

Dyspnée très-intense, expectoration muqueuse peu abondante, pouls à 100, petit.

Prescription : 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. — Voûte du crâne un peu épaisse, dure-mère adhérente: caillots fermes dans le sinus longitudinal, substance cérébrale modérément injectée, normale du reste.

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 côlon transverse par son bord inférieur. Il dépasse la base de l'appendice xyphoïde 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 présentent 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 granulée 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 LXXXIV. — *Dyspepsie, ictère, amaigrissement; gonflement douloureux du foie avec des inégalités à la surface; diarrhée, épuisement, mort.* — *Autopsie* : Teinte ictérique de la dure-mère, des voies biliaires, de l'endocarde, des reins. Foie parsemé de nodus cancéreux gorgés de sang, en partie flétris et réticulés. Rétrécissement de la veine porte et du canal hépatique par des brides celluluses; exsudats fibrineux sur la muqueuse de l'iléum et du rectum. — Elisabeth 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 ictère, qui actuellement a atteint un haut degré d'intensité. Les forces sont tombées et, le dévoiement étant survenu dans ces derniers 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 peu petites et sensibles. — *Prescript.* : Teinture de noix vomique, vin rouge, bouillon, etc.

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 litres de sérosité jaunâtre, sanguinolente.

La muqueuse de l'estomac est légèrement boursoufflée, hyperhémie par places.

Du côté du duodenum les conduits pancréatique et cholédoque sont perméables. L'intestin grêle est fortement hyperhémie; 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'exsudats 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 celui d'une pièce de un franc et dont l'intérieur présente un aspect réticulé, dû à un mélange d'hyperhémie 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 duodenum, à l'arc du colon, 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 LXXXV. — *Fièvre intermittente pendant quatre semaines, troubles digestifs, nausées, vomissements, ictère sans décoloration des fèces, 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 carcinomateuse 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 11 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. — Prescript. : Infusion de rhubarbe avec teinture d'écorces 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

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

Une petite quantité de sérosité dans le péricarde, caillots mous, endocard 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 taillés 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, adhérents, 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 parenchyme; aussi paraissaient-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 dilatations sacciformes; la muqueuse qui les tapisse est le siège de végétations cancéreuses. 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 cent. de circonférence; ces conduits sont remplis par un ichor d'un brun sale et des caillots tubulés 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 d'une matière d'un brun sale, en bouillie, que la pression peut faire sortir dans le duodenum par le canal cholédoque.

Entre la vésicule et le duodenum on trouve une glande du volume d'un œuf de poule, 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 ictérique 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. Ovaires atrophies.

OBSERVATION LXXXVI. — *Toux persistante, dyspnée, symptômes indiquant*

l'existence d'une caverne au sommet du poumon droit, foie douloureux, bosselé, mais sans augmentation de volume, tuméfaction de la rate, ascite; appétit conservé, garde-robes rares; ponction; mort par épuisement. — Autopsie : Os du crâne épais, dilatation bronchique et induration du sommet du poumon droit; épaissement et ossification partielle de la valvule mitrale. Cicatrices sur le voile du palais et à l'entrée du vagin, induration granulée du foie avec des cicatrices syphilitiques et des nodus cancéreux; rate cirreuse, 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 degré 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 ton 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 le bord des côtes. Il mesure 17 cent. 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 par l'administration de l'aloès sont foncées, l'urine est peu abondante; la matité 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'endroits, 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'emphysème en avant, de l'hyperhémie 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 épaisse, 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 altérations.

La cavité abdominale contient une grande quantité de liquide limpide, d'un jaune clair; le péritoine est par place 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 çà 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 sé-

reuse. La membrane est par place 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 inégalités à la surface, d'une consistance faible, sans infiltrats appréciables. 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 LXXXVII. — *Tumeur douloureuse dans l'hypochondre droit, et plus tard à l'épigastre; troubles digestifs, amaigrissement, symptômes de pleurésie droite; mort.* — Autopsie: *Tumeurs cancéreuses molles et dures du foie, calculs biliaires, pleurésie purulente, nodus cancéreux dans le poumon droit.* Christine Siegelkorn, femme de cordonnier, âgée de 57 ans, entra à l'hôpital le 17 octobre 1836, et mourut le 1^{er} janvier 1837.

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; poumons 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 poumon; celui-ci présente en même temps quelques petits noyaux cancéreux. Le poumon 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 constriction 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.

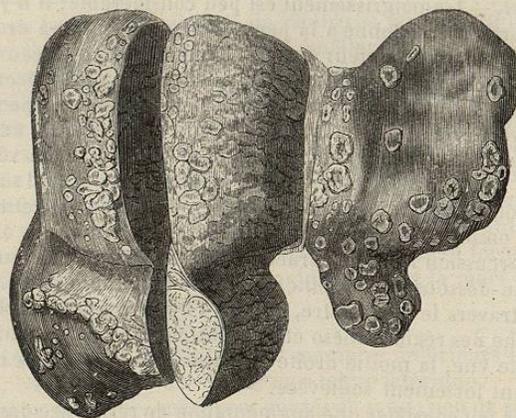


Fig. 123. — Foie divisé en deux portions par un étranglement, et farci de nombreux nodus cancéreux.

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 LXXXVIII. — *Troubles digestifs persistants, gonflement du foie considérable, mais sans douleurs et sans inégalité à la surface; collapsus rapide; mort.* — Autopsie: *Foie volumineux et lourd; tumeurs jaunes et noirâtres, nombreuses dans son épaisseur. Quelques nodus dans les glandes rétro-péritonéales, les poumons et la plèvre; cellules de tissu conjonctif constituant essentiellement les tumeurs; thrombus d'ancienne date dans la branche gauche de la veine porte.* — Johanna Spanier, 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 aug-

mentèrent 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 l'assistance à la clinique.

Etat 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 poumons, 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 du 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'hypochondre gauche. Dans la moitié gauche des régions méso 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'inégalité; 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 petits, 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 méso et hypogastriques est souple et n'offre rien d'anormal.

L'utérus, examiné par le toucher vaginal, a son volume et sa situation

naturels; le petit bassin est complètement libre. La position de l'utérus n'est nullement modifiée par les mouvements ni par 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. Pouls à 76; 20 respirations.

L'emploi de la teinture aqueuse de rhubarbe pendant plusieurs jours fit reparaitre l'appétit et amena un peu d'amélioration dans l'état de la malade. Elle ne rendait, dans les vingt-quatre 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 feces 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'amaigrissement est médiocre; les membres inférieurs sont un peu œdématisés, les téguments 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-empysémateux, 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

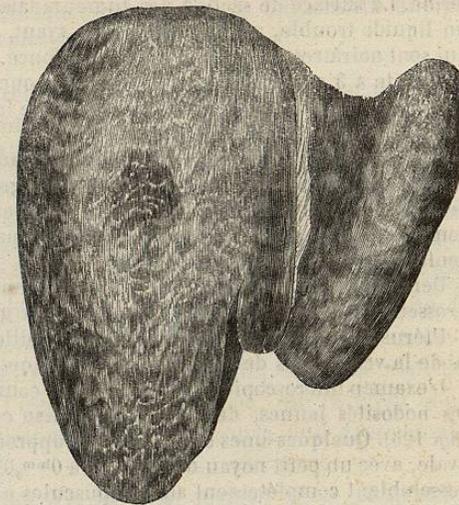


Fig. 124. — Sarcome mélané du foie; la surface externe est demeurée lisse.

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 complétement 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 place 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 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 tissu conjonctif de formes variées (fig. 125). Quelques-unes seulement se rapprochent de la forme ronde ou ovale, avec un petit noyau de 0^{mm},003 à 0^{mm},075. La très-grande majorité ressemblent complétement aux corpuscules effilés du tissu conjonctif de formation toute récente. Ces cellules allongées sont de longueurs diverses: une partie est munie de prolongements filamenteux très-longs, et de 0^{mm},003 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 complétement 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.

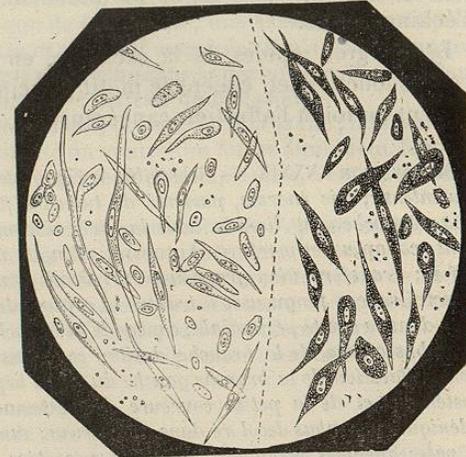


Fig. 125. — Cellules du sarcome mélané; quelques-unes sont pigmentées.

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 celluleuses 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 anatomiques 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 complétement; 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 cirreuse, si les circonstances qui précèdent cette affection, ainsi que celles qui l'accompagnent, comme