

part que des obstacles très-considérables existent souvent au pylore sans que l'estomac se dilate notablement.

#### VI<sup>e</sup> OBSERVATION.

Cancer du duodénum ; cicatrice dans l'estomac. Dilatation de ce dernier organe, dont le bord colique touche presque le pubis.

Une femme, âgée de soixante-quatorze ans, entra à la Pitié le 1<sup>er</sup> novembre 1832. Depuis long-temps, cette femme digérait mal, et elle vomissait de temps en temps. Elle resta douze jours à l'hôpital : pendant ce temps elle ne vomit pas ; sa langue fut toujours sèche et d'une rougeur lisse et uniforme. Elle succomba, après s'être graduellement affaiblie.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

L'estomac avait acquis un volume énorme. Il occupait à peu près tout le ventre ; son bord colique n'était séparé du pubis que par un espace de deux pouces. Le grand cul-de-sac adhérait par des brides celluleuses anciennes aux parois abdominales. Il contenait un litre environ d'un liquide grisâtre. Sa membrane muqueuse était partout pâle et d'une bonne consistance. Au-dessous d'elle, le tissu cellulaire était remarquable par sa grande épaisseur, et la tunique musculaire était notablement hypertrophiée. Ainsi, la dilatation de l'estomac n'avait pas été purement passive. Vers le grand cul-de-sac, on observait un singulier froncement de ses tuniques : les faisceaux de la membrane musculaire aboutissaient comme autant de rayons à un point blanc et épais, au-dessus duquel la membrane muqueuse était comme froncée. Cette altération ressemblait à la cicatrice d'une ancienne ulcération.

Dans le duodénum, à deux pouces au-delà du pylore, existait une végétation cancéreuse qui faisait, comme un anneau, tout le tour de l'intestin ; c'était comme un second pylore, qui ne laissait plus aux matières qu'un très-étroit passage. Le canal cholédoque, considérablement dilaté, s'ouvrait dans cette masse cancéreuse.

Dans le jéjunum et dans l'iléum, on observait une teinte ardoisée générale de la membrane muqueuse.

La fin de l'iléum et le gros intestin étaient remplis par une matière d'un gris noirâtre semblable à de l'argile. Des rides rougeâtres apparaissaient à la surface interne du colon.

Le tissu du foie était ferme et d'un rouge vif ; la rate petite et dense.

Le rein gauche contenait quelques petits calculs noirs logés dans des kystes creusés au sein de la substance corticale ; autour d'eux, on trouvait une matière également noire, mais molle. Deux autres petits calculs existaient dans un des calices.

Rien de remarquable dans les autres organes.

#### VII<sup>e</sup> OBSERVATION.

Dilatation très-considérable de l'estomac, dont le bord colique touche le pubis, sans autre altération de ses parois qu'un peu de ramollissement de la muqueuse vers le grand cul-de-sac.

Une femme, âgée de vingt-trois ans, institutrice, avait toujours joui d'une bonne santé. Par suite de revers de fortune, elle quitta la province pour venir avec sa famille habiter Paris, où elle se livra à l'enseignement dans un pensionnat. Sa santé ne tarda pas à s'y altérer sensiblement ; son appétit diminua, ses digestions devinrent difficiles, et, vers le mois de février

1821, après avoir éprouvé une vive frayeur, dont une syncope assez prolongée fut le résultat, elle commença à vomir de temps en temps, soit ses aliments, soit ses boissons. Elle ne les rejetait ordinairement que plusieurs heures après leur ingestion; cependant elle maigrissait et s'affaiblissait lentement.

Des sangsues furent appliquées sur l'épigastre; de la magnésie et divers antispasmodiques furent donnés tour-à-tour. A compter du mois de décembre 1821, les vomissements devinrent plus fréquents, les forces diminuèrent rapidement, les règles se supprimèrent. La malade interrompit dès lors ses occupations. Entrée à l'hôpital de la Charité, le 14 février 1832, elle offrit l'état suivant :

Dernier degré du marasme, teint décoloré, vomissement des aliments solides et liquides, plus ou moins immédiatement après leur introduction dans l'estomac; légère douleur à l'épigastre, qui est souple, et n'offre, non plus que le reste de l'abdomen, aucune tumeur sensible; aspect de la langue naturel, constipation habituelle, pouls très-faible et légèrement fréquent, peau sèche et sans chaleur, respiration libre.

Cette malade ne présenta, jusqu'au commencement du mois de mars, aucun nouveau symptôme. Les boissons adoucissantes qui lui étaient données étaient toutes rejetées; à plus forte raison ne pouvait-elle pas garder les aliments légers qu'on lui accordait de temps en temps. Le 12 mars, le pouls s'accéléra, la langue se sécha, et la mort survint le 14 mars.

#### OUVERTURE DU CADAVRE.

*Crâne.* Un peu de sérosité existait dans chaque ventricule latéral.

*Poitrine.* Quelques brides celluleuses, longues et denses,

unissaient les plèvres costale et pulmonaire. Le cœur n'offrait rien de notable.

*Abdomen.* L'estomac, très-dilaté, recouvrait la plus grande partie des viscères abdominaux, et ne laissait voir que quelques circonvolutions de l'intestin grêle dans l'un et l'autre flanc; son bord colique touchait le pubis; c'était surtout le grand cul-de-sac qui avait subi la plus grande dilatation. La cavité de l'estomac était remplie d'un liquide jaune verdâtre; sa surface interne présentait une teinte légèrement rosée, marbrée dans quelques points; du côté de la rate, elle était plus blanche; là aussi, dans une étendue grande comme la paume de la main, la muqueuse très-molle s'enlevait en bouillie par un léger grattage; partout ailleurs sa consistance était ordinaire. Les parois de l'estomac étaient en général minces et facilement déchirables; la couche musculaire était remarquable par sa grande ténuité. Les intestins grêles, très-rétrécis, semblables à des intestins de chien, étaient presque en totalité logés dans l'excavation du petit bassin; leur surface interne était pâle. Le cœcum n'offrait rien de particulier. Le colon ascendant occupait sa place ordinaire. Le colon transverse avait suivi la grande courbure de l'estomac, et se trouvait placé derrière elle; sa surface interne présentait, dans une étendue de quatre travers de doigt environ, une couleur d'un rouge violacé qui résidait dans la membrane muqueuse un peu épaissie. Quelques plaques rouges de même nature s'observaient dans le colon descendant; partout cet intestin était fortement resserré. L'S iliaque du colon et le rectum, qui n'offraient aucune altération, étaient remplis de matières assez dures. Ainsi il n'y avait pas de diarrhée, bien que plusieurs portions du gros intestin fussent manifestement enflammées.

Le foie, très-développé, se prolongeait à gauche jusque sur

la rate; il refoulait le diaphragme jusqu'à la cinquième côte. En bas il dépassait un peu le rebord des fausses côtes; son tissu était sain.

Lorsque l'obstacle au cours des matières existe en un autre point de l'intestin, on voit également se dilater plus ou moins les portions du tube digestif situées au-dessus de l'endroit rétréci. On en verra des exemples dans les deux observations suivantes, que nous avons cru devoir citer avec détail, en raison de l'intérêt qu'elles offrent aussi sous d'autres rapports.

#### VIII<sup>e</sup> OBSERVATION.

Double dégénération squirrheuse des parois de l'estomac et du colon. Symptômes d'étranglement intestinal. Dilatation considérable de la portion du gros intestin située au-dessus du rétrécissement. Dépression d'un des hémisphères cérébraux par une tumeur fibreuse.

Une femme, âgée de quarante-huit ans, entra à la Charité le 6 octobre 1822.

Sa santé avait commencé à se déranger depuis un an environ. Ses digestions étaient souvent pénibles, bien qu'elle ne vomit pas; elle éprouvait fréquemment le dégoût le plus complet pour toute espèce d'aliment; depuis le même temps à peu près elle n'allait plus à la selle qu'à l'aide de lavements. Elle avait perdu peu à peu son embonpoint et ses forces.

Cependant cette femme, qui gagnait sa vie en faisant des ménages, ne discontinua pas ses occupations habituelles. Mais, vers le 20 septembre, son ventre devint douloureux et commença à se ballonner; le jour suivant il survint une constipation que les lavements ne purent vaincre; ceux-ci étaient rendus immédiatement après avoir été pris, et n'entraînaient avec eux aucune matière.

Le gonflement toujours croissant de l'abdomen effraya la malade et la détermina à entrer à l'hôpital.

Lorsque nous la vîmes pour la première fois, sa face était pâle, grippée. Elle accusait des douleurs abdominales générales, plus vives dans le flanc droit, et que la pression exaspérait. L'abdomen, prodigieusement distendu, résonnait comme un tambour lorsqu'on le percutait. La malade avait commencé à vomir pour la première fois dans la nuit. L'aspect de la langue était naturel; beaucoup de gaz étaient rendus par la bouche; aucun ne sortait par l'anus. Il n'y avait point eu de selle depuis sept à huit jours. La respiration était courte, accélérée; la parole haletante, le pouls petit et fréquent, la peau sans chaleur.

Le ballonnement du ventre, l'absence complète d'évacuations alvines, les vomissements parurent indiquer à M. Lermnier l'existence d'un étranglement interne, ou tout au moins d'un obstacle quelconque apporté au cours des matières vers la fin du gros intestin. L'abdomen fut couvert de fomentations émollientes, et d'embrocations d'huile de camomille camphrée; potion d'huile d'amandes douces; tisane de lin; lavement avec trois onces d'huile de ricin; bains tièdes.

Dans la journée, vomissements de la potion et des tisanes; expulsion des lavements aussitôt qu'ils étaient pris; pas de selle. Les trois jours suivants, persistance de ces symptômes; augmentation du ballonnement du ventre; gêne de plus en plus considérable de la respiration. *Lavements purgatifs avec le séné et le sulfate de soude.* Dans la matinée du 11 septembre, face violacée; décomposition des traits; suffocation imminente; refroidissement des extrémités; pouls filiforme; netteté parfaite de l'intelligence; langue naturelle; vomissements de matières jaunes et acides une grande partie de la nuit. *Lavement composé d'une infusion de deux gros de*

*feuilles de tabac ; bain tiède.* Ce lavement ne fut pas suivi de plus d'évacuation que les autres. Dans la journée, la dyspnée devint de plus en plus grande : vers quatre heures du soir, au moment où la malade descendait de son lit pour se mettre dans le bain, elle expira subitement.

#### OUVERTURE DU CADAVRE

47 heures après la mort.

La partie moyenne de la face supérieure de l'hémisphère cérébral gauche présentait une dépression profonde, dans laquelle était reçue une tumeur arrondie du volume d'une noix, présentant tous les caractères du tissu fibreux accidentel, et développée entre la dure-mère et l'arachnoïde. La substance cérébrale qui formait les parois de cette sorte de cavité était saine : rien de remarquable n'existait dans le reste de l'encéphale.

*Thorax.* Un sang noir, demi-liquide, distendait les cavités droites du cœur ; les poumons étaient engoués et brunâtres ; la capacité de la poitrine se trouvait singulièrement rétrécie ; la face supérieure du diaphragme était élevée au niveau de la quatrième côte.

*Abdomen.* Aucun gaz ne s'échappa de la cavité péritonéale.

Le gros intestin présentait un volume énorme : il cachait presque en totalité le reste des viscères ; on eût dit du gros intestin d'un cheval.

Cette prodigieuse dilatation se montrait jusqu'à la fin de l'S iliaque du colon ; là l'intestin se rétrécissait tout-à-coup, et conservait un petit calibre jusqu'à l'anus. Le petit doigt, introduit dans l'endroit où commençait le rétrécissement, le franchissait avec peine ; deux pouces plus bas l'intestin repre-

naît sa capacité ordinaire. On ne tarda pas à reconnaître que cet obstacle du libre passage du doigt était dû à la présence d'une tumeur fongueuse, qui occupait, comme un anneau, tout le tour de l'intestin ; ses bords étaient relevés comme ceux de certains champignons ; la dégénération cérébriforme de la muqueuse et du tissu cellulaire qui lui est subjacent lui avait donné naissance. Au-dessous d'elle l'intestin était blanc et vide. Au-dessus, il contenait une prodigieuse quantité de gaz et de matières verdâtres liquides. La membrane muqueuse présentait, dans toute l'étendue du gros intestin, une injection légère.

On ne voyait dans l'intestin grêle que de l'injection sous-muqueuse en rapport avec le genre de la mort.

Mais nous ne fûmes pas peu étonnés de retrouver sur la face postérieure de l'estomac, à égale distance à peu près du cardia et du pylore, un second cancer tout-à-fait semblable à celui de l'intestin. Il était un peu plus large qu'une pièce de cinq francs. La muqueuse du reste de l'estomac était saine.

Cinq ou six petits corps arrondis, ayant chacun le volume d'une noisette, de consistance pierreuse, formaient comme autant d'appendices autour du corps de l'utérus, auquel ils tenaient par un prolongement celluleux.

Le ballonnement du ventre, une constipation plus ou moins opiniâtre ne sont pas sans doute des phénomènes rares chez les individus dont le colon ou le rectum sont cancéreux. Ils existèrent long-temps chez la malade qui fait le sujet de cette observation. Mais il est, je crois, infiniment rare de voir ces accidents acquérir tout-à-coup un degré d'intensité tel qu'ils simulent ceux d'une hernie étranglée. On ne peut s'en rendre compte qu'en admettant que la tumeur, après n'avoir fait long-temps que d'insensibles progrès, a suivi tout-à-coup une sorte de marche aiguë dans son développement ; tous les phénomè-

nes observés chez notre malade s'expliquent ainsi parfaitement. La mort fut le résultat de la gêne toujours croissante de la respiration. En considérant combien peu d'air pouvaient encore recevoir les poumons dans les derniers temps, on ne s'étonnera pas qu'un léger mouvement, en accélérant la circulation, ait suffi pour achever l'asphyxie. La quantité plus considérable de sang qui, dans ce moment, afflua au poumon, ne se trouvant plus en rapport avec la quantité d'air qui pouvait y pénétrer, une asphyxie soudaine dut résulter de cette disproportion.

La douleur la plus vive que la malade rapportait au flanc droit semblait indiquer que là aussi existait l'obstacle ou l'étranglement présumé. S'il eût été possible de savoir que la lésion se trouvait située aussi près du rectum, on aurait pu tenter avec avantage l'introduction d'une sonde.

Portons maintenant notre attention sur les autres lésions que nous découvrit l'autopsie cadavérique. Nous trouvons d'abord l'exemple d'un cancer ulcéré de l'estomac, qui n'annonçait son existence que par un peu de gêne dans la digestion et de fréquents retours d'anorexie; la nature occulte de ce cancer est en rapport avec son siège.

Comment une tumeur aussi volumineuse que celle dont les méninges étaient le siège, qui avait fortement déprimé le cerveau, ne révélait-elle son existence par aucun symptôme tranché? Nous trouverons peut-être la cause de cette absence de symptômes et dans la lenteur avec laquelle elle se développa, et dans la partie du cerveau qui se trouvait comprimée par elle.

Un cas assez semblable au précédent sous le rapport de la lésion de l'intestin et des symptômes qui en résultèrent a été rapporté par le docteur Baillie (*Medical Transact.*, vol. 1<sup>er</sup>). Un homme âgé de trente ans n'alla pas une fois à la selle pen-

dant les cinq derniers mois de sa vie. Le ventre avait acquis un volume énorme. Aucun gaz ne sortait par le rectum. L'appétit se conserva intact, mais des vomissements fréquents avaient lieu; le pouls était habituellement fréquent. Cet individu tomba dans le marasme et succomba. On trouva les intestins grêles et gros très-distendus; le gros intestin présentait six pouces de diamètre en largeur. On ne trouva d'autre lésion qu'un rétrécissement très-prononcé de l'S iliaque, et à son intérieur une ulcération qui en occupait tout le pourtour, à bords saillants et boursoufflés. Tous les autres viscères étaient sains.

#### IX<sup>e</sup> OBSERVATION.

Symptômes de fièvre typhoïde; tout-à-coup signes d'étranglement interne, et mort. Entortillement de l'intestin autour du mésentère vers le commencement du jéjunum. Dilatation remarquable du duodénum.

Un bottier âgé de vingt-sept ans, d'une forte constitution, éprouve fréquemment depuis sa plus tendre enfance des douleurs abdominales; il a souvent de la diarrhée et des vomissements bilieux.

Le 29 juin 1822, après avoir fait dans la journée une grande course et s'être refroidi, il fut pris dans la soirée d'un dévoisement abondant, qui continua les jours suivants. Le 6 juillet, chaleur inaccoutumée, sueur le soir, persistance de ces symptômes et de la diarrhée jusqu'au 9 juillet. Entré alors à la Charité, le malade offrit l'état suivant :

Air de stupeur, douleur sus-orbitaire, face pâle, yeux appesantis, langue couverte d'un enduit blanchâtre, épais, soif, anorexie, bouche mauvaise; dix selles depuis vingt-quatre heures, semblables à de l'eau colorée en jaune; ventre souple,