

dépens, il m'est difficile de croire qu'elle ait pu produire dans la veine cave inférieure une gêne assez considérable pour amener l'œdème que nous observons. Je sais bien que notre malade est cachectique, et qu'une cause qui resterait impuissante chez un autre individu peut avoir, sur un terrain ainsi préparé, la plénitude de ses effets; mais cette considération ne peut affaiblir la valeur de l'objection précédente; vingt-quatre heures seulement ont séparé l'apparition des deux hydropisies, conséquemment l'ascite était tout à fait à son début quand les membres ont commencé à s'infiltrer, il est par cela même infiniment probable qu'une autre condition a été en jeu. Enfin, lorsqu'un épanchement abdominal est assez considérable pour amener, par compression de la veine cave, l'œdème des membres inférieurs, on observe fréquemment, je ne dis pas toujours, un phénomène qui mérite d'être signalé : cette compression se faisant également sentir sur toute la longueur du tronc veineux abdominal, au-dessus aussi bien qu'au-dessous de l'embouchure des veines rénales, la tension augmente dans le système veineux des reins, et pour peu que cet accroissement soit notable, l'urine devient albumineuse : c'est là une des formes les plus simples de l'albuminurie d'ordre mécanique. Eh bien! chez notre malade, l'œdème des membres est énorme, il a envahi le scrotum et la région inférieure de la paroi abdominale, la gêne de la circulation dans la veine cave est donc considérable, ce que l'on peut juger aussi par le développement rapide de la circulation collatérale, et pourtant l'urine ne contient pas d'albumine. Il est donc vraisemblable que la cause comprimante n'agit pas au-dessus de l'embouchure des veines rénales, son

action est bornée au segment inférieur de la veine cave, et une compression ainsi limitée ne peut être le fait de l'épanchement ascitique dont la pression est générale et uniforme.

Isolée, aucune de ces circonstances, prenez-y garde, n'aurait une valeur absolue; mais réunies, elles acquièrent à mes yeux une signification positive, et je ne puis rapporter l'œdème à l'influence mécanique de l'ascite.

Il n'y a plus dès lors que deux choses possibles : quelques ganglions malades compriment la veine cave au-dessous des rénales, ou bien une thrombose cachectique a oblitéré soit la veine cave dans cette même portion, soit les deux veines iliaques. Entre ces deux conditions également probables, je déclare qu'il m'est impossible de me prononcer. Bien que très-différentes, ces deux causes auraient dans l'espèce des effets identiques; et comme nous ne pouvons juger de la cause que par ses effets, nous manquons de criterium pour opter entre l'une ou l'autre; le diagnostic pathogénique ne peut aller plus loin. Au surplus, cette incertitude ne sera pas de longue durée, la mort du malade est imminente.

Je vous ai parlé à plusieurs reprises de la circulation collatérale développée chez cet homme; le malade à la péritonite chronique du n° 9 nous offre un exemple plus parfait encore de ce phénomène salutaire, et je crois pouvoir vous donner à ce sujet quelques indications sémiologiques utiles. Vous vous rappelez que cette péritonite, dont le début remonte probablement à trois années, a fini par transformer tout le contenu de

l'abdomen en une seule masse solide, qui présente son maximum de volume et de consistance dans la région hypogastrique; telle est la généralisation des désordres que cette masse descend jusque dans le bassin, et que sa partie inférieure peut être perçue par l'exploration rectale sous forme d'un corps arrondi et dur, qui se continue sans ligne de démarcation avec la masse hypogastrique. Les régions supérieures de l'abdomen, savoir la portion péri-ombilicale et la sus-ombilicale, ont seules conservé une certaine souplesse qui n'est que relative. Dans de telles conditions, les effets mécaniques de la péritonite doivent être exactement semblables à ceux d'une grosse tumeur abdominale de consistance moyenne, qui exercerait une forte compression sur la colonne vertébrale dans les régions pelviennes et hypogastriques. C'est aussi ce qui a lieu. Les membres inférieurs sont le siège d'un œdème colossal, la distension des téguments est à son maximum; le scrotum, la paroi abdominale en avant, latéralement, en arrière, sont fortement infiltrés, et cette hydropisie pariétale remonte de chaque côté jusqu'au niveau du mamelon. Il est clair que la circulation est à peu près complètement suspendue dans la veine cave inférieure, en raison de la compression exercée sur ce vaisseau par la masse abdominale modifiée; et comme l'urine n'est pas albumineuse, il est probable que le maximum de la compression atteint le segment inférieur de la veine, ce qui est en harmonie avec les résultats directs de l'exploration abdominale et rectale. Ces désordres remontant déjà à une date un peu éloignée, la circulation collatérale a atteint son entier développement, et vous pouvez voir sur les régions inguinales, sur la

paroi antérieure de l'abdomen et du thorax, un magnifique réseau veineux; il se continue sur les côtés avec un lacis non moins riche qui occupe les flancs, les régions lombaires et la paroi interne du creux de l'aisselle; les veines thoraciques latérales superficielles qui se dessinent en ce point sont au nombre des branches les plus volumineuses de ce réseau vraiment admirable. C'est là, messieurs, le type le plus complet de cette circulation complémentaire; la veine cave inférieure serait étreinte par un fil, que vous n'auriez pas un réseau plus riche; tout est dilaté, les limites du possible sont atteintes.

Le développement du réseau veineux abdominal superficiel est toujours consécutif, ou tout au moins parallèle à un travail semblable dans les veines profondes qui échappent à la vue, et l'on peut sans crainte juger de celui-ci par celui-là. Ce réseau superficiel de l'abdomen est observé dans trois circonstances différentes: gêne dans la circulation de la veine porte, — gêne dans la circulation de la veine cave inférieure, — gêne dans la circulation de la veine cave supérieure. Voici les signes différentiels qui vous permettront de distinguer entre ces trois conditions par le seul examen du réseau veineux.

Est-ce la veine porte qui en est cause, la circulation collatérale se fait principalement, sinon exclusivement, par les veines médianes; c'est dans l'espace compris entre l'appendice xiphoïde et le pubis que rampent les vaisseaux les plus développés; décrivant à peine quelques sinuosités, ils parcourent rectilignes la totalité de leur trajet, ils sont symétriques et correspondent aux veines profondes épigastriques et mammaires internes. Dans certains cas, ces vaisseaux médians font seuls les frais de la

circulation complémentaire, et ils peuvent acquérir alors un volume supérieur à celui d'une plume d'oie; le plus ordinairement cependant on observe en même temps des veines plus petites anastomosées en un réseau à larges mailles polygonales, et qui, dépassant de chaque côté le bord externe des muscles droits, empiètent plus ou moins sur les portions latérales de la paroi abdominale antérieure. Mais ce réseau s'atténue à mesure qu'on s'éloigne de la ligne médiane, les veines sont de moins en moins perceptibles, et il est rare qu'on retrouve quelques rameaux au delà d'une ligne abaissée du mamelon. Ainsi donc, gros troncs médians rectilignes, réseaux latéraux peu développés ou nuls, tels sont les caractères topographiques facilement saisissables de la circulation complémentaire de la veine porte. Ajoutons que dans ces veines le sang circule de haut en bas, de manière à être déversé dans les crurales et les iliaques externes.

Pour les veines caves, les dispositions sont autres; à vrai dire, elles sont inverses. C'est sur les côtes que se font les voies principales. Les régions inguinales et hypochondriales, les parties latérales du thorax jusqu'aux clavicules sont couvertes d'un réseau à mailles plus ou moins larges; ces vaisseaux collatéraux occupent-ils aussi les régions médianes, ils s'y présentent plutôt sous la forme réticulaire et ne se détachent pas nettement en troncs rectilignes comme dans l'autre type; enfin, pour peu que la gêne soit durable, on voit apparaître dans les flancs, dans les régions lombaires et sur la paroi interne des aisselles, un riche réseau latéral sur lequel tranchent quelques veines rectilignes plus considérables, semblables à la thoracique latérale superficielle que je vous ai mon-

trée chez notre malade. Ce réseau latéral, que j'appellerai, pour plus de précision, abdomino-axillaire, est étranger à la circulation supplémentaire de la veine porte.

Je n'ai pas distingué dans la description précédente entre le réseau de la veine cave inférieure et celui de la supérieure: c'est qu'en effet, à ne considérer que ses dispositions topographiques, le réseau collatéral est le même dans les deux cas, une fois du moins qu'il est complètement formé. Si l'on assiste à son développement, on observera une différence importante: quand c'est la veine cave ascendante qui est imperméable, les vaisseaux se dilatent de bas en haut; c'est aux régions inguinales qu'apparaît d'abord le réseau compensateur; quand c'est la veine cave descendante qui est compromise, les voies collatérales s'ouvrent de haut en bas, le réseau initial se montre dans les régions claviculaires et axillaires. Mais alors même qu'on n'a pas observé le mode de dilatation des vaisseaux, il est toujours facile de différencier les réseaux complémentaires des deux veines caves, et cela d'après le sens du cours du sang. Lorsque l'obstacle occupe la veine cave inférieure, il faut, en dernière analyse, que le sang soit ramené indirectement dans la veine cave supérieure et de là dans le cœur; il circule donc de bas en haut dans les grandes veines collatérales superficielles: est-ce la veine cave supérieure qui est oblitérée, il faut que le sang soit reporté dans la veine cave abdominale pour qu'il puisse arriver à l'oreillette droite; il circule donc de haut en bas dans les veines collatérales.

Si la compression ou l'obstruction de la veine cave supérieure est limitée au-dessous de l'embouchure de

l'azygos, ce qui est rare, elle produit bien un réseau veineux thoracique supplémentaire dans lequel le sang circule de haut en bas, mais il n'y a pas toujours de réseau abdominal superficiel.

En résumé, la disposition topographique distingue le réseau de la veine porte de celui des veines caves; le sens du cours du sang différencie entre eux les réseaux de ces deux vaisseaux.

Rien de plus simple que l'appréciation clinique de cette dernière circonstance. Comprimez au milieu de son trajet l'un des troncs veineux les plus considérables, le bout supérieur s'affaisse et le bout inférieur se gonfle si le sang circule de bas en haut; dans le cas contraire, c'est le segment supérieur qui deviendra turgescent, tandis que l'inférieur diminue de volume. Chez notre homme, cette épreuve pratiquée sur la grande veine thoracique latérale donne des résultats très-nets: le bout axillaire arrive à la vacuité, le bout abdominal se distend d'une façon notable; la circulation se fait évidemment de bas en haut. Lorsque les anastomoses des veines collatérales sont multipliées et que le réseau, dans son ensemble, représente un vaste polygone, sans tronc rectiligne, d'une certaine longueur, l'exploration précédente reste muette: en raison même des anastomoses, aucun des bouts du vaisseau comprimé ne s'affaisse; dans ce cas, d'ailleurs exceptionnel, il faut comprimer à plat avec la paume de la main une partie du réseau et faire tousser le malade. Si le sang circule de bas en haut, l'ondée rétrograde et la stase momentanée, produites par la toux, distendent les vaisseaux situés au-dessus de la main qui comprime; elles se manifestent dans les parties situées au-dessous lorsque le

sang circule de haut en bas, et le calibre des vaisseaux supérieurs n'est pas modifié. Vous m'avez vu répéter plusieurs fois cette épreuve sur divers points de la région abdominale chez notre malade, et toujours avec le même résultat: sous l'influence des secousses de la toux, les veines situées au-dessus de la région comprimée présentent une turgescence subite et passagère, parce que la progression du courant sanguin ascendant est momentanément empêchée par l'expiration énergique de la toux.

Je n'ai tenu compte pour ce diagnostic clinique que des signes fournis directement par le réseau veineux lui-même; je n'ai pas besoin d'ajouter, je pense, qu'en cas d'obstacle dans la veine cave supérieure, on observe dans les membres supérieurs, le cou et la face, des phénomènes d'œdème qui font complètement défaut dans les obstructions de la veine cave ascendante; en outre, quand la veine cave supérieure est imperméable au niveau ou au-dessus de l'embouchure de l'azygos, tout le sang passant par la veine cave abdominale, la pression dans ce vaisseau devient énorme, et par suite de la difficulté de la déplétion des veines rénales, l'urine est souvent albumineuse. J'ai vu déjà une fois ce phénomène, que Duchek a également observé.

Cela dit sur ce point de sémiologie, nous allons compléter l'histoire de notre second malade, car il s'y rattache plusieurs considérations intéressantes. Voilà donc un homme de trente-cinq ans, chez lequel une péritonite chronique à marche très-lente a produit, en trois années, les effroyables désordres que vous savez; mais avec ces

phénomènes qui sont, pour la plupart, d'ordre mécanique, a coïncidé une dégradation radicale de l'organisme : les forces sont à bout, l'émaciation est complète, la face a le teint terreux des cachexies, et pour cette raison, avant tout autre examen, il est évident déjà qu'il ne s'agit pas ici d'une péritonite chronique simple. La phlegmasie de la séreuse abdominale est bien certainement liée à une affection diathésique dont le marasme est l'expression directe. Est-elle tuberculeuse? est-elle cancéreuse? c'est le seul point qui reste à examiner.

Si nous n'avions pour nous éclairer que les phénomènes abdominaux, cette question resterait nécessairement indéfinie; tout au plus, en l'absence d'antécédents héréditaires, pourrions-nous arguer de l'âge du malade et de la fréquence plus grande de la péritonite tuberculeuse, pour incliner vers cette dernière diathèse. Mais la réponse cherchée, nous la demanderons aux poumons, et ils nous la donneront, je crois, précise et catégorique.

La percussion fournit des deux côtés, par places irrégulièrement disséminées, une diminution notable du son, dont l'appréciation devient très-nette par la comparaison des parties restées sonores; au niveau des médiastins le son est normal, et les vibrations vocales sont partout conservées. Il n'y a donc dans la poitrine de cet homme ni tumeur, ni épanchement, et la submatité diffuse dans les deux poumons ne peut signifier autre chose qu'une imperméabilité également diffuse du parenchyme pulmonaire. A l'auscultation, ce qui frappe tout d'abord, c'est l'absence complète de râles; il n'y en a d'aucune sorte, pas un seul. Mais dans toute la poitrine la respiration a un caractère de rudesse très-marqué, et du côté droit, au

niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, cette rudesse devient du souffle bronchique; il y a de la bronchophonie. A cela se bornent les signes physiques; du reste jamais d'hémoptysie, et aujourd'hui encore la toux, fréquente mais non quinteuse, est sèche, absolument sèche; il n'y a pas d'expectoration, quoique les accidents pulmonaires soient contemporains de la péritonite. Ces accidents ont été au nombre de deux seulement : la toux habituelle dont j'ai parlé, et une dyspnée croissante qui ne permet plus au malade d'autre position dans son lit que la station assise. Le cœur est tout à fait sain. Voilà qui est loin d'être clair; essayons cependant de tirer quelque chose de cette situation mal définie. Quelque peu prononcés qu'ils soient, les signes physiques dénotent positivement l'existence d'indurations disséminées dans les deux poumons; la condensation est à son maximum à droite, dans le point où l'on perçoit du souffle et de la bronchophonie. L'histoire du malade prouve en outre que cette lésion est ancienne, et qu'elle a eu une marche lentement progressive. D'autre part, il n'y a jamais eu de crachement de sang, jamais d'expectoration, et bien que la cachexie et le marasme soient arrivés à leur maximum, il n'existe aucun râle, aucun signe de ramollissement dans le tissu pulmonaire; pour ces motifs, pour le dernier surtout, je me crois autorisé à repousser l'idée d'une lésion tuberculeuse, et, cette exclusion faite, j'arrive naturellement à conclure que nous avons affaire à un cancer des poumons. Malgré la valeur des raisons précédentes, j'aurais hésité à formuler une affirmation en présence d'un cas aussi difficile, et je me serais renfermé dans une prudente réserve, si je n'avais pas constaté chez notre malade un

symptôme qui est regardé comme un signe important des lésions cancéreuses de la poitrine.

Dans la région sus-claviculaire gauche, et en remontant le long du bord postérieur du sterno-mastoidien, cet homme présente cinq ou six ganglions du volume d'une petite noix; ces ganglions ne sont pas seulement tuméfiés, ils sont indurés, et semblent rouler sous les téguments comme de petites boules. A droite, la même lésion est déjà manifeste, mais elle est moins avancée. Ce symptôme qui, dans l'espèce, est sans valeur chez l'enfant, en acquiert une très-grande chez l'adulte, comme signe des productions cancéreuses thoraciques et intra-thoraciques, et maintes fois l'autopsie a vérifié des diagnostics qui avaient été fondés principalement, sinon uniquement, sur l'engorgement et l'induration des ganglions cervicaux ou axillaires. Ce phénomène a dissipé mes hésitations, et j'ai admis, ainsi que je vous l'ai dit, l'existence d'un cancer pulmonaire, et conséquemment une péritonite chronique de même nature.

Le cancer du poumon se présente sous deux formes d'inégale fréquence. Le plus ordinairement, il est en masses plus ou moins volumineuses, qui occupent la totalité d'un lobe et envahissent aussi les médiastins; souvent même c'est dans cette dernière région que la morbifformation débute, et le poumon n'est atteint qu'ultérieurement, soit par une simple compression, soit par une extension réelle du travail pathologique: mais quelles que soient ces variétés d'ordre secondaire, cette première forme du cancer est caractérisée par sa disposition en masse, d'où il résulte que la lésion se traduit cliniquement par les signes des tumeurs intra-thoraciques. Dans

la seconde forme, que nous appellerons la forme diffuse, le cancer est déposé dans le parenchyme pulmonaire en noyaux disséminés plus ou moins nombreux; il n'y a plus alors aucun signe de tumeur, il y a simplement des signes de condensation et d'induration partielles dans les poumons. C'est cette forme diffuse que nous trouvons chez notre malade, c'est celle dont le diagnostic offre le plus de difficultés. En somme il repose tout entier sur le fait d'une condensation partielle et disséminée, qui ne peut être rapportée à aucune autre lésion plus commune. C'est déjà ce qu'exprimait Stokes dans l'une des conclusions du remarquable chapitre qu'il a consacré au cancer du poumon. L'existence d'une maladie cancéreuse, dit-il, peut être soupçonnée lorsqu'il y a des signes évidents de solidification simple, sans signes de pneumonie ou de tubercules (1). La connaissance que nous avons aujourd'hui de la sclérose pulmonaire introduit une troisième restriction dans cette proposition, d'ailleurs fort juste, du célèbre professeur de Dublin.

La cachexie profonde de notre malade vient en aide au diagnostic, mais il est bon de savoir qu'elle fait souvent défaut; l'absence fréquente du marasme et de la teinte jaune-paille, la rapidité parfois très-grande de la marche, sont deux traits importants du cancer pulmonaire dans ses deux formes. Carswell a rapporté l'histoire d'un jeune homme de vingt-cinq ans qui, six semaines avant sa mort, faisait encore le service actif du soldat. Entré à l'hôpital pour une gêne de la respiration qu'il n'avait jamais ressentie jusqu'alors, il présenta pour tout symptôme

(1) Stokes, *Diseases of the Chest*. Dublin, 1837.

une dyspnée croissante, avec une petite toux qui amenait l'expectoration d'un peu de mucus. Sans émaciation, sans fièvre hectique, il succomba à une asphyxie lente à la fin de la sixième semaine. — De gros noyaux de sarcome médullaire criblaient les deux poumons (1).

J'ai présenté à la Société anatomique les viscères d'un homme que j'avais observé à l'hôpital Beaujon, dans le service de mon regretté maître Malgaigne. Atteint depuis longtemps déjà d'un cancer des reins, cet individu était entré à l'hôpital pour des hématuries abondantes; il n'avait jamais éprouvé aucun accident du côté des poumons. Un matin, nous le trouvons en proie à une dyspnée assez marquée, et quelques jours plus tard il meurt asphyxié. Les reins étaient transformés en un tissu encéphaloïde, et les poumons contenaient un grand nombre de noyaux de même nature.

Mais le plus remarquable exemple de la marche soudainement rapide du cancer pulmonaire est certainement celui que j'ai vu en 1861, chez un malade du même hôpital. C'était un mécanicien du chemin de fer de Paris à Corbeil. La veille de son entrée à l'hôpital, il était en bonne santé, s'étonnant seulement d'avoir depuis deux jours l'haleine un peu plus courte que d'habitude. Ce jour-là, dans l'après-midi, il conduisit un train de Paris à Corbeil. Jusqu'à Juvisy tout va bien, rien de nouveau n'est survenu; arrivé à Corbeil, cet homme était aphone, et le lendemain c'était d'une voix éteinte qu'il me donnait les détails précédents. A l'aphonie s'était jointe de la dysphagie, et je trouvais sous la clavicule gauche, et des-

(1) Carswell, *Cyclopædia of practical Medicine*, art. SCIRRHUS.

endant jusqu'au mamelon, une matité énorme, tandis que l'auscultation montrait dans la même étendue un souffle bronchique presque caverneux, et un retentissement de la voix plus voisin de la pectoriloquie que de la bronchophonie ordinaire.

Deux jours plus tard, il y eut de l'œdème du membre supérieur gauche, et une semaine après son entrée, jour pour jour, le malade mourut. Une masse énorme de tissu encéphaloïde occupait la partie supérieure du médiastin antérieur; la bronche droite et sa division supérieure traversaient la masse morbide qui s'était assimilé la totalité du lobe supérieur du poumon. Il est clair que le travail pathologique remontait à une date déjà ancienne; mais les accidents cliniquement appréciables, surgissant avec une effroyable brutalité, avaient duré huit jours.

Dans certains cas, le diagnostic est facilité par la notion d'une opération subie antérieurement par le malade, ou par l'existence d'une cicatrice extérieure, qui devient l'occasion d'une investigation anamnétique particulière. Martin (d'Iéna) avait pratiqué l'ovariotomie pour une tumeur ovarique de mauvaise nature; contrairement à ce qui se voit d'ordinaire en pareil cas, l'opérée guérit; un an plus tard, elle fut prise de dyspnée et mourut rapidement. Le cancer avait repullulé dans les poumons, et là, pas plus que dans l'ovaire, il n'avait amené la cachexie spéciale. Le diagnostic fut fait par la connaissance qu'on avait des caractères de la tumeur ovarique (1).

Deux fois déjà, à une année d'intervalle, remplaçant ici

(1) Martin, *Eierstock's-Geschwülste, deren Erkenntniss und Heilung*, etc., Iéna, 1852.