

teints d'affections chroniques du poumon; chez eux, ce n'était pas seulement la muqueuse, c'était en même temps la tunique charnue qui était notablement atrophiée.

Les ulcérations de la muqueuse gastrique sont beaucoup plus rares que celles de la muqueuse de la fin de l'intestin grêle et du gros intestin. Toutefois, sous le rapport de la fréquence de ces ulcérations, une différence doit être établie entre la gastrite aiguë et la gastrite chronique. Dans la première, à moins qu'elle ne soit le résultat de l'introduction de poisons corrosifs dans l'estomac, l'ulcération est un phénomène infiniment rare. Au contraire, dans le cas de phlegmasie chronique de l'estomac, on rencontre assez fréquemment la muqueuse gastrique ulcérée; alors cette ulcération est le plus souvent unique, et d'un diamètre plus ou moins considérable. Autour d'elle, la membrane muqueuse peut être saine ou malade; il en est de même de la membrane celluleuse qui en constitue le fond. Lorsque celui-ci est formé par le tissu cellulaire considérablement induré, et lorsqu'en même temps la portion de muqueuse qui existe au pourtour de l'ulcération est épaissie, boursouflée, comme fongueuse, et parcourue par de nombreux vaisseaux; lorsque sur le fond même existent, sous forme de végétation, des débris plus ou moins étendus de la membrane muqueuse enflammée, plusieurs médecins appellent cette altération un cancer de la membrane muqueuse terminé par ulcération. Cette expression est-elle bien convenable? Je discuterai ce point avec plus de détails, après avoir traité des ulcérations des autres tuniques de l'estomac.

Nous ne rappellerons point ici les cas cités partout, dans lesquels on a vu des ulcérations de l'estomac étendues en profondeur se terminer par une perforation de cet organe. Nous ne rappellerons pas que, chez plusieurs malades, il y a alors épanchement dans le péritoine des matières contenues dans

l'estomac, tandis que, chez d'autres, là où les parois de l'estomac n'existent plus, le fond de l'ulcération est constitué par le foie, la rate, le pancréas, qui adhèrent au pourtour de celle-ci, et s'opposent à tout épanchement dans la cavité péritonéale (1). Ici, cependant, nous rapporterons un fait remarquable par les circonstances qui précédèrent la perforation, et par la nature ainsi que par le nombre des lésions qui existaient en même temps qu'elle. Nous rapporterons ensuite l'observation d'un autre individu également atteint d'une affection cancéreuse de l'estomac, et qui présenta cette circonstance curieuse, que, chez lui, l'estomac se perfora pendant un effort de vomissement, et hors du point où existait le cancer.

I^{re} OBSERVATION (2).

Communication de la cavité de l'estomac cancéreux avec l'intérieur du poumon frappé de gangrène, à travers un clapier dans lequel sont compris la plèvre, le diaphragme, et la rate en grande partie détruite. — Pendant la vie, signes de pneumo-thorax et d'une ancienne affection de l'estomac.

Klier, Alexandre, tailleur d'habits, âgé de quarante ans, né en Bavière, d'une constitution réunissant les caractères mixtes lymphatico-sanguins; cheveux, sourcils, barbe bruns; yeux bleus, teint peu coloré sans être pâle; taille de cinq pieds. Hernie ombilicale peu volumineuse et ancienne. Ses père et mère, bien constitués, sont encore vivants. Il prétend n'avoir jamais été sujet aux affections de poitrine, avoir joui d'une très-bonne santé jusqu'à la fin de 1828, époque à la-

(1) Nous renvoyons sur ce point à notre *Précis d'Anatomie pathologique*.

(2) Cette observation intéressante a été recueillie et rédigée par M. le docteur Hébray.

quelle il éprouva, pour la première fois, des malaises fréquents du côté des digestions, des alternatives de faim dévorante ou de dégoût absolu pour toute espèce d'aliments. En France, depuis 1810, il a vécu constamment dans la plus profonde misère, dans une complète débauche, faisant excès d'alcooliques, ayant subi neuf syphilis en trois ans, couchant le plus ordinairement en plein air, cependant toujours occupé dans ses moments de repos, attendu que, d'après son dernier maître, *qui m'a transmis ces détails*, il était fort adroit et expéditif.

Il paraît que le 20 août 1829, après une violente discussion avec quelques camarades, il s'est allé coucher dans un endroit découvert, selon son usage très-habituel, et y a dormi trois heures. A son réveil, pénétré d'un froid violent, il rentra chez lui, et comme le jour n'avait point paru encore, il se coucha sur une table et dormit bien jusqu'au lendemain. Au réveil, frisson violent, vive douleur sous le sein gauche, malaise général; peu après survient de la dyspnée; enfin, vers le quatrième jour, expulsion de crachats abondants, jaunes, épais (striés jamais), sans aucun goût remarquable; il y avait de violents accès de toux, ils durèrent sans discontinuer plus d'une demi-journée. On conseilla des fumigations de vinaigre pour la douleur de tête; le malade prit des tisanes de bourrache miellée, et se trouva un peu soulagé le lendemain; la douleur avait disparu avec la toux. Le 12 septembre dernier, il est entré à l'hôpital de la Charité, les phénomènes précités ayant beaucoup augmenté en quelques heures, et le 13, à la visite, il présenta les symptômes suivants: la face est pâle, amaigrie, fatiguée; l'haleine est très-fétide, les gencives rouges et excoriées, la langue pâle et humide; le malade éprouve une extrême difficulté à articuler des sons; la respiration est entrecoupée, il y a même de l'orthopnée; son excessive fai-

blesse le porte à tenter le décubitus gauche; mais il est bientôt obligé de se relever brusquement et de se placer à demi couché en s'appuyant sur le coude gauche. Le thorax est saillant à gauche, et son développement est tel que les muscles intercostaux dépassent le niveau des os. La partie droite seule se meut pendant la respiration, et les mouvements d'élévation ne sont sensibles à gauche que dans les intervalles des côtes. La vibration, presque nulle à gauche, est fort sensible à droite. Le murmure respiratoire manque à gauche, à droite on le perçoit très-bien. On entend par instants le souffle métallique au-dessus du sein gauche, mais il est léger et intermittent. Il y a sonorité absolue et relative très-grande à gauche; à droite le son est naturel. Lorsque le malade est sur son séant, position qu'il ne peut garder que quelques minutes, les phénomènes de la partie postérieure sont tout-à-fait identiques à ceux décrits en avant. La voix retentit et est amphorique à gauche; elle est naturelle à droite. On ne perçoit que fort peu le tintement métallique; cela tient sans doute à l'impossibilité d'ausculter convenablement. Enfin, la toux est fréquente, la respiration haletante; l'expectoration assez considérable, donne des crachats diffluents, blancs, peu spumeux, mêlés de légers flocons; leur odeur est suffocante (on crut y reconnaître l'odeur de fèces unie à celle gangréneuse; nous verrons plus tard que le diagnostic était fondé). Le pouls est faible et fréquent; la peau plutôt froide que naturelle.

Le 14, même état; plus de gêne dans la respiration.

Le 15, le malade ne peut prendre de repos; toute position lui est pénible et douloureuse; il y a encore plus d'orthopnée peut-être qu'hier à la visite; la toux est forte; l'odeur des crachats est remarquable par son extrême fétidité.

Le 16, aujourd'hui pour la première fois, l'exploration a pu se faire convenablement en arrière: nous avons trouvé,

vers l'angle inférieur de l'omoplate, le tintement métallique très-distinct, la respiration amphorique, la voix *idem*, le souffle métallique très-fort pendant l'inspiration. Ce point est douloureux. A droite, la respiration est bronchique; à gauche, matité; sonorité à droite; précisément le contraire en avant, où les phénomènes restent semblables à ceux du 15. Le pouls est fréquent et petit; la peau est froide; la langue rouge au centre, rose sur les bords et tachetée de plaques blanches vers la base. L'haleine est suffocante, la toux moins fréquente qu'hier, la respiration entrecoupée; orthopnée; les crachats sont très-différents de ce que nous les avons vus ces jours derniers; ils sont visqueux, semblables à une très-épaisse solution de gomme, et mêlés de grains blancs du volume d'un grain de chènevis; leur odeur est moins forte qu'hier soir. Le malade a un peu dormi cette nuit; il est du reste toujours faible; la face est pâle, les yeux excavés, les ailes du nez déprimées, le front ridé, etc. Il y a du découragement, de l'anxiété; la voix est altérée.

Le 17, même état général; les crachats ont de moins qu'hier les grumeaux blancs, leur odeur est aigrelette, celle du malade rappelle l'odeur qu'exhalent souvent les individus chez lesquels, à la suite d'une amputation, il s'est établi une suppuration dans l'organe pulmonaire. Le décubitus sur le côté gauche est possible.

Le 18, grande dyspnée; mêmes crachats bien moins nombreux; peu de toux; la face est très-abattue, pâle; la voix très-faible et la prononciation très-difficile. Le malade a un peu dormi; il se tient ployé sur son lit en embrassant ses genoux avec les deux mains, ou, de fatigue, se laisse aller sur le côté gauche. Quatre-vingt-quinze pulsations; dureté du pouls, qui est petit et serré; les extrémités sont froides; sueur du thorax, extrêmement volumineux à gauche, très-sonore,

sans vibration, douloureux; les espaces intercostaux donnent au toucher la sensation d'une vessie pleine d'air. On n'entend que le tintement et la résonance métallique de la voix à droite; la respiration est puérile, le son convenable, la dilatation peu prononcée (la respiration presque toute abdominale); il y a de la vibration, de la douleur aussi, mais moins forte qu'à gauche. Pas de dévoiement, trois selles au plus; ni soif ni faim; haleine aigrelette.

Le 19, l'état du malade a empiré sous tous les rapports. Les bruits métalliques et amphoriques sont plus forts. Pas de crachats; peu de toux; impossibilité d'articuler un mot; sueur froide, visqueuse, fétide, aigrelette. Râle des mourants vers deux heures après midi; mort à neuf heures moins vingt minutes, sans douleurs ni plaintes.

OUVERTURE DU CADAVRE

21 heures après la mort.

Deuxième degré de marasme; teinte blafarde du corps; développement considérable du côté gauche du thorax. Une incision pratiquée entre les septième et huitième côtes donne issue à de l'air en assez grande quantité pour éteindre et rallumer une bougie. Le poumon gauche est refoulé le long du rachis, et adhère par sa face postérieure aux parois du thorax; en haut les adhérences sont anciennes, en bas elles sont récentes. Cet organe est carnifié, et sa couleur vert-clair n'est point due à la décomposition cadavérique. La cavité est à demi remplie d'un liquide assez semblable à du petit-lait où nagent des grumeaux blanchâtres, facilement friables, analogues à du caséum. Ce poumon, insufflé par la trachée, présente une issue située vers la partie moyenne de la circonférence du lobe gauche, à deux doigts de son bord tranchant; l'air qui s'en

échappe produit des bulles qui viennent croquer à la surface du liquide épanché; plus bas, ce bord est adhérent aux côtes dans le reste de son étendue, et, en détruisant ce rapport, on trouve une escharre brun grisâtre, du volume d'une aveline, bouchant imparfaitement un second pertuis. Ces deux ouvertures sont pratiquées sur la paroi externe d'un clapier contenant du détritüs pulmonaire, et communiquant, par suite d'adhérence et de fonte putride consécutive, avec le grand cul-de-sac du ventricule; l'ouverture peut admettre deux doigts. Ce dernier viscère est squirrheux dans toute sa portion cardiaque, et offre l'épaisseur d'un pouce à dix-huit lignes vers le point perforé. Nous reparlerons de cet état plus loin.

La plèvre costale est ulcérée dans presque toute son étendue et sur les points non adhérents au poumon; elle laisse à nu les intercostaux internes eux-mêmes, entamés dans leur épaisseur totale sur quelques points; ils voilent en dehors et causent une partie de la dilatation visible à l'extérieur. La plèvre pariétale est lisse et recouverte d'une toile pseudo-membraneuse fort légère, gangrénée sur quelques points (blanc sale) qui, incisés perpendiculairement, conduisent à des foyers contenant un détritüs semblable à de la suie délayée dans l'eau et des bourbillons gangréneux; une odeur très-caractéristique s'en exhale: elle rappelle celle des crachats du 12, mais est plus forte, plus suffocante et plus tenace. Ces cavités admettent un chènevis, quelques-unes un petit pois. Le sommet du poumon renferme des masses crétacées, enchâssées dans des vestiges de vieilles cavernes oblitérées jadis; leur dureté indique l'époque reculée de leur formation.

La plèvre droite ne contient qu'un peu de sérosité limpide; elle est enflammée çà et là, porte une teinte ardoisée; sur quelques points seulement elle est revêtue de la pseudo-mem-

brane dont nous avons parlé à gauche. Le poumon, en grande partie perméable à l'air, est recouvert d'une toile semblable à celle du côté gauche, point continue; elle manque surtout là où s'observent des taches (blanc sale) conduisant comme à gauche à des foyers gangréneux; ils sont plus communs de ce côté. Le sommet du lobe supérieur offre un retrait et des rides qui indiquent d'anciennes cavernes. Incisé verticalement, il présente des masses crétacées comme à gauche, et enfin un gros tuyau bronchique terminé *ex abrupto*. Pas d'adhérences antérieures; il en existe en arrière, et en haut surtout, quelques-unes.

Le péricarde est rouge dans un tiers de son étendue à gauche; à droite il existe quelques arborisations légères. Le cœur présente çà et là des plaques nacrées, satinées, rayonnées. Il est peu volumineux.

Le diaphragme, dans sa partie gauche, est sensiblement altéré dans sa texture, partage la dégénération cancéreuse de l'estomac au point de perforation seulement; plus loin, il est intact, et n'offre plus rien de remarquable.

L'estomac contient un liquide analogue à celui de la cavité thoracique gauche; les parois augmentent *gradatim* d'épaisseur depuis le pylore, qui est intact, jusqu'au milieu du grand cul-de-sac perforé, comme déjà nous l'avons dit. Sa substance est indurée, lardacée, la teinte blanche surtout, au point occupé par la tunique musculaire, qui représente une couche distincte du reste; la muqueuse offre vers la petite courbure et autour de la solution de continuité des fongosités nombreuses, dont la coupe verticale laisse voir un tissu blanc parcouru d'un très-petit nombre de vaisseaux sanguins.

La rate a disparu; elle forme le centre du foyer purulent établi au travers du diaphragme; son parenchyme reste reconnaissable et presque naturel vers les deux extrémités de

son grand diamètre; son centre en totalité est réduit à une pulpe brunâtre, et forme plusieurs cloisons incomplètes étendues transversalement à l'axe du clavier.

L'épiploon gastro-colique est très-rouge, et présente une foule de végétations miliaires également rouges et dures.

Le foie est volumineux, très-jaune, mais ne graisse point le scalpel. Le canal cholédoque est très-large.

Les reins sont sains; le gauche est adhérent par son extrémité supérieure au cul-de-sac de l'estomac et à la masse formée par ce viscère, la rate et le diaphragme. Sa surrénale n'existe plus; on la retrouve à droite, elle y est volumineuse.

Les intestins, manifestement phlogosés en général, sont recouverts d'une membrane séro-purulente, crémeuse; le fond du petit bassin contient quelques cuillerées d'un liquide purulent assez épais. Les ganglions mésentériques, et ceux surtout adhérents à la colonne vertébrale, sont indurés et squirrheux.

La vessie est saine. L'urèthre porte les traces d'une phlegmasie ancienne; la muqueuse est ulcérée en divers points, excoriée vers l'orifice libre.

II^e OBSERVATION.

Ulcère cancéreux de l'estomac. Fond de l'ulcère formé par le pancréas. Perforation des parois de l'estomac pendant un effort de vomissement. Péritonite.

Un homme, âgé de soixante-quatre ans, ouvrier en cuivre, disait être tourmenté depuis un mois seulement de douleurs abdominales très-violentes, qui duraient une demi-journée, l'abandonnaient, puis le reprenaient le lendemain ou le surlendemain.

Il y avait en même temps anorexie complète, nausées, vo-

mississements. L'introduction des aliments dans l'estomac augmentait ou même amenait des douleurs abdominales, dont le malade ne fixait pas le siège.

Les aliments étaient le plus souvent en partie rejetés, quelque temps ou même plus rarement aussitôt après qu'ils avaient été avalés.

Le malade fut d'ailleurs examiné assez légèrement, son métier d'ouvrier en cuivre ayant porté à penser que l'ensemble des symptômes qu'il éprouvait était dû aux émanations métalliques; qu'en un mot, c'était une colique de plomb accompagnée de quelques symptômes insolites.

On prescrivit, en conséquence, quatre grains d'émétique dans un verre d'eau; la décoction de pruneaux édulcorée pour boisson, un lavement narcotique, un julep.

Le malade vomit beaucoup après avoir pris l'émétique, et eut des évacuations alvines abondantes. A la suite d'un effort de vomissement, il éprouva comme le sentiment d'une boule qui, partant de la région épigastrique, serait descendue jusqu'au-dessous de l'ombilic. Dès ce moment, apparition de tous les symptômes d'une péritonite sur-aiguë. Mort le lendemain.

Tête et poitrine parfaitement saines.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Abdomen. Une grande quantité de sérosité rougeâtre, mêlée à des flocons albumineux, est épanchée dans l'abdomen. La tunique péritonéale des intestins présente des plaques d'un rouge vermeil d'espace en d'espace. La membrane muqueuse est saine.

Estomac. Sur la face antérieure de ce viscère, à trois ou quatre travers de doigt à gauche du pylore, tout près du bord