaginacion del conducto colédoco*. Mec Kreen, á quien citan los autores del *Compendio*, dice que ha visto un caso de rotura de la vejiga que no habia tenido mas causa que esta invaginacion.

(1) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des biliaires*, 2.^a édition. Paris, 1866, p. 144.

En cuanto á la retencion de la bilis, efecto simplemente de *espesarse este liquido*, no es posible admitirla, porque Portal, que ha sido el único que la ha indicado, no citó ningun hecho concluyente en favor de la existencia de esta causa.

§ III.—Síntomas.

Los síntomas son muy distintos segun que el obstáculo ocupa tal ó cual conducto, y así conviene que sigamos aquí la division que hemos hecho antes de ahora.

1.^o *Retencion de la bilis á consecuencia de un obstáculo en el conducto hepático*.—Es la especie mas dificil de conocer, y los signos á que da origen, cualquiera que sea la naturaleza del obstáculo, son: *incomodidad*, un *peso* y á veces un verdadero *dolor* en el hipocostrio derecho; en algunos casos se puede notar tambien por la *palpacion* y la *percusion* un *aumento de volúmen* del órgano sin *cambio de forma*, á no ser que haya complicacion. Además se presenta una *ictericia intensa* y diversos *trastornos del conducto digestivo*, siendo los principales el *vómito bilioso*, el *estreñimiento* y la *descoloracion de las heces*. La *orina* adquiere al mismo tiempo el color amarillo rubicundo que tiene en los casos de ictericia.

Si la oclusion del conducto hepático depende de la *introduccion de un cálculo biliar*, se observan además los *accesos de cólico hepático* que hemos descrito antes de ahora.

2.^o *Retencion de la bilis á consecuencia de la estrechez ú oclusion del conducto cístico*.—Esta forma es rara, en atencion á que la misma causa que estorba la salida de la bilis, tambien estorba la entrada en la vejiga, y á que la salida de este liquido al intestino no está interrumpida. La retencion de una cierta cantidad de bilis en la vejiga, no se señala en este caso por ningun síntoma. Sin embargo, segun Frerichs, cuando el cuello de la vejiga está obliterado por un cálculo, es posible que este cuerpo haga el papel de una válvula que permite la entrada de la bilis, pero impide la salida. En estas condiciones la vejiga alcanza un desarrollo enorme, y el tumor puede notarse.

3.^o *Retencion de la bilis á consecuencia de un obstáculo en el conducto colédoco*.—Este es el caso mas frecuente y en que se hallan reunidos el mayor número de síntomas, pues no solo encontramos los que pertenecen á la *oclusion del conducto hepático*, es decir, el *peso*, la *incomodidad* en la region del hígado y la *ictericia intensa con todas sus consecuencias*, sino tambien los síntomas que produce la *distension de la vejiga*.

Distension de la vejiga.—Despues de los *accidentes de cólico hepático*, en los casos en que la oclusion de las vias biliarías depende ó de la *introduccion de un cálculo* ó de la *entrada de una lombriz* en el conducto colédoco, ó bien á consecuencia de *síntomas de una du-*

racion mas ó menos larga, cuando el obstáculo está formado por un tumor, una brida ó por la inflamacion adhesiva, y á veces hasta *sin ningun fenómeno* que haya llamado particularmente la atencion, se ve aparecer por debajo de las costillas falsas ó mas inferiormente, segun que el hígado es ó no voluminoso, un tumor á veces muy considerable y que presenta los caracteres siguientes:

La piel no ha cambiado de color y está floja, movible, no edematosa, en una palabra, ha conservado su estado normal. El tumor es redondeado y no presenta dureza en las inmediaciones, se percibe la fluctuacion en toda su circunferencia, y en algunos casos, de los que se han citado varios ejemplos, *comprimiendo* con lentitud y durante cierto tiempo la parte mas prominente, se puede disminuir su volumen y *hacer pasar la bilis al intestino*, que es lo que sucedia en un caso que cita J. L. Petit. Al mismo tiempo, si hay muchos cálculos en la vejiga, se puede reconocer su existencia produciendo el *ruido de colision*.

En estos casos la *percusion* ayuda de un modo eficaz la formacion del diagnóstico, pues por ella se reconoce fácilmente el *sonido á macizo* dependiente de la tumefaccion de la vejiga biliaria, y se circunscribe este sonido de modo que se distinga la figura y dimension del órgano afectado, lo cual hace que no quede ya ninguna duda en los casos de simple retencion de la bilis. Estas maniobras pueden causar un dolor bastante fuerte; pero las mas veces no hay dolor ó es casi nulo, y aun cuando exista no es tan considerable como en los casos de *absceso de la vejiga*.

Acabamos de indicar los casos en que sucede todo del modo mas sencillo; pero algunas veces, y á consecuencia de la distension estremada de la vejiga biliaria, los signos son muy diferentes. Por de pronto el tumor puede presentarse en un *sitio* muy distante del que ocupa la vejiga en el estado normal, y así en el caso que ha recogido el doctor Cossy, el tumor formado por este receptáculo distendido empezaba casi al nivel de la extremidad anterior de la décima costilla y bajaba verticalmente hasta el borde del hueso iliaco; además este tumor estaba duro, no presentaba fluctuacion, y finalmente, era muy intenso el dolor á la presion.

Lo que todavía hace mas difícil el distinguir los síntomas de la retencion de la bilis, son las *complicaciones frecuentes*, principalmente las que ofrece el hígado, pues pueden coincidir con esta retencion la mayor parte de las enfermedades de este órgano.

En fin, pueden verse aparecer los signos de la rotura por la excesiva distension de la vejiga, ó los de la fiebre héctica debida á la ulceracion y á la supuracion de sus paredes, como lo ha observado W. Pepper, segun Frerichs (1).

(1) W. Pepper, *American Journal*, 1857.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

La retencion de la bilis es *permanente* ó pasajera. Cuando su permanencia es debida á la obliteracion del conducto cístico, la bilis se descompone en la vejiga; esta continúa distendiéndose y pasa al estado que describiremos con el nombre de *hidropesia de la vejiga*; si la retencion es debida á otra causa, acaban por manifestarse las complicaciones, y la enfermedad termina por accidentes graves, y aun por la muerte. Pero mas de ordinario, el líquido sigue su curso normal hácia el intestino, y los síntomas desaparecen sin dejar señales; esta feliz terminacion se presenta despues de una *duracion* variable, y puede ser debida á los solos esfuerzos de la naturaleza; habiéndose desprendido el tapon, cualquiera que sea, y pasado al intestino, entonces generalmente se presentan evacuaciones en las cuales puede hallarse el obstáculo, y las heces vuelven á tomar bien pronto su coloracion normal. Otras veces los enfermos no se curan sin recurrir á los medios de que el arte dispone. En ningun caso están al abrigo de las *recidivas*; la observacion citada mas arriba de J. L. Petit es un ejemplo manifiesto.

§ V.—Lesiones anatómicas.

No solamente la vejiga, sino tambien los conductos biliares, pueden hallarse sumamente dilatados por encima del obstáculo. Así se ha visto que el conducto colédoco adquiere el calibre de un intestino delgado, que los conductos hepáticos se ponen tan gruesos como las ramificaciones de la vena porta (Cruveilhier), y por último llegan todos los conductos biliares á ser bastante voluminosos para distender el epigastrio y el hipocondrio derecho, (Todd citado por Littre).

Hemos dado ya ejemplos de dilatacion de los conductos biliares (figuras 42 y 43). Frerichs ha dado el diseño de una pieza anatómica conservada en el museo de Breslau, y que reproducimos (figura 48): es una dilatacion enorme de los conductos cístico y colédoco por obliteracion del orificio duodenal de este último. El reservorio (a) formado por esta dilatacion mide 20 centímetros de largo por 12



Figura 48.—Ectasia enorme del conducto colédoco.—a. Conducto colédoco dilatado.—bb. Duodeno. (Frerichs, fig. 136, p. 775.)

VALLEIX.—TOMO IV.

de ancho, comunica con la vejiga por un orificio de mas de 3 centímetros, y se termina en forma de saco en el duodeno (b) (1).

Troffelmann (2) habla de un conducto colédoco lleno de cálculos, y que tenia el tamaño de un estómago. Cuando el conducto colédoco está obliterado, la vejiga participa de la dilatacion general de las vias biliaris. Su volúmen puede llegar al de una cabeza de niño; Van Swieten recogió un kilógramo de bilis espesa de una vejiga dilatada. Bouisson (3) halló, con la dilatacion, apéndices en forma de saco constituidos solamente por la membrana externa.

Las paredes de la vejiga y de los conductos dilatados adquieren un grueso considerable, debido principalmente á la hipertrofia de la membrana media, en la que se notan fibras bien perceptibles, y esto es lo que explica su resistencia y lo poco frecuente que es su rotura: sin embargo, puede tener lugar este accidente solo por la distension, de lo cual se encuentra un ejemplo en las observaciones del profesor Andral: en semejante caso se ha efectuado la dilatacion de un modo rápido. Lo mas comun es que la inflamacion crónica de las paredes y su ulceracion favorezca la rotura, y entonces se encuentran cálculos, por lo comun en gran número, que han causado estas lesiones. De este modo se concibe cómo los conductos biliares han podido dar paso á cálculos sumamente grandes.

Me parece innecesario insistir mas tiempo en estos hechos, y me limito á añadir que la *rotura de la vejiga*, cuando se derrama la bilis en el peritoneo, que es lo que sucede mas comunmente, da origen á las lesiones de la peritonitis sobreaguda.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Hay que investigar dos cosas, como ya hemos dicho: 1.^a *distinguir la retencion de la bilis de las demás enfermedades* con que pudiera confundirse, y 2.^a *reconocer la causa* que ha ocasionado esta retencion. Vamos á examinar sucesivamente estos dos puntos.

1.^o Entre las afecciones con que puede confundirse la retencion de la bilis, hallamos en primer lugar los *abscesos de la vejiga*, y como ya hemos tratado detenidamente de este diagnóstico, bastará que le reproduzcamos en el cuadro sinóptico.

Abscesos del hígado.—La situacion de un tumor fluctuante en el borde inferior del hígado no es un motivo suficiente para creer que se trata de una vejiga dilatada. Lo que la distingue, segun Rayer, es el aumento rápido de la tumefaccion exterior en el hipocondrio derecho, el hallarse esta circunscrita, la fluctuacion manifiesta en toda su extension, y la blandura y movilidad de los tegumentos que

(1) Frerichs, *loc. cit.*, p. 775.

(2) Voigtel, *Handbuch der pathol. Anatomie*, t. III, p. 136.

(3) Bouisson, *De la bile*. Montpellier, 1843.

la cubren, los cuales no se ponen edematosos hasta que hay supuracion, pero sin dureza ni aumento de volúmen en la circunferencia del tumor. El absceso del hígado es consecuencia de una inflamacion, su forma se manifiesta con lentitud, el tumor que produce no es circunscrito, se estiende á las partes inmediatas y pone edematosos los tegumentos: la fluctuacion del pus es tardía, difícil de apreciar, al principio aparente tan solo en el centro del tumor, y despues se estiende á la circunferencia segun que va aumentando la coleccion purulenta, permaneciendo aquella dura y tumefacta, cualquiera que sea el grado de la supuracion.

Hé aquí, apropósito de esto, las reflexiones con que acompaña el doctor Cossy el caso que ya dejamos referido. «Relativamente al diagnóstico, dice este autor, haremos notar que á pesar de la reunion de los síntomas mas constantes de la retencion de la bilis, es decir, de la ictericia, descoloracion de las materias fecales, y sobre todo del tumor redondeado formado por la vejiga de la hiel distendida, distaba mucho de ser tan fácil el diagnóstico como se pudiera creer á primera vista. En efecto, era preciso asegurarse de que el tumor que se percibia desde la última costilla hasta al nivel de la cresta iliaca derecha estaba realmente formado por la vejiga biliaria distendida, y no por una coleccion purulenta del hígado, un quiste ó un desarrollo anormal del lóbulo derecho y de este órgano. Mas esta distincion no ha podido hacerse completamente, porque por una parte la vejiga, sumamente voluminosa, ocupaba un punto en que no era fácil suponer su existencia, y por otra su tension era tan considerable que ofrecia al tacto la sensacion de un cuerpo sólido.»

Trousseau (1) trae un caso extremadamente notable bajo el doble punto de vista de los síntomas y de la anatomía patológica: con los síntomas racionales de la retencion de la bilis, se habia podido, durante la vida, tomar por una vejiga dilatada un lóbulo irregular del hígado que la autopsia hizo notar. La verdadera vejiga, bastante voluminosa, contenia cálculos, y comunicaba con un reservorio comun de todos los conductos biliares, en forma de vasta ampolla, que se la reconoció por estar enormemente dilatado el conducto hepático. El colédoco estaba obliterado, y la bilis pasaba de tiempo en tiempo al intestino por una fistula practicada á través de las adherencias vésico-duodenales.

Además es cosa reconocida que la vejiga cambia de situacion en las dislocaciones del hígado, y en otras circunstancias imposibles de prever.

2.^o Si ahora queremos indagar á *qué causas* se debe atribuir la retencion de la bilis, tendremos que los *accesos de cólico hepático* sirven para dar á conocer que la enfermedad depende de la introduc-

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2.^a édition, t. III, p. 233.

cion de un *calculo biliar*, y que se disiparán todas las dudas cuando hayan sido espulsadas una ó mas de estas concreciones entre los escrementos. Si con estos accesos se observa la ictericia y sus consecuencias *sin distension de la vejiga*, se podrá creer que el obstáculo ocupa el conducto hepático, y si, por el contrario, se halla distendida la vejiga *sin que haya ictericia*, nos inclinaremos á admitir la existencia de un obstáculo en el conducto cístico. Por último, *si coinciden* la distension de la vejiga y la ictericia, darán á conocer que reside la oclusion en el conducto colédoco.

La aparicion lenta de la dilatacion de la vejiga, de la ictericia y de los demás síntomas de que acabamos de ocuparnos, hará sospechar que se ha formado paulatinamente el obstáculo, y que por consiguiente es el resultado de la *oclusion* producida por la flegmasia que resulta de la compresion que ejercen los tumores inmediatos, ó del desarrollo de un tumor, bien sea en el duodeno, bien en el conducto colédoco. La existencia de un cáncer en el hígado ó en el estómago nos inclinará á admitir que el tumor es de *naturaleza cancerosa*. Si la retencion de la bilis depende de la entrada de una *lombriz* en el conducto colédoco, como en el caso citado por Lieutaud, seria imposible llegar á formar diagnóstico de la causa, y cuando mas podríamos sospecharla si saliere cierto número de estas lombrices mezcladas con los escrementos ó con el vómito.

CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

1.º *Signos distintivos de la retencion de la bilis y de los abscesos de la vejiga biliaria* (Diagnóstico establecido por J. L. Petit).

RETENCION DE LA BÍLIS.

Dolor *menos intenso* y que *no es pulsativo*.
Que *desaparece pronto* y sin malestar consecutivo (signo dudoso).
Fluctuacion que *se manifiesta pronto* y ocupa todo el tumor.

No hay dureza, ni pastosidad.

Es *mas raro* que haya escalofrios irregulares, y son *mas cortos*.

ABSCEOS DE LA VEJIGA BILIARIA.

Dolor *mas intenso*, de mayor duracion y *pulsativo*.
Que *va disminuyendo poco á poco*, y deja en pos de si un malestar.
Tarda *mas en presentarse* la fluctuacion, y *empieza por el punto mas prominente*.
Dureza en la *circunferencia*, y pastosidad.
Escalofrios irregulares, *mas constantes, mas largos*. seguidos de calor y *mador*.

2.º *Signos distintivos de la retencion de la bilis y de los abscesos del hígado.*

RETENCION DE LA BÍLIS CON DISTENSION DE LA VEJIGA.

Aumento *rápido* de la tumefaccion del hipocondrio.

ABSCEOS DEL HÍGADO.

La tumefaccion *aumenta con lentitud*.

Tumor *circunscrito*.

Fluctuacion *manifiesta en toda la estension del tumor*.

Blandura y movilidad de los tegumentos.

No hay *dureza ni tumefaccion* en la circunferencia del tumor.

Tumor *mal circunscrito*.

Fluctuacion *tardía, difícil de apreciar, y al principio aparente solo en el centro*.

Tegumentos *pastosos y edematosos*.

Dureza y tumefaccion en la circunferencia.

Pronóstico.—El pronóstico es grave en los casos de obstáculo permanente, en atencion á la inminencia de ruptura determinada por la exageracion de la distension de la vejiga. En los otros casos está en relacion con la naturaleza del obstáculo, y está sometido á los azares de la movilidad, reproduccion ó evacuacion de los cuerpos extraños, que obstruyen momentáneamente los conductos. Sin embargo, aun con los obstáculos el peligro puede desaparecer por una dilatacion general de las vias biliares, ó por la creacion de vias artificiales de evacuacion de la bilis.

§ VII.—Tratamiento.

Se ha propuesto *favorecer el paso de la bilis al intestino por medio de presiones* hechas con lentitud y de un modo continuo sobre la region de la vejiga, y hasta en algunos casos raros en que no hay una oclusion completa, este medio puede servir, no para curar al enfermo, pero sí para aliviarle cuando la distension ocasiona una grande incomodidad en el hipocondrio derecho. Ya hemos dicho que en un caso que refiere J. L. Petit, el mismo enfermo habia dado con este medio de hacer cesar la tension de la vejiga; pero conviene guardarse de emplearle cuando sobreviene un obstáculo repentino indicado por el dolor y la distension rápida de la vejiga biliaria, ó á lo menos deberia hacerse con mucha suavidad, porque ya sabemos que puede suceder en estos casos que se rompa la vejiga y evidentemente estas maniobras podian favorecer esta rotura.

Hemos hablado de la *puncion de la vejiga*, de su *abertura con el bisturí*, y en una palabra, de las *operaciones* propias para evacuar la bilis, que no habrá necesidad de detenernos mucho tiempo en este asunto, y solo diremos que en los casos en que la distension es enorme y cuando los accidentes son sumamente graves, se podrá recurrir á la *puncion con un trocar muy fino*, es decir, cuya cánula no tenga mas que un milímetro ($\frac{1}{2}$ línea de diámetro), porque se ha observado que con esta precaucion no ha ocurrido ningun accidente. Entonces se deberia dejar colocada la cánula de modo que determinase la formacion de adherencias entre el peritoneo de la vejiga y el de las paredes abdominales. Convendria igualmente no vaciar del todo el receptáculo distendido, y hasta seria prudente sacar muy poco líquido (solo la cantidad suficiente para hacer cesar la distension es-

cesiva), porque si se cambiasen de pronto las relaciones de la vejiga con la pared abdominal, era muy espuesto ocasionar un derrame de bilis y una peritonitis mortal.

Tambien se puede intentar la abertura de la vejiga por los *procedimientos de que se hace uso para abrir los abscesos y las hidátides del hígado* (procedimiento de Recamier, Begin, Jobert, Chelius).

Quedan ahora los *medios propios para favorecer la salida de la bilis*. Se ha recurrido principalmente á los *purgantes* poco enérgicos (*aceite de ricino, sales neutras, etc.*). Los *narcóticos* y *antiespasmódicos* no son mas que paliativos que sirven para calmar la irritacion mas ó menos violenta que ha ocasionado la distension de la vias biliares.

ARTÍCULO IV.

HIDROPESÍA DE LA VEJIGA DE LA BÍLIS.

§ I.—Causas y anatomía patológica.

Cuando existe un obstáculo insuperable á la salida de la bilis fuera de la vejiga, por ejemplo, en los casos de obliteracion del conducto cístico ó del cuello de la vejiga la bilis encerrada en este reservorio se descompone, no es reemplazada y se reabsorbe en parte; pero las paredes del órgano continúan segregando, y se acumula en su cavidad un líquido que conserva muy poco ó nada de los caracteres de la bilis: es la hidropesía de la vejiga de la hiel, que no debe confundirse con el edema de las paredes de la vejiga, observado dos veces por Louis (1).

Esta secrecion es unas veces mucosa y semejante á la de la sinovia, otras veces es serosa, segun que proviene de las glándulas mucosas de las paredes de la bolsa distendidas, ó que es producida por la membrana interna, trasformada en parte en serosa por consecuencia de esta distension (2). El líquido es unas veces límpido é incoloro, segun Louis, otras parecido á la clara de huevo ó á la orina; es muy amargo, y se coagula por la accion del calor y de los ácidos. Bernard (3), Glisson (4), Graaf (5), W. Pepper (6) y Frerichs (7) han notado las mismas propiedades y algunos otros detalles.

(1) Louis, *Recherches sur la phthisie*, 2.^a édition. Paris, 1843, p. 123.

(2) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*, traduit de l'allemand par Duménil et Pellagot, 2.^a edit. Paris, 1866, p. 779, et 780.

(3) Bernard, *Spec. inaugur. sistens quest. medic. argum*, Lugduni Batavorum, 1796.

(4) Glisson, *Anat. hépat.*, cap. XXXIX.

(5) De Graaf, *Tractatus anatomico-medicus de succo pancreatico*, cap. VIII.

(6) Pepper, *American Journ. of med. scienc.*, 1857.

(7) Frerichs, *loc. cit.*

§ II.—Síntomas.

La distension de la vejiga, gracias á la lentitud con que se produce, tiene por consecuencia el desarrollo de un tumor frecuentemente muy considerable. Walther, citado por Littré, dice haber visto el tumor descendiendo hasta el hipogastrio. Su aumento gradual hace así mismo que no sea doloroso: en un momento dado, la presion interior llega al punto de impedir la secrecion y el tumor queda estacionario. Mas tarde puede aun disminuir. Frerichs trae la observacion de un enfermo que apenas estaba mortificado, en su estado habitual por un tumor de la vejiga que pasaba mas de 6 centímetros del borde inferior del hígado.

§ III.—Diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico.—Es evidente que siendo el modo de formacion de la hidropesía de la vejiga el mismo que el de la retencion biliaria, es imposible diagnosticar la una mas bien que la otra, á menos que se atienda á las dimensiones del tumor de la vejiga, cuando estas se han hecho considerables.

Pronóstico.—Puede hacerse grave por las complicaciones de inflamacion ó de ruptura á que esta afeccion expone, menos, sin embargo, que la retencion de la bilis.

§ IV.—Tratamiento.

Es el mismo que el de los accidentes de retencion biliaria.

ARTÍCULO V.

CÁNCER DE LA VEJIGA Y DE LOS CONDUCTOS BILIARIOS.

El cáncer primitivo del aparato excretor del hígado es bastante raro. Durand Fardel (1) ha publicado hace pocos años algunas investigaciones acerca de este punto, de las cuales conviene dar aquí una idea.

Frerichs (2) utiliza en su libro los trabajos de muchos autores sobre el mismo punto, y se hallan en las colecciones periódicas algunas observaciones que establecen la realidad de las afecciones cancerosas primitivas de la vejiga y de los conductos biliares; citaremos las de Icery (3) y las de Bourreau (4).

(1) Durand-Fardel, *Archives générales de médecine*, Junio 1840, et *Traité clinique et pratique des maladies des vieillards*. Paris, 1854.

(2) Frerichs, 2.^a édition, p. 784.—Véase Valleix, t. IV, p. 243, la figure représentant un cancer du canal cholédoque.

(3) Icery, *Bulletins de la Société anatomique*, 1853.

(4) Mahieux, *Bulletins de la Société anatomique*, 1853.