

CANCER DU PÉRITOINE

ET SIGNES DE LA PÉRITONITE CHRONIQUE (1)

Sommaire. — Observation clinique suivie de réflexions.
Considérations générales sur la péritonite chronique. — Symptôme de la péritonite cancéreuse. — Importance de l'engorgement ganglionnaire dans cette maladie.
Lésions anatomiques.

MESSIEURS,

Il y a quelques semaines, je vous entretenais d'une malade offrant les signes d'une ascite et chez laquelle j'avais diagnostiqué un carcinome du péritoine.

Un nouvel incident, survenu depuis notre dernière entrevue étant venu apporter des éléments nouveaux et confirmatifs de l'opinion que j'avais énoncée, je veux, avant de vous en rendre compte, revenir aujourd'hui sur l'histoire de cette malade.

La malade dont je veux vous parler est âgée de cinquante-neuf ans; sa figure est amaigrie, mais sa physionomie est pleine de vie et d'énergie; sa poitrine, ses bras sont également profondément émaciés, les côtes dessinent leur relief sous la peau du thorax; et puis, par un contraste saisissant, la moitié inférieure du corps présente un développement considérable; le ventre est surtout énorme, projeté en avant, presque conique: les jambes et les cuisses sont œdématiées sans avoir des dimensions proportionnées à celles du ventre. Cette femme nous raconte qu'elle a toujours joui, jusqu'à la maladie actuelle, d'une excellente santé. Son père paraît avoir succombé à une maladie accidentelle; sa mère est morte hémiplégique. Sans commettre d'excès d'aucun genre, elle avait l'habitude de se préparer le matin aux travaux de la journée, en avalant un petit verre de liqueur.

(1) Leçon publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, n^{os} 30 et 31, août 1867.

Elle a perdu ses règles à quarante-quatre ans. Il y a quatre ans, environ, onze ans par conséquent après la ménopause, elle fut prise, sans cause appréciable, d'un flux sanguin par la vulve: ce flux, qui n'était accompagné d'aucune douleur, qui ne l'empêchait pas de se livrer à son travail, cessa spontanément au bout de six mois, et fut remplacé par une leucorrhée séreuse qui n'a disparu que depuis deux à trois mois. Il y a cinq à six mois, ses jambes et ses cuisses commencèrent à se tuméfier, la tuméfaction était plus prononcée le soir à la suite des fatigues de la journée, elle devint considérable, puis diminua il y a deux mois et demi, et en même temps le ventre commença à augmenter de volume. Le développement morbide fit de rapides progrès sans causer d'autre sensation pénible que celle qui résulte de la tension excessive des parois abdominales.

Forcée de s'arrêter il y a quelques semaines, cette femme nous a demandé un lit, mais la diminution de l'œdème des jambes s'était manifestée plus d'un mois avant qu'elle fût obligée de garder le repos; depuis un mois elle a des selles molles et quelquefois liquides. Le teint de la malade est un peu vergeté; ses joues, d'un rouge jaunâtre, sont arborisées de vaisseaux capillaires hypertrophiés, les artères radiales dures, cannelées, athéromateuses, battent régulièrement et avec une fréquence modérée. Les membres inférieurs sont œdématiés sans offrir des dimensions très-anomales. La peau du ventre est tendue, soulevée par des veines dilatées qui témoignent de la gêne qu'éprouve la circulation veineuse profonde: un trouble même léger de cette circulation comme celui qui résulte du météorisme de la fièvre typhoïde suffit pour amener cette dilatation supplémentaire des vaisseaux superficiels. En appuyant le doigt sur la peau, on voit converger vers le point comprimé de très-longs plis radiés qui témoignent ordinairement de l'œdème des téguments; mais l'œdème devient plus évident quand on appuie le stéthoscope sur l'abdomen, il laisse une rigole profonde, circulaire, qui circonscrit un espace saillant; c'est le meilleur procédé que je connaisse pour constater l'infiltration des parties molles superficielles, dans les régions où elles ne reposent pas sur un plan osseux résistant.

La percussion fait constater un son clair, tympanique dans toutes les parties moyennes de l'abdomen.

Dans l'épigastre et les hypochondres, cette sonorité se prolonge à droite dans la région iliaque et vers le flanc où elle devient plus obscure, et dans la partie la plus déclive est remplacée par un son mat.

L'hypochondre, le flanc, la région iliaque gauche sont le siège d'une matité qui est sensiblement limitée en dedans par le bord externe du muscle droit. Ainsi, les limites de la matité et de la sonorité sont marquées par une ligne très-irrégulièrement brisée qui, suivant la partie externe du flanc droit, longe la fosse iliaque, remonte au niveau de l'hypogastre, et

suit le bord externe du muscle droit du côté gauche pour se porter en dehors au niveau du flanc gauche.

En faisant coucher alternativement la malade sur l'un, puis sur l'autre côté, ces limites ne subissent pas un changement subit et complet, la matité du côté gauche devient incomplètement sonore, tandis que la sonorité droite diminue partiellement sans disparaître tout à fait. D'autre part, si on produit un petit choc sur un des côtés de l'abdomen, la main appuyée sur le côté opposé reçoit ce choc très-net, très-circonscrit, et il n'est pas modifié par une pression exercée sur la ligne médiane.

Le foie, refoulé en haut, remonte jusqu'au mamelon; en bas, la matité hépatique s'arrête à la septième côte, et fait place au son intestinal qu'on trouve dans la zone supérieure. Les dernières côtes sont écartées et comme étalées sur les hypochondres élargis. On trouve au niveau de l'anneau ombilical un petit disque dur, aplati, du volume d'une grosse amande, tenant par un pédicule à l'orifice de l'anneau. La malade nous raconte qu'elle avait une petite hernie facilement réductible qui depuis un mois a pris cette consistance et est restée au dehors.

Les ganglions inguinaux des deux côtés sont volumineux, durs, indolents. Le toucher vaginal permet de constater l'existence d'une tumeur dure, mamelonnée, remplissant le cul-de-sac postérieur, et repoussant contre le pubis l'utérus qui paraît sain, quoique peu mobile, et dont elle embrasse la face postérieure.

L'orifice du museau de tanche est lisse et légèrement entr'ouvert.

Cette tumeur est indolente; on la retrouve par le rectum, avec les mêmes caractères, s'étendant peut-être un peu plus à droite qu'à gauche. Une sonde introduite dans la vessie, pour apprécier la part qui pourrait être faite à cet organe dans la matité hypogastrique, en a fait sortir une petite quantité d'urine pâle, louche, muqueuse, qui n'a pas laissé, en se refroidissant, de sédiment briqueté, et qui, essayée par la chaleur et par l'acide nitrique, ne contient pas d'albumine.

L'examen de la poitrine n'y fait reconnaître aucune lésion appréciable des organes respiratoires; à la pointe du cœur, on constate un léger bruit de souffle systolique, indiquant une insuffisance de la valvule mitrale.

Ainsi donc, en résumant l'ensemble des phénomènes morbides observés chez cette malade, nous trouvons une ascite à forme inégale, compliquée de tympanite, une tumeur pelvienne avec induration des ganglions inguinaux, une infiltration des membres inférieurs, qui a précédé l'ascite et a notablement diminué pendant le développement de l'hydropisie péritonéale, et enfin au second plan et comme pouvant être la note d'un état diathésique antérieur à la maladie actuelle des

lésions cardio-vasculaires qui n'avaient produit ni essoufflement, ni palpitations, ni aucun trouble fonctionnel appréciable de la fonction circulatoire.

J'ai dit que notre malade avait une ascite; la forme du ventre, l'exercice régulier des grandes fonctions auraient pu faire penser à un kyste ovarique, mais la présence du paquet intestinal surnageant au-dessus de la masse liquide, la mobilité même partielle de celle-ci, constatée par la percussion et la palpation, ne permettaient pas de s'arrêter un moment à cette pensée repoussée déjà par la rapidité avec laquelle s'était développée l'intumescence abdominale.

Mais l'ascite est le plus souvent symptomatique; on admet une ascite primitive ou essentielle, résultat d'une hypersécrétion péritonéale; je crois en avoir observé un cas chez un malade qui avait passé une nuit couché sur un pré humide; mais ces ascites essentielles ne sont pas seulement très-rares, elles sont aiguës et passagères; nous avons affaire ici à une péritonite chronique.

Une des causes les plus communes de l'ascite, c'est la cirrhose; mais dans la cirrhose, le foie, comme ratatiné, a presque constamment diminué de volume. Je sais qu'on a observé quelques cas de cirrhose avec augmentation de volume du foie (1); mais c'est là une exception, et chez notre malade le foie présente ses dimensions normales. Chez elle, les urines ne sont pas briquetées, phénomène commun dans la cirrhose. Du reste, cette affection, si elle existait, ne suffirait pas pour expliquer cet œdème des membres inférieurs qui a précédé l'ascite, tandis que dans la cirrhose il ne se montre que consécutivement à l'hydropisie péritonéale, et n'offre pas, en général, le développement qu'il a présenté ici.

Nous trouverons bientôt, dans les caractères de l'épanchement abdominal, des différences plus décisives.

Si la cirrhose produit l'ascite par la gêne qu'elle apporte à la circulation de la veine porte, on comprend que d'autres conditions morbides puissent gêner la circulation veineuse abdominale, et amener le même résultat. Les tumeurs du foie, de l'estomac, de la rate, peuvent être compliquées d'ascite. Mais alors même que le médecin n'aurait pas assisté à l'évolution de la maladie, et n'aurait pas antérieurement constaté l'existence de ces tumeurs; alors même qu'on ne pourrait pas les sentir en refoulant, par une pression brusque de la paroi abdomi-

(1) Chomel dans ses cliniques disait en avoir observé deux cas.

nale, la couche liquide qui les recouvre, il existe dans ces cas des troubles fonctionnels graves que nous n'observons pas chez notre malade.

L'ascite n'est, d'autres fois, qu'un épisode d'une hydropisie plus générale. Ainsi, quand il survient dans le cours d'une maladie de Bright, il est précédé et accompagné d'anasarque. Chez notre malade, les parties supérieures n'ont jamais été œdématisées, et d'ailleurs, ce qui est péremptoire, l'urine n'est pas albumineuse.

Nous ne songerons pas davantage à ces ascites qui surviennent à une période avancée des affections cardiaques. Loin de remplacer l'œdème des membres inférieurs, elles en marquent en général le degré extrême, quoique les altérations hépatiques puissent concourir à en avancer le développement. D'ailleurs, chez notre malade, jusqu'à ces derniers temps, il n'y avait ni essoufflement, ni palpitations, ni aucun trouble des fonctions du cœur et du poumon. La légère altération que nous avons notée dans la valvule mitrale est une de ces lésions qui restent silencieuses tant que le muscle cardiaque conserve, comme ici, toute son activité, et qui sont extrêmement communes après l'âge moyen de la vie.

Après toutes ces éliminations, nous arrivons à une cause d'ascite moins commune sans être rare, et sur laquelle, je le dis d'avance, s'arrête mon diagnostic : c'est la péritonite chronique.

Le mot *péritonite* rappelle ordinairement à l'esprit l'idée d'une maladie violente accompagnée de douleurs véhémentes, parfois intolérables, de vomissements, de réaction fébrile intense. Ce tableau représente la péritonite aiguë; on en retrouve passagèrement quelques traits affaiblis dans certaines formes de péritonite chronique. Mais, il faut le savoir, la péritonite chronique peut être complètement indolente; elle peut se développer sans réaction fébrile notable ou au moins perçue par le malade. Or il ne faut pas toujours, sur ce point, accepter son témoignage sans contrôle, et vous voyez des phthisiques qui, avec une fièvre ardente, croient n'en point avoir.

M. Grisolle a cité l'observation d'un malade qui est resté longtemps dans son service avec une ascite attribuée, par ce professeur, à une péritonite tuberculeuse; il souffrait si peu, qu'il faisait parade de se donner de grands coups de poing dans l'estomac, pour montrer combien son ventre était indolent. Il succomba, et l'exactitude du diagnostic fut confirmée par l'autopsie.

Ce qui nous a d'abord fait croire, dans le cas qui nous occupe, à une

péritonite chronique, c'est la délimitation irrégulière de la sonorité et de la matité : quand les intestins flottent, libres de toute adhérence, dans le liquide ascitique, en vertu de leur légèreté spécifique, ils en occupent la couche supérieure, quelle que soit la position du malade; et, dans le décubitus dorsal, ils forment une région sonore, limitée par des lignes courbes presque circulaires; ici, au contraire, nous voyons la matité, partant de l'hypogastre, s'étendre dans le flanc gauche beaucoup plus que dans le flanc droit en suivant une ligne brisée. Le déplacement de la sonorité et de la matité n'est pas instantané, complet, quand on fait coucher la malade alternativement sur l'un et sur l'autre côté : si on la fait coucher sur le côté gauche, le flanc droit devient sonore, mais la réciproque n'a pas lieu : quand elle est couchée sur le côté droit, le flanc gauche conserve une sonorité obscure dans une grande étendue. D'une autre part, si la matité occupe à droite un plus large espace, elle n'est point partout complète, et au niveau du muscle droit, sous le son obscur qui remplace le son tympanique intestinal, une percussion énergique découvre une sonorité profonde attestant que l'intestin ne s'est pas déplacé, et qu'il se trouve au-dessous de la couche liquide qui s'est glissée entre lui et les parois du ventre.

Cette délimitation irrégulière de la matité, cette difficulté dans le transport du liquide d'un côté à l'autre, cette sonorité profonde sous une obscurité superficielle, quand elles existent, sont des signes que je crois importants pour distinguer la péritonite chronique de l'ascite qui accompagne la cirrhose.

Il y a des cas où le diagnostic est plus difficile, c'est quand les intestins sont maintenus fixés au rachis par des adhérences, et sont recouverts en avant par le liquide épanché; mais il est rare alors que le son intestinal ne se révèle pas en quelques points, surtout en faisant varier les positions du malade, ou ne se laisse pas deviner sous une percussion profonde. D'ailleurs dès que la forme de la tumeur, celle du ventre, les résultats du toucher vaginal, ne sont pas en rapport avec les caractères d'un kyste ovarique, on doit penser à une ascite, et explorer le ventre dans différentes situations pour arriver à des signes plus positifs.

Nous pouvons invoquer, en faveur de la péritonite, une autre présomption tirée de cette tympanite qui coexiste avec l'ascite; elle témoigne de l'inertie paralytique des fibres intestinales sous-jacentes au péritoine enflammé, et on la retrouve à des degrés divers dans toutes les formes de péritonite. Ici les anses intestinales ne sont pas seulement distendues,

elles sont immobiles, donnent à la main une sensation d'empâtement que Chomel regardait comme un des signes les plus importants de la phlegmasie chronique du péritoine.

Mais la péritonite chronique est presque constamment symptomatique; on l'a vue quelquefois succéder à des péritonites partielles aiguës; cependant ici nous ne pouvons admettre cette origine, puisque jamais chez notre malade on n'a observé aucun travail morbide à marche aiguë, et nous ne regardons pas, pour cette raison, la tumeur pelvienne comme pouvant être la conséquence d'une ancienne pelvi-péritonite.

La péritonite chronique est due le plus souvent à la diathèse tuberculeuse, et l'on trouve alors dans le péritoine, sur les organes abdominaux, dans les néoplasmes inflammatoires organisés, des myriades de petites granulations regardées déjà par Bayle et par Chomel comme distinctes du tubercule, opinion que M. le docteur Empis a reprise dans un récent travail, en donnant aux granulations de Bayle et de Chomel le nom de granulie. Mais la péritonite tuberculeuse est presque toujours accompagnée de productions tuberculeuses dans les poumons, d'antécédents de scrofule, d'entérite chronique. Ici il y a eu, depuis quelques semaines, de la tendance à la diarrhée; mais c'était un fait accidentel, et depuis quelques jours cette diarrhée a cessé. Le malade ne présente pas à la face ce dépôt pigmentaire dont j'ai signalé la fréquence dans la tuberculose abdominale. Le poumon n'offre à l'auscultation aucun point douteux; la respiration est partout ample et moelleuse. Je ne crois pas, chez cette femme, à une péritonite tuberculeuse; mais quand je rapproche dans ma pensée cette tumeur pelvienne dure, mamelonnée, de ces ganglions inguinaux volumineux, indurés, je suis porté à supposer, derrière l'ascite et derrière la péritonite, un cancer du péritoine.

Outre les raisons que nous avons fait valoir contre la tuberculose, l'âge de la malade est plutôt l'âge du cancer que l'âge du tubercule.

Je vous disais que, dans ce cas, le liquide contenu dans le ventre serait probablement sanguinolent. Le cancer des membranes séreuses produit, en général, des épanchements sanguinolents. Du reste, le liquide qui accompagne les inflammations tuberculeuses de ces membranes, peut offrir le même caractère.

J'ai observé et ponctionné plusieurs fois un malade qui avait un épanchement sanguinolent dans le péritoine, lié à une péritonite tuberculeuse, pendant que j'étais interne à l'Hôtel-Dieu, et je me rappelle l'émotion que j'éprouvai en voyant la couleur du liquide extrait par la

ponction, et la crainte que j'eus un moment d'avoir blessé l'artère épigastrique. On voit des pleurésies et des péricardites hémorrhagiques liées à la tuberculose.

L'importance que j'attache à l'engorgement ganglionnaire comme signe d'une affection cancéreuse m'a été enseignée par Chomel. Sans doute, il ne peut pas y avoir de rapport entre la tumeur pelvienne et ces ganglions; les lymphatiques du bassin se rendant aux ganglions profonds de l'abdomen. Mais dans le cancer du péritoine, il y a souvent des plaques cancéreuses sous la séreuse de la paroi abdominale, quelquefois dans cette paroi elle-même, et les ganglions inguinaux peuvent sentir le retentissement de ces localisations morbides. Dans le cancer abdominal, le péritoine est souvent couvert de granulations analogues à celles qu'on observe chez les tuberculeux. Faut-il en conclure, comme le veut M. Empis, que ces granulations soient purement inflammatoires et primitivement indépendantes de toute diathèse? Cette conclusion ne me paraît pas rigoureuse. En admettant, ce qui est contesté, que dans le cancer et dans le tubercule ces granulations présentent sous le microscope la même structure, qu'est-ce qui prouve qu'au centre de ces granulations, et comme point de départ de leur développement, il n'y ait pas des noyaux cancéreux ou tuberculeux provoquant la formation de ces petits néoplasmes, et y développant ensuite leur structure propre par une sorte de prolifération. Il y a bien longtemps que j'ai demandé qu'on injectât, dans les séreuses de certains animaux, de la matière tuberculeuse et cancéreuse. Quelques faits m'ont porté à soupçonner que ces granulations peuvent se développer consécutivement à l'ulcération d'agglomérats tuberculeux, comme par une sorte de dissémination de leur contenu. D'ailleurs, les éléments primitifs du cancer et du tubercule, cellules, noyaux ou nucléoles, peuvent être charriés avec le sang et déposés dans les tissus. Ce sont sans doute des hypothèses, et je les donne pour telles: mais je les énonce pour solliciter des expérimentations qui éclairent ces questions si essentielles et encore si obscures. Les expérimentations sont, comme le disait Kant, des interrogations adressées à la nature qui la forcent quelquefois à nous livrer ses secrets (1).

(1) Dans certains cas on peut observer une sorte de transition entre ces granulations qui dans leur aspect extérieur semblent n'avoir rien de caractéristique et des productions cancéreuses incontestables. Le fait suivant en est un exemple.

Chez une femme affectée d'un cancer encéphaloïde de l'utérus, existait autour du foie une masse de même nature qui paraissait extérieure à l'organe. La partie inférieure

Telle avait été la série de considérations que je vous avais exposées, et qui m'avaient conduit à admettre chez notre malade un cancer du péritoine. Je vous disais alors que la ponction pourrait fournir des données importantes à la solution du problème, en rendant palpables ces lésions que le raisonnement me portait à admettre; mais que je ne pratiquerais cette ponction qu'autant qu'elle me paraîtrait commandée par l'intérêt du malade. Cette indication n'a pas tardé à se présenter, et quelques jours après, la malade condamnée à l'immobilité et à de vives souffrances, privée de sommeil et d'appétit, réclamait notre intervention active; nous nous décidâmes à pratiquer la ponction du côté gauche où la matité était plus profonde et plus étendue, et au lieu d'élection, c'est-à-dire à la réunion du tiers externe avec les deux tiers internes d'une ligne étendue de l'épine illiaque antéro-supérieure à l'ombilic pour éviter à la fois l'artère épigastrique et le gros intestin. Il vaut mieux aller un peu en dehors qu'en dedans de ce point. Voici, en effet, ce qui m'est arrivé une fois, quand j'étais interne à l'Hôtel-Dieu: on m'amena un homme affecté d'ascite, ponctionné plusieurs fois auparavant, presque sans pouls, et dans un état d'asphyxie imminente. Mon chef de service ordonna la paracentèse qui fut immédiatement pratiquée, elle donna issue à une énorme quantité de liquide citrin, mais la vie avait été trop profondément déprimée pour pouvoir se relever, l'engouement pulmonaire parvenu à ses dernières limites ne fut pas modifié, et quelques heures après le malade succomba. A l'autopsie, je trouvai un caillot de l'épaisseur d'une mince feuille de carton et de la largeur de la paume de la main, étendu sur la masse intestinale dilatée. L'artère épigastrique avait été touchée, le malade n'avait pas perdu une cuillerée de sang et la faiblesse extrême du mouvement circulatoire avait empêché l'hémorragie de prendre des proportions plus considérables. Mais il est évident

de l'épiploon était farcie de petites tumeurs semblables, arrondies, parcourues par des vaisseaux, et desquelles, par la pression, on faisait suinter un liquide blanchâtre lactescent.

L'intestin était couvert de granulations miliaires, sous-jacentes au péritoine, et qui ne différaient en rien par leurs caractères extérieurs de celles qu'on observe dans la péritonite tuberculeuse. La plèvre, siège d'un épanchement hémorragique présentait des granulations analogues; il n'y avait pas de tubercules dans le poumon. Les petites tumeurs de l'épiploon semblent marquer le passage des granulations miliaires aux masses volumineuses situées dans le bassin et l'hypochondre droit. Bien qu'on trouve des épanchements sanguinolents avec les tubercules des séreuses, ils sont beaucoup plus communs avec le cancer; cette pleurésie hémorragique est donc déjà une présomption en faveur de la nature spécifique des granulations.

que dans d'autres conditions, cet accident, qui a été ici sans importance, eût pu être cause de dangers sérieux. Le muscle droit, consécutivement à la distension prolongée de la paroi abdominale, avait subi un élargissement considérable, et comme un éparpillement de ses fibres, qui avaient entraîné l'artère épigastrique bien en dehors de son trajet ordinaire. En examinant la cicatrice d'une ancienne ponction pratiquée à l'autre côté, je vis que le trocart avait pénétré entre l'artère et la veine; qu'ainsi la lésion des vaisseaux n'avait été évitée que par un effet du hasard.

Pour revenir à notre malade, chez elle la ponction donna issue à dix litres et demi d'un liquide sanglant, d'un rouge de plus en plus foncé à mesure qu'il s'écouait, la matière colorante s'étant accumulée dans les couches inférieures. Ainsi nos prévisions s'étaient réalisées quant à la nature du liquide épanché; elles n'étaient pas moins fondées quant à la maladie qui avait causé l'ascite; la palpation nous fit sentir dans l'hypochondre droit le bord antérieur du foie, abaissé et devenu inférieur par l'affaissement du ventre, hérissé de petites tumeurs dures, arrondies; une tumeur analogue, plus volumineuse, était perçue à gauche de l'épigastre et paraissait adhérente à la paroi abdominale. Les probabilités d'un cancer du péritoine sont donc devenues presque une certitude. Le développement de cancers abdominaux sans douleur, avec épanchement sanguinolent dans le péritoine, n'est pas un fait exceptionnel, et vous en lirez plusieurs observations dans la clinique de M. Andral.

Il y a dans l'histoire de cette malade un fait assez curieux, c'est cette métorrhagie indolente qui dura six mois, et fut suivie pendant trois ans d'une perte séreuse. Cette circonstance m'a frappé d'autant plus, qu'elle m'a rappelé un autre fait, offrant avec celui-ci quelque analogie, observé par moi à la Salpêtrière, en 1836, chez une femme de soixante-douze ans, affectée d'ascite et de complications pleuro-pulmonaires. Cette femme avait alternativement des crises de douleurs vives accompagnées d'une injection comme érythémateuse des téguments et un flux métorrhagique qui durait plusieurs jours.

A l'autopsie je trouvai des ulcérations tuberculeuses de l'intestin, une péritonite granuleuse et une sérosité rougeâtre surnageant à des dépôts de fibrine et de pseudo-membranes infiltrées de sang.

Quelle a été l'origine de cette métorrhagie dans ces deux cas? Dans le dernier, l'utérus était sain, et paraît également sain chez celle qui est le sujet de cette conférence. L'utérus a-t-il participé à la congestion péri-

tonéale? Cette explication me paraît le plus vraisemblable; et chez la malade atteinte de péritonite tuberculeuse, la violence des douleurs qui alternaient avec les pertes semblaient bien accuser dans ces régions un travail congestif; mais chez l'autre, cette congestion utérine a été silencieuse comme celle qui a précédé l'hémorrhagie péritonéale.

Appendice. — Au commencement de février, nous trouvâmes un jour cette malade avec une expression d'étonnement et d'abattement; son pouls était plus fréquent que de coutume, sans chaleur de la peau; une légère suffusion rouge colorait les joues; la langue était un peu collante; nous soupçonnâmes immédiatement une pneumonie ultime dont la percussion et l'auscultation nous confirmèrent l'existence; deux jours après, la malade avait succombé.

Autopsie. — Un liquide sanguinolent, au milieu duquel nagent de nombreux flocons fibrineux, remplit la cavité péritonéale; les viscères abdominaux offrent une coloration noire; les intestins sont réunis, comme soudés entre eux et fixés aux parties latérales de l'abdomen par de nombreuses adhérences, ils sont plus intimement et plus étroitement unis au côté droit, ce qui explique la persistance partielle de la sonorité dans le décubitus sur ce côté, et l'étendue plus grande qu'elle y présentait dans le décubitus horizontal.

Dans l'hypochondre gauche, on trouve une tumeur oblongue, de la grosseur d'une pomme, fixée à la paroi abdominale et à la grande courbure de l'estomac.

Une tumeur semblable occupe la face antérieure du même organe; l'une et l'autre sont constituées par du tissu encéphaloïde. Ces masses cancéreuses paraissent développées dans le tissu cellulaire sous-péritonéal qui a subi un développement considérable, est infiltré, et présente, dans certains points, une épaisseur d'un centimètre. On peut facilement détacher ce tissu et la séreuse qu'il double des organes sous-jacents; ceux-ci montrent alors leur coloration normale qui était masquée par la couleur noire de l'enveloppe péritonéale. Au niveau de l'intestin grêle, cette séparation de la tunique externe de la tunique musculieuse s'exécute avec une extrême facilité.

Dans l'excavation pelvienne existe une tumeur volumineuse, molle, friable, vasculaire, qui remplit le cul-de-sac rétro-utérin, rejette le rectum à droite et la matrice à gauche. Cette masse encéphaloïde a environ le volume de la tête d'un fœtus à terme.

Sur le péritoine pariétal, et principalement au niveau du flanc droit,

on trouve un grand nombre de granulations cancéreuses. Le chapelet des ganglions lombaires est complètement envahi par la dégénérescence carcinomateuse. Dépouillés de leur tunique péritonéale, tous les organes splanchniques paraissent sains, excepté le foie, qui présente à sa face inférieure de petits noyaux cancéreux.

Les poumons ne contiennent pas de tubercules, le lobe inférieur du poumon gauche est splénisé.