

refoulement de la base de la poitrine et du diaphragme de bas en haut.

« Interrogé sur son passé, il dit incidemment qu'ayant, à sa naissance, l'anus imperforé, il avait subi à ce moment une opération qui avait parfaitement réussi, et à la suite de laquelle on lui avait fait conserver, pendant 7 ans, une canule dans l'ouverture artificiellement pratiquée, et constituant le nouvel anus. Du reste, il n'attachait lui-même aucune importance à cette particularité de son existence, et le fait ne frappa pas tout d'abord, et ne sembla pas avoir de rapport avec la maladie actuelle. Il avait pu vivre comme tout le monde; il s'était marié et était devenu père de famille. Pourtant il éprouvait toujours une certaine gêne pour aller à la garde-robe. Il faisait de longs efforts pour parvenir à rendre une minime quantité de matières semi-liquides.

« Dans les derniers temps, quand vint la période où il se regarda comme sérieusement malade, il fut souvent pris d'une angoisse extrême, revenant par crises. Il se sentait anhéant, étouffé; il faisait des efforts inouïs, pour dégonfler son ventre, et quand il arrivait à faire sortir un peu de gaz, il se trouvait aussitôt soulagé. Dans l'intervalle des crises, il était bien portant.

« En présence des phénomènes qui viennent d'être racontés, il parut évident que la première indication à remplir était de diminuer l'ascite par une ponction abdominale. Cette ponction devait avoir lieu le lundi. Le samedi 23, le malade, à la visite du matin, semblait dans un état assez satisfaisant; bien entendu, le ventre n'avait pas diminué de volume; les veines sous-cutanées, grosses comme le doigt, en très-grand nombre, sur les côtés, jusqu'aux aisselles, et en avant, jusqu'au sommet de la poitrine, étaient pleines de sang, mais il n'y avait pas d'oppression bien sensible, et rien ne faisait prévoir une mort prochaine.

« Vers le milieu de l'après-midi, quelque temps après l'administration d'un lavement purgatif, cet homme se rendit aux cabinets; on l'y trouva bientôt, par terre, couché sur le ventre, se pressant contre le sol, et se comprimant l'abdomen de ses deux mains, s'efforçant ainsi d'arriver à une évacuation qu'il ne pouvait pas obtenir. Il étouffait; il était violet; il avait déjà le délire; on le transporta sur un lit; on courut avertir l'interne de garde qui se hâta pour faire une ponction abdominale *in extremis*; il était trop tard: quand l'interne arriva, le malade était mort.

« A l'autopsie, au lieu de la cirrhose que l'on s'attendait à trouver, on constata une dilatation extraordinaire de l'S iliaque et du rectum. Ces deux parties du gros intestin formaient ensemble *une poche énorme* qui éclata, en faisant entendre une violente détonation, quand on y porta le scalpel; elle laissa sortir, en même temps, une grande quantité de gaz et de matières fécales en bouillie liquide. Lorsqu'on la mesura, le lendemain lundi, bien que revenue sur elle-même et très-amointrie, *cette poche* avait encore 90 centimètres au moins de longueur et 70 centimètres de circonférence, à sa partie moyenne. L'anus fut trouvé très-étroit, et resserré de toute part, par un *tissu cicatriciel résistant*; à peine y pouvait-on faire pénétrer l'extrémité du doigt; immédiatement au-dessus de l'obstacle commençait la dilatation de l'intestin. Cette dilatation offrait cela de particulier que les *parois*, loin d'être dilatées et amincies, comme on aurait pu le supposer, étaient, au contraire, singulièrement *hypertrophiées et fortifiées* dans toutes leurs parties constitutives. Le tout avait une *épaisseur de un demi-centimètre* environ, et l'on voyait sur la surface interne des glandules grossies et des groupes de follicules clos plus apparents que d'ordinaire; de plus, à la face interne de la muqueuse, il existait des *fissures énormes*; ces fissures étaient artificielles, ou du moins *post mortem*; c'est une de

ces fissures qui, en se rompant, a déchiré la poche, au moment de la section des parois abdominales. Le foie était sain; également, la rate.

Nous avons ici la démonstration la plus évidente du mécanisme suivant lequel viennent à se produire l'hypertrophie compensatrice du cœur, par suite de certaines lésions d'orifices, celle de la vessie par suite du rétrécissement urétral, etc., etc. Dans tous ces cas, il s'agit d'organes creux, contractiles, cherchant à se vider, et d'un obstacle à vaincre. L'obstacle n'est pas tel qu'il ne cède en partie sous l'effort. Le dégorgeement, bien qu'imparfait, n'est pas nul, et le résultat de la contraction exagérée est, en somme, suffisant pour que cette contraction ait une raison d'être.

« Telles sont, en effet, les conditions au milieu desquelles se produit, en général, la dilatation hypertrophique. Autrement, s'il n'y a pas lutte, si la contraction la plus énergique doit être inefficace, tant l'obstacle est complet, l'organe cède, et il s'affaiblit en s'étalant.

« Il y a là un fait brutal, qui s'impose et doit être admis dans les écoles, et je dirais presque, au point de vue philosophique, dans les sectes les plus diverses. Il faut reconnaître dans des actes même inconstants de l'économie, une certaine loi d'utilité, ou, en d'autres termes, une appropriation plus ou moins complète de l'organe aux conditions dans lesquelles il se trouve pour l'accomplissement de sa fonction.

« Cette accommodation de l'organe est, pour le moins, aussi évidente en physiologie qu'en pathologie. Il y a bien longtemps que les plus grands observateurs en ont été frappés.

« Dans son admirable traité *de Utilitate partium*, Galien n'a fait que développer, en l'appliquant à toutes les parties du corps humain, cette idée féconde.

« Cuvier s'est appuyé sur elle pour reconstruire, avec quelques débris, un monde d'animaux fossiles.

« Darwin lui-même s'en inspirait inconsciemment en définitive, car tout en admettant une multitude d'essais informes et transitoires, il reconnaissait que les seules espèces permanentes étaient celles qui s'adaptaient bien aux nécessités fonctionnelles dans des conditions de milieu déterminées.

« Enfin, tout dernièrement, c'est elle que M. le professeur Broca a reprise magistralement, dans ses magnifiques leçons sur ce qu'il nomme, on ne sait pourquoi, anthropologie comparée. C'est avec son aide qu'il a fait comprendre et rendu palpables les différences de constitution, dans chaque partie du squelette, qui séparent les uns des autres les divers genres de singe et tous ces genres de l'homme; le moyen variant avec le but, et l'organe avec la fonction.

« En physiologie pathologique, on voit souvent aussi que, suivant la formule de M. Jules Guérin « la fonction fait l'organe, » c'est-à-dire que l'organe se plie, du moins dans certaines limites, aux nécessités du moment.

« Le résultat final est-il toujours utile, comme on le supposait alors que l'on nommait l'hypertrophie compensatrice du cœur, une hypertrophie providentielle ?

« Non, sans doute; il peut arriver que la lutte contre l'obstacle, entreprise ainsi par l'organe, qui cherche à se vider quand même, tourne au préjudice de l'individu.

« Nous en avons un exemple frappant dans l'observation qui précède.

« Cet homme succomba par l'effort énergique que cette poche intestinale, devenue si grande et si vigoureuse, faisait pour se débarrasser. Le matin encore, il se disait bien, et ne se plaignait pas d'oppression; l'intestin dilaté ne se contractant pas, pelotonné en quelque sorte dans l'abdomen, y trouvait sa place, et rien ne pouvait faire prévoir

une issue funeste si prompt, malgré le développement du ventre. Mais quand les coliques survinrent, quand cette poche musculaire, longue de près d'un mètre, se redressa en raidissant, quand les contractions synergiques de tous les muscles abdominaux vinrent concourir à ce même effort, le diaphragme fut refoulé et la poitrine comprimée à un tel point que la respiration devint impossible. Le malade mourut étouffé, non point *passivement*, pour ainsi dire, comme il arrive dans une ascite qui se développe graduellement, mais par un mécanisme actif, par une contraction musculaire qui lui comprimait la poitrine.

« Il avait déjà failli mourir de cette manière, à ce qu'il avait raconté. Plus d'une fois, il avait éprouvé un pareil sentiment d'angoisse et de suffocation. C'était ce qu'il nommait ses crises, crises qui cessaient d'ordinaire une fois l'intestin au repos, quand la surcharge en était diminuée par une selle, même assez minime, ou par l'émission de quelques gaz. Le soulagement était immédiat et assez complet pour causer une sensation de bien-être.

« Quand l'autopsie eut donné le mot de la maladie, on se remémora toutes ces circonstances qui auraient pu servir de base à un diagnostic différentiel, si l'on avait prévu la possibilité d'un cas semblable. En effet, ce n'est point par crises de ce genre que l'oppression se fait sentir quand il s'agit d'une cirrhose atrophique. On n'a pas ainsi des intervalles de bien-être. Le mal suit constamment sa marche, en produisant un état cachectique, qui ne cesse point et s'accroît toujours. Or, on ne peut pas dire que cet homme fut réellement cachectique. Le matin de sa mort, sa figure était vraiment bonne, assez fraîche, assez rose; et c'est là un signe sur lequel M. Vulpian appela l'attention. Un autre signe également rappelé de souvenir par cet habile observateur, et qui aurait pu faire écarter l'idée d'une ascite, c'est que le ventre était, jusqu'à un certain point, en carène,

pour ainsi dire, plus soulevé qu'il ne l'eût fallu vers la ligne médiane, surtout vers la base de la poitrine, au lieu d'être un peu étalé, ou régulièrement globulaire, comme on l'observe en général en cas d'épanchement de sérosité dans le péritoine.

« Maintenant, si l'on se demande quelle a pu être l'évolution de l'affection dont cet homme est mort, il est facile de s'en rendre compte.

« Depuis un temps indéterminé, le gros intestin ne s'est jamais vidé d'une manière complète.

« Il existait pourtant une ouverture anale qui permettait même d'administrer à ce malade des lavements.

« Il paraît donc, au premier abord, assez étrange que cette ouverture n'ait pas laissé passer les liquides et les gaz dont l'intestin était rempli dans les derniers jours de la vie.

« Mais c'est qu'il existait, en outre, comme on l'a vu à l'autopsie, dans cette poche intestinale, un grand nombre de corps trop volumineux et trop durs pour trouver passage à travers l'ouverture anale, limitée de toutes parts par une cicatrice inextensible. Des os de lapin, des noyaux de pêche, de prune, jusqu'à un bouton de culotte, ont été recueillis plus ou moins incrustés de sels calcaires; quelques-uns servaient de noyaux à des calculs intestinaux d'un gros volume. Lorsque le malade faisait effort pour aller à la garde-robe, il arrivait sans doute qu'un de ces corps se présentait à l'orifice, y faisait soupape et mettait obstacle à la sortie même du gaz. Alors le malade changeait de position, se tournait de tous côtés, se pressait le ventre de toutes manières, se tordait en tout sens et il parvenait ainsi parfois à rétablir momentanément le cours des matières, en déplaçant le corps étranger.

« Ceux qui ont des calculs dans la vessie procèdent à peu près de même, dans des circonstances et dans un but très-analogues.

« L'intestin se désencombraît dans une proportion suffisante pour que sa contraction ne fût plus mise en jeu par une réplétion excessive, mais il restait assez dilaté pour comprimer la veine-cave et nécessiter le développement d'une circulation veineuse supplémentaire par le réseau superficiel.

« Dans de telles conditions, il fallait peu de chose pour causer la mort. Un lavement purgatif en a été l'occasion. Mais il est certain que cet homme aurait bientôt fini par succomber dans une de ses crises, si l'on n'était pas intervenu chirurgicalement, en débridant ou dilatant l'anus artificiel, ce dont rien ne donnait l'idée.

« Nous ne ferons qu'indiquer en passant l'intérêt que cette observation offre au point de vue chirurgical.

« C'est un bel exemple d'un succès durable, après la création sur place d'un anus chez un enfant nouveau-né imperforé.

« Mais c'est aussi la démonstration des dangers qui peuvent encore, après des années, résulter de la rétraction cicatricielle.

« Une fois l'éveil donné, ces dangers sont assez faciles à prévenir ou à écarter quand ils existent. Mais un cas comme celui-ci était nécessaire pour provoquer à leur sujet la sollicitude prévoyante des praticiens. »

Je n'ajouterai que quelques mots à l'intéressante relation publiée par M. le D^r Révillout. Il est nécessaire de dire que l'étude de la fluctuation abdominale était venue confirmer l'idée qui s'était présentée la première à l'esprit, c'est-à-dire celle d'une cirrhose du foie avec ascite. En effet, on trouvait une fluctuation manifeste dans toutes les parties déclives de l'abdomen ; cette fluctuation était due à l'existence d'une grande quantité de matières fécales liquides dans cette énorme poche qui remplissait presque

tout l'abdomen. Il convient de rappeler aussi que le gonflement du ventre avait précédé l'apparition des premiers indices d'œdème des membres inférieurs. On doit ajouter encore que, bien qu'il ait parlé de malaises, d'angoisses antérieurement éprouvées, de difficultés pour aller à la garde-robe depuis des années, cet homme cependant n'avait jamais insisté sur ces antécédents et avait répété plusieurs fois qu'il n'était en réalité malade que depuis quelques mois. Enfin il n'est pas inutile de noter que l'on n'a eu ce malade sous les yeux que pendant deux jours et que l'on n'a pas pu procéder à un nouvel interrogatoire qui aurait peut-être fait naître des doutes sur l'exactitude du diagnostic posé.

Le mécanisme supposé par M. Révillout pour expliquer les difficultés de la défécation ne me paraît pas devoir être mis en cause. Les corps étrangers étaient en effet situés dans le cœcum, et non dans la dernière portion du côlon. Il faut bien plutôt penser que ces difficultés remontent à la naissance même, et qu'elles n'ont été que diminuées par l'opération faite alors. Il est probable que c'est dès les premiers temps de la vie que la partie inférieure du gros intestin a commencé à se dilater et que les parois de cet intestin se sont hypertrophiées. L'opération qui a ouvert l'anus imperforé n'a créé qu'un passage insuffisant pour les matières fécales. De là des défécations incomplètes, un séjour habituel des excréments dans le gros intestin ; des besoins fréquents d'aller à la garde-robe, et une lutte renouvelée sans cesse de la tunique musculieuse de l'intestin contre l'obstacle formé par un anus trop étroit. Au fur et à mesure que la dilatation augmentait, les contractions de l'enceinte musculaire de l'abdomen ne pouvaient plus diriger d'une façon régulière les efforts d'expulsion vers l'ouverture anale, et une partie seulement des gaz et des matières pouvait être rejetée. C'est ainsi que l'on peut s'ex-

pliquer pourquoi des gaz et des matières presque liquides étaient retenus, et pourquoi le malade arrivait à favoriser leur expulsion en faisant varier son attitude, en se pressant l'abdomen contre le sol, etc.

Il existe dans la science au moins un exemple ayant quelques rapports avec le précédent; la pièce est déposée au musée Dupuytren sous le n° 390; elle a été présentée à la Société Anatomique, en 1842, par M. le Dr Oulmont; il s'agit aussi, dans ce cas, d'une dilatation d'une partie du gros intestin, avec hypertrophie notable des parois. En lisant l'observation, d'ailleurs incomplète, on ne comprend pas bien le mécanisme en vertu duquel s'est produite la dilatation; du reste, cette dilatation était bien moins considérable que chez notre malade.

OBSERVATIONS

Obs. XLVIII. — *Cancer de l'œsophage, situé à la partie moyenne du médiastin postérieur. — Vaste poche créée par le travail ulcéreux. — Infection putride. — Mort.*

Le nommé B... Eugène, 48 ans, cocher.

Entré le 16 décembre 1876, salle Saint-Jean de Dieu, lit n° 21.

Antécédents. — Ce malade était, disait-il, d'une vigoureuse constitution. Il travailla, jusqu'à 20 ans, dans les filatures des Vosges; puis, en 1852, vint à Paris, où il fut atteint d'une fièvre typhoïde assez grave. Complètement remis au bout de 2 ou 3 mois, il se remit au travail; il était employé alors au chemin de fer d'Orléans.

En 1862 il quitta le chemin de fer et se fit marchand de

vins. En 1875, il est cocher. Il avoue avoir bu énormément de vin et d'absinthe surtout lorsqu'il était marchand de vin. *Pas de syphilis.* Son père, d'une bonne constitution, est mort d'une hernie. Sa mère, très-vigoureuse, vit encore.

Il a trois sœurs et un frère, très-bien portants tous les quatre.

Au commencement d'août 1876, un matin, où, selon son ordinaire, il allait déjeuner de bon appétit, les aliments qu'il avala ne veulent pas passer; ils sont arrêtés par « *quelque chose qui le serre dans la gorge* » au niveau de la première pièce du sternum; rien, sauf son bouillon, ne peut parvenir dans l'estomac.

Depuis cette époque, ni les aliments solides, ni les purées, ni les soupes, ne purent passer; le vin pur, lui-même, est rejeté après avoir été arrêté *par cette chose qui lui serre la gorge*. Le malade est obligé de se nourrir de lait, de bouillon, d'œufs frais et de vin coupé d'eau. Malgré son grand appétit et son désir d'ingurgiter des aliments solides, il ne peut avaler que des liquides.

A partir de ce moment il commence à rendre des matières glaireuses, surtout la nuit, mais ces matières glaireuses sont toujours claires et transparentes. — Elles furent examinées avec soin par sa femme et par lui; ils ne purent jamais y découvrir la moindre trace de sang ou de matière noire.

Jamais il ne ressentit de douleurs dans l'estomac ni dans le ventre. — Il ne souffrit, ni de diarrhée, ni de constipation. Il allait à la selle d'une façon régulière, ne rendant d'ailleurs qu'une petite quantité d'excréments.

De temps en temps il a un peu de céphalalgie.

Il dit avoir considérablement maigri et s'être énormément affaibli depuis cette époque.

Le 16 décembre 1876, il entre à l'hôpital.

2 janvier 1877. *Etat actuel.* — Le malade est très-amaigri; son teint cependant est assez coloré et ne présente

aucune teinte cachectique. Faiblesse notable; le malade se fatigue très-vite.

Après chaque repas, le malade, qui d'ailleurs ne peut avaler aucun aliment solide, vomit; ce vomissement, et il insiste là-dessus, a lieu immédiatement à la fin du repas ou pendant ce repas, quand l'aliment qu'il a pris ne doit pas passer dans l'estomac.

Ainsi il prend une bouchée de pain, une gorgée de vin pur; aussitôt il éprouve une sensation de constriction dans la gorge au niveau de la première pièce sternale, et il rend immédiatement ce qu'il a pris; si le liquide avalé parvient à passer, le malade ne le vomit plus.

Jamais il ne lui serait arrivé de rendre ses aliments un certain temps après le repas; nous avons insisté beaucoup sur ce point auprès du malade, qui nous a affirmé ne vomir ses aliments, quand il les rendait, qu'immédiatement après le repas. (On s'est assuré du fait plusieurs fois.)

Jamais il n'a vomi de matières noires. Les glaires qu'il rend parfois sont toujours parfaitement claires.

Interrogé à plusieurs reprises pour savoir s'il n'aurait pas avalé des liquides caustiques, ou des os brisés, ou des arêtes, une épingle, etc., le malade a toujours répondu négativement.

L'examen de l'abdomen pratiqué avec le plus grand soin ne révèle l'existence d'aucune tumeur dans la région épigastrique, ni ailleurs. Les manœuvres d'exploration ne provoquent aucune douleur. Le ventre est souple; la peau offre l'aspect normal.

Foie. — Il paraît y avoir un certain degré d'augmentation de son volume. Aucune douleur à la percussion.

Rate. — Un peu hypertrophiée.

Cœur. — Sain.

Poumons. — Quelques râles sonores. Le malade tousse un peu. — Sonorité normale. — Pas d'ictère.

Pas d'œdème des membres inférieurs. Pas de bouffissure de la face.

Urine. — Ni sucre, ni albumine. Aucun dépôt spécial.

Traitement. — On cherche à varier, autant que possible, l'alimentation liquide.

On donne, de plus, quelques gouttes de teinture de noix vomique.

La dernière moitié du mois de décembre est assez bonne; peu de vomissements.

5 janvier. — Le malade a toussé toute la nuit.

Quelques râles ronflants au sommet du poumon droit.

6 janvier. — Le malade n'a pu boire son lait; il l'a rendu immédiatement.

7. — Le malade a pris un potage au vermicelle, ce qu'il n'avait pas fait depuis longtemps. — Toux diminuée.

8. — Le malade a beaucoup souffert de la gorge la nuit; il tousse continuellement.

Râles ronflants des deux côtés de la poitrine, en haut (surtout à droite).

L'examen des divers organes, pratiqué de nouveau très-attentivement, donne les mêmes résultats négatifs. On formule le diagnostic suivant: Rétrécissement de l'œsophage, produit vraisemblablement par un épithélioma de la membrane muqueuse œsophagienne.

14. — Le malade a vomi la veille, matin et soir, son potage qui n'est pas parvenu jusqu'à l'estomac, malgré des efforts persistants. Ce matin il a bu du lait.

15. — Le malade ne peut toujours pas déglutir ses potages.

L'introduction d'une sonde œsophagienne, à bout olivaire de petit volume, est facile jusqu'à quatre ou cinq centimètres environ au-dessus du cardia. Là, on rencontre un obstacle que l'on n'a pas franchi.

17. — Les potages passent.

18. — Constipation opiniâtre.
20. — Le malade dit s'affaiblir; il tousse beaucoup; il ne peut guère prendre que du lait.
21. — Il vomit le matin.
- 1^{er} février 1877. — On le nourrit, depuis huit jours, avec de la viande crue, hachée.
- Le malade reprend des forces et ne vomit plus.
- 5 février. — Il avale avec plus de difficulté et vomit depuis deux jours.
6. — Le malade ne peut plus rien boire, même le lait.
8. — Les vomissements ont cessé, le malade peut, de nouveau, manger de la soupe.
10. — Un peu de nausées après l'ingestion des aliments.
22. — Le malade avale avec facilité la soupe, le potage et des petits morceaux de pain; — il engraisse et reprend à vue d'œil.
- 3 mars. — Léger mouvement fébrile le soir.
- 12 mars. — On lui passe la sonde œsophagienne, sans aller plus loin qu'autrefois. — Le malade arrive à pouvoir déglutir des petits morceaux de pain et de viande.
- 4 avril. — *Polyurie* (3 litres); un peu d'albumine dans l'urine, d'une façon intermittente.
- 1^{er} mai. — Le malade reprend et engraisse.
8. — Depuis quelques jours le caractère du malade change; il devient taciturne; l'appétit diminue, la face jaunit, et il maigrit.
15. — Le malade est pris d'un léger frisson dans la matinée.
18. — Frisson intense, avec claquements de dents, et élévation notable de la température: le matin, à 9 heures 39° 4); frisson suivi de sueurs abondantes.
- Le malade maigrit; la teinte subictérique de la face augmente; il a un peu de céphalalgie; somnolence, stupeur;

- quelques nausées. Injection sous-cutanée de deux centigrammes de lactate de quinine.
19. — Même état, frisson au moins aussi intense que la veille; la stupeur, l'abattement augmentent. — T. (39° 4).
Injection de lactate de quinine, 2 centigrammes.
- 20 mai. — Le malade est de plus en plus abattu, dans un demi-coma.
- Il comprend à peine les questions qu'on lui adresse; mais il faut remarquer qu'il est devenu sourd depuis les injections de lactate de quinine.
- La teinte subictérique se prononce encore davantage et le malade maigrit à vue d'œil. (T. 39° 8, le soir.) Injection de lactate de quinine, un centigramme.
- Le malade fait sous lui. — Il vomit.
- Polyurie comme autrefois, et légère quantité d'albumine dans l'urine, mais d'une façon intermittente. Commencement d'eschare dans la région sacrée.
21. — Le malade est dans un coma complet, dont on ne le tire qu'avec grande difficulté, et c'est à peine s'il comprend alors les questions qu'on lui fait. — Ecchymose à l'œil droit; la pupille est un peu contractée. — Il fait sous lui.
- Le pouls est petit, fréquent, un peu irrégulier, trémulant. Rien au cœur.
- Quelques râles de bronchite, et un peu de râles sous-crépitants dans les 2 poumons, à leur base, et en arrière. Pas de diarrhée.
- On constate sur les jambes des plaques brunâtres, comme pigmentées, semblables à celles que produit, à la longue, un eczéma variqueux. — Ces taches n'existaient pas à son entrée à l'hôpital et il est certain qu'elles ne se sont formées que depuis quelques jours.
- 22 mai. — Urine ammoniacale. Pas d'albumine. T. soir (39° 7).
- Le malade est dans un coma absolu.