

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

ESSAI

SUR LE

CANCER RÉTRO-PÉRITONÉAL

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

PAR

WILFRIDO VÉNÉGAS,

Docteur en médecine des Facultés de Paris et de New-York.

PARIS

**A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 29-31**

1876

A LA MEMORIA DE MI PADRE

A MI CARA MADRE

ESSAI

SUR

LE CANCER RETRO-PÉRITONÉAL

L'observation d'une malade que nous avons eu l'occasion de suivre dans le service de M. le professeur E. Seé, à la Charité, a été le point de départ de ce travail. Il s'agissait d'une femme arrivée au dernier degré de la cachexie, et présentant des douleurs abdominales d'une intensité horrible.

La nature des accidents et surtout l'aspect de la malade avaient fait penser à la possibilité d'un cancer intra-abdominal, siégeant probablement dans l'estomac. L'autopsie montra qu'en effet, il existait une tumeur cancéreuse, mais que cette tumeur était située au-devant de la colonne vertébrale, et avait pris naissance probablement dans le tissu cellulaire prévertébral arétro-péritonéal. Telle fut l'opinion émise par M. Sevestre, chef de clinique de M. Seé, lorsqu'il présenta la pièce à la *Société anatomique*.

N'ayant point trouvé dans les auteurs classiques la description de cette maladie, nous avons pensé qu'il y aurait peut-être quelque intérêt à rassembler les faits analogues, et à les comparer les uns aux autres.

Lobstein (1) paraît avoir été le premier à signaler ces tumeurs, qu'il désignesous le nom de *tumeurs cancéreuses rétro-péritonéales*.

La description qu'il en donne, est d'ailleurs presque exclusivement anatomique.

Bayle et Cayol, dans le dictionnaire en 60 (2), décrivent la même lésion sous le nom de *masses cancéreuses abdominales*, parce que en effet, elle n'est pas toujours disposée sous forme de tumeur, mais souvent étalée, ou bien en quelque sorte coulée entre les différents viscères.

Les deux articles qui précèdent ont été résumés par les auteurs du *compendium de médecine*.

A part les descriptions que nous venons de citer, et une courte note de Virchow, dans son traité des tumeurs (3), nous n'avons trouvé dans nos recherches bibliographiques que des observations isolées.

La plupart de ces observations sont consignées dans la collection si riche des Bulletins de la Société anatomique. Nous avons trouvé également quelques faits dans les Bulletins de la Société de biologie, dans les archives de médecine, etc. Il en est plusieurs autres qui sont mentionnés dans certains auteurs, mais dont nous n'avons pu nous procurer le texte original. C'est à l'aide de ces matériaux que nous avons tenté de décrire les *tumeurs* ou les *masses cancéreuses rétro-péritonéales* (car nous emploierons indifféremment ces deux termes). Au lieu d'intercaler dans le texte les observations qui concernent spécialement tel ou tel point, nous avons préféré, pour plus de clarté les rejeter à la fin. Nous avons rapporté *in-extenso* les plus intéressantes, et résumé ou simplement signalé les autres faits.

(1) Lobstein, Anat. path., t. I, p. 445.

(2) Dict. en 60 vol., art. *Cancer*.

(3) Virchow. Traité des tumeurs, trad. franç., t. II, p. 265.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les tumeurs rétro-péritonéales occupent généralement la partie moyenne de l'abdomen. Elles sont situées au-devant de la colonne vertébrale, au point d'insertion du mésentère, et particulièrement au niveau des dernières vertèbres lombaires ; mais ordinairement aussi elles présentent des prolongements, soit en avant ou sur les côtés, soit en haut, soit en bas vers le bassin ; elles peuvent ainsi débiter en ce point, et même s'y développer presque exclusivement.

Le *volume* de ces tumeurs est variable, suivant l'époque à laquelle on a occasion de les observer ; il atteint généralement, au moment de la mort, le volume d'une tête de fœtus, mais peut être notablement plus considérable.

Celle qui fit succomber Hermann, disent les auteurs du *compendium*, remplissait presque tout le bassin, et remontait jusqu'à l'ombilic, Boerhaave a désigné sous le nom de stéatome une tumeur de cette nature, du poids de sept livres, qu'il trouva sur le cadavre du marquis de Saint-Alban.

Il est d'ailleurs assez difficile d'apprécier ce volume d'une façon exacte, en raison de la *forme* irrégulière de ces tumeurs et de leurs connexions avec les viscères abdominaux ; car souvent elles se moulent sur toutes les inégalités des parties adjacentes.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, elles ont leur maximum de développement et probablement leur point d'origine à la partie inférieure de la région lombaire ; on trouve à ce niveau une masse plus ou moins volumineuse, souvent bosselée et présentant, en outre, des irradiations plus ou moins considérables dans telle ou telle direction. Les organes voisins peuvent être repoussés sans subir de modification, dans leur structure ; mais dans d'autres cas, ils adhèrent intimement à la tumeur, ou

se confondent plus ou moins avec elle. L'étude de ces *rappports*, fort intéressante au point de vue anatomique, l'est plus encore peut-être au point de vue clinique; malheureusement ces rapports ne sont pas toujours indiqués dans les observations, ou ne le sont que d'une façon très-incomplète.

Les tumeurs rétro-péritonéales sont appliquées au devant de la *colonne vertébrale*, dont elles peuvent être isolées facilement dans le plus grand nombre des cas; il n'en n'est cependant pas toujours ainsi, et dans quelques faits, les vertèbres étaient envahies par le cancer, ou présentaient une destruction plus ou moins marquée.

Il en est de même des *muscles* qui sont ordinairement sains; mais d'autres fois, la tumeur adhère intimement à la gaine des psoas, ou même se propage dans le muscle lui-même.

Les *reins* sont tantôt libres, tantôt adhérents à la tumeur; l'altération peut être bornée à la capsule ou pénétrer dans la substance rénale, sans qu'il soit possible de séparer ces organes de la masse morbide; ailleurs, ils présentent dans leur intérieur des noyaux cancéreux complètement isolés; il est rare du reste que les deux reins soient affectés.

La *rate*, saine dans un bon nombre de cas, est souvent aussi envahie, et quelquefois il est permis de se demander si elle n'aurait pas été le point de départ des accidents.

La même réflexion s'applique plus justement encore au *pancréas*, qui dans la plupart des cas est plus ou moins confondu avec la masse morbide.

Le *foie* au contraire est généralement libre de toute connexion avec la tumeur, mais il présente assez souvent des noyaux de cancer secondaire. Sans que le foie soit affecté, le canal cholédoque peut être comprimé ou confondu dans la production morbide, de façon qu'il y ait rétention de la bile.

L'*estomac* et les *intestins* se comportent d'une façon très-aria-

ble ; ils peuvent être simplement repoussés par la tumeur ; mais, le plus généralement, ils affectent en différents points des rapports intimes avec elle. Les parois peuvent être absolument saines, malgré une adhérence parfaite portant sur une étendue assez grande ; elles peuvent aussi être altérées, et l'on trouve alors soit un envahissement de toutes les tuniques avec tumeur proéminent plus ou moins dans la cavité, soit une ulcération du côté de la muqueuse, dans quelques cas la destruction des parois à pu produire un anus contre nature.

D'autres fois, sans qu'il y ait de propagation à l'estomac ou à l'intestin, il existe une compression circulaire, ou encore des brides fibreuses qui rétrécissent, en un point limité, le calibre de ces conduits. L'obstruction plus ou moins complète de l'intestin par ces brides ou par la tumeur elle-même est, en effet, très-fréquente.

Les vaisseaux sont affectés aussi d'une façon diverse. Les *artères* sont ordinairement respectées ; l'aorte est souvent entourée presque complètement sans que les parois soient envahies, et il ne semble pas non plus, à la lecture des observations, que les artères qui en naissent présentent de lésion appréciable. Lobstein dit expressément que l'artère splénique reste libre, tandis que la veine est oblitérée.

Les *veines* sont souvent remplies par un caillot, et ce fait est surtout appréciable pour les petites veines, particulièrement pour les branches de la veine-porte ; le tronc de cette veine peut être lui-même oblitéré plus ou moins complètement ; mais il est beaucoup plus rare de rencontrer une obstruction des bronches et surtout du tronc de la veine-cave.

L'état des *lymphatiques* n'est généralement pas mentionné dans les observations ; mais si l'on se rapporte à ce qui a lieu ordinairement dans le cancer, il n'est pas douteux que les

(1) Soc. de biologie, 1863, Pallini.

vaisseaux et les ganglions lymphatiques présentent, dans la plupart des cas, même dans tous, des lésions importantes. Pour ce qui concerne le ganglion, ils paraissent être assez souvent le point de départ de la production morbide, et dans quelques cas, le *canal thoracique* était rempli de substance encéphaloïde.

Les lésions des *nerfs* sont aussi mal connues. Il est bien probable qu'ils subissent des altérations analogues à celles que M. Cornil a décrites dans certains cas de cancer de l'utérus (1); et l'intensité des douleurs observées dans la plupart des cas, est en quelque sorte la preuve clinique de ces altérations; mais les détails anatomiques consignés dans les observations ne sont pas suffisants pour qu'on puisse l'affirmer.

Considérées en elles-mêmes et indépendamment des organes avec lesquels elles sont en rapport, les masses rétro-péritonéales offrent des apparences très-diverses et qui varient, non-seulement suivant les différents cas, mais pour la même tumeur, d'un point à un autre.

« Lorsqu'on divise une de ces masses avec un scalpel et qu'on examine les surfaces coupées, dit Lobstein, elles offrent l'aspect le plus varié, soit par la différence des substances, soit par leurs diverses colorations. Une partie de couleur rosée alterne avec une autre qui est blanche, demi-transparente ou de couleur de corne; vient ensuite un faisceau de vaisseaux sanguins, semblable à une longue méche de cheveux; à celui-ci succède une bouillie d'un gris-jaunâtre; à côté de cette dernière, se voit un tissu grassex d'un jaune-clair, mais plus dense qu'à l'ordinaire et pour ainsi dire squirrheux, plus loin se présente une cavité remplie de sang caillé; dans un autre point, on découvre une masse pulpeuse et noirâtre. »

Ces différences d'aspect sont d'ailleurs faciles à comprendre, en raison de la diversité d'origine de ces tumeurs et des transformations que peut subir le tissu qui les constitue.

Dans un certain nombre de cas, les tumeurs rétro-péritonéales ont une consistance dure, presque ligneuse ; elles se laissent couper difficilement et crient sous le scalpel ; lorsqu'on examine le tissu qui la forme, on lui trouve une coloration blanchâtre, quelquefois un peu bleuâtre et comme nacré ; il n'est pas rare non plus de rencontrer, au milieu de cette masse d'apparence fibreuse, quelques points jaunâtres, que l'on reconnaît au microscope pour des restes de tissu adipeux. Ce tissu, d'apparence fibreuse, se distingue cependant du tissu fibreux véritable par l'existence du suc que l'on peut en faire sortir, et dans lequel l'examen histologique démontre des cellules très-variées de forme et de dimension. Ce tissu, présentant à l'œil nu les caractères du *squirrhé*, est le type du *carcinome fibreux* ; sur des coupes minces, on y distingue des alvéoles séparées par d'épaisses cloisons fibreuses et contenant, dans leur intérieur, les cellules signalées tout à l'heure.

Dans d'autres cas, le tissu est plus mou ; sa coloration, d'un jaune rosé, rappelle celle de l'encéphale ; c'est l'*encéphaloïde* ou *carcinome médullaire*, caractérisé aussi par sa disposition alvéolaire, mais différant du carcinome fibreux par la faible épaisseur des cloisons et les grandes dimensions des alvéoles. Le *cancer gélatiniforme* a aussi été observé ; nous en rapportons plus loin une observation présentée par M. Depaul à la Société anatomique et publiée avec plus de détail dans le *Traité d'anatomie pathologique* de Cruveilhier. Malheureusement, l'examen histologique de cette tumeur n'a pas été fait ; il s'agissait probablement d'un carcinome colloïde. Il nous semble que l'on peut rapprocher de cette variété le fait de M. Ferréol, dans lequel des *kystes* coexistaient avec un cancer très-net.

Les tumeurs rétro-péritonéales peuvent aussi être formées par des tissus rangés cliniquement dans le cancer, mais qui, au point de vue histologique, doivent être distinguées du car-

cinome. Nous rapportons plus loin un certain nombre d'observations de *sarcomés* rétro-péritonéaux.

Enfin, dans quelques cas, ces tumeurs avec les caractères cliniques du cancer étaient peut-être des *lymphadénomes*. C'est ainsi que l'on trouve dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1872) l'observation d'une tumeur désignée sous le nom de lymphadénomes, et que M. Cornil rapprocha du cancer retro-péritonéal de Lobstein. Là encore, l'examen histologique n'apas été publié.

Nous rapportons aussi plus loin l'observation d'un cas désigné par M. Broca sous le nom de *lipome* dégénéré, et pour lequel l'examen histologique fait défaut; il est bien probable qu'il s'agissait d'un carcinome fibreux développé primitivement dans le tissu conjonctif rétro-péritonéal.

Du reste, nous rappelons ici que nous entendons borner notre étude aux tumeurs qui, cliniquement, se rapprochent du cancer, et que nous laissons de côté les autres variétés, tuberculeuse ou adénoïdes, développées dans la même région.

A quelque variété que ces tumeurs appartiennent, elles peuvent présenter des altérations qui ne sont d'ailleurs jamais plus fréquentes que dans le carcinome médullaire ou encéphaloïde. Dans cette forme surtout, et plus rarement dans les autres, on trouve des parties qui sont le siège d'un *ramollissement* plus ou moins complet, et parfois s'en vont en bouillie. Dans d'autres cas, on y trouve des foyers hémorragiques à divers degrés d'évolution, et ces foyers sanguins ont même pu être pris pour des anévrysmes, ainsi que cela eut lieu dans un fait publié par Bayle et Cayol, et dont on trouvera plus loin les détails. Il n'y a, d'ailleurs là, rien de particulier au cancer rétro-péritonéal, et qui ne puisse être observé dans les autres régions.

Le *point de départ* des tumeurs cancéreuses retro-péritonéales est mal connu. Dans un assez grand nombre de cas, elles

paraissent s'être développées primitivement dans les ganglions lymphatiques; cette origine est considérée comme assez ordinaire par les auteurs anciens, et quelques faits plus récents montrent, qu'en effet, il peut en être ainsi; mais il n'est pas douteux non plus que souvent le point de départ est dans le tissu cellulaire. Virchow a même cherché à établir dans quelle partie des tissus conjonctifs avait lieu le développement de certains sarcomes rétro-péritonéaux.

« On pourrait présumer, dit-il (1), qu'ils proviennent du tissu graisseux lâche de ces régions; il est cependant, à en juger par leur structure, plus vraisemblable d'admettre que des membranes fibreuses, notamment des aponévroses, en sont le point de départ. »

Ajoutons, d'ailleurs, que certaines tumeurs rétro-péritonéales peuvent s'être développées primitivement dans un des organes de l'abdomen (pancréas, rate, etc.); mais ces cas diffèrent de ceux que nous avons voulu décrire sous le nom de tumeurs rétro-péritonéales, bien que, au point de vue des symptômes et du diagnostic, ils présentent une assez grande analogie.

SYMPTÔMES

Le début des tumeurs rétro-péritonéales est généralement très-insidieux et ne peut guère être fixé d'une manière précise. Elles existent probablement pendant un temps plus ou moins long sans manifester leur présence; mais les premiers symptômes qui attirent l'attention sur l'existence de cette affection sont le plus souvent des troubles digestifs et des douleurs abdominales. Ces douleurs, qui peuvent être très-intenses, occupent

(1) Traité des tumeurs. Trad. franç., t. II, p. 265.

dans la plupart des cas la partie supérieure de l'abdomen, au niveau de l'épigastre ou de l'ombilic; plus rarement la région hypogastrique ou le bassin; elles peuvent avoir leur maximum d'intensité vers la ligne médiane, mais souvent aussi elles sont plus vives à droite ou à gauche. Du reste, quelque soit le siège du maximum d'intensité de ces douleurs, elles se propagent généralement à tout l'abdomen et irradient dans toutes les directions.

Très-fréquemment il existe aussi une douleur dans la région lombaire ou la partie inférieure de la région dorsale, et il n'est pas rare que les malades signalent deux points où la douleur est plus intense, l'un à l'épigastre, l'autre vers la région lombaire.

Ces douleurs sont souvent très-vives et acquièrent rapidement une intensité horrible.

Parfois gravatives ou pongitives, elles sont d'autres fois comparées à une sensation de déchirure, de rongement, de brûlure.

Elles sont à peu près continues, mais présentent assez souvent des exacerbations qui n'offrent, d'ailleurs, aucune régularité dans leur apparition.

Outre ces douleurs générales, en quelque sorte, certains malades accusent des douleurs plus localisées et qui indiquent ordinairement l'envahissement de l'un des viscères de l'abdomen. Les uns ont des douleurs à l'épigastre, augmentées par l'ingestion des aliments, d'autres des douleurs dans le bassin du côté du rectum ou de la vessie.

Enfin, les douleurs peuvent n'être pas bornées à l'abdomen, mais se propager suivant la direction des nerfs qui en partent. Chez certains malades les symptômes se bornaient pendant longtemps à une douleur sur le trajet du nerf sciatique d'un seul côté ou des deux côtés, et c'est dans ce fait de sciatique

double que l'attention doit être spécialement dirigée du côté des organes abdominaux. La sciatique présente d'ailleurs dans ces cas ses caractères habituels et se fait remarquer par son intensité et sa ténacité.

D'autres névralgies symptomatiques peuvent encore être observées, et l'on a vu par exemple, des névralgies du nerf crural, des nerfs lombaires, etc. Du reste, il paraît naturel d'attribuer à une altération matérielle ou fonctionnelle des nerfs les douleurs que l'on observe dans les cas de tumeurs rétro-péritonéales, et c'est un point sur lequel insiste John W. Ogle, dans un mémoire auquel nous emprunterons plus loin une observation.

Les douleurs abdominales dans les cas de tumeurs rétro-péritonéale, coïncident généralement avec des troubles fonctionnels qui paraissent présenter quelque analogie avec ceux que l'on observe dans certains cas d'ataxie locomotrice et qui, par suite, semblent pouvoir être attribués aussi à un trouble nerveux. De ces phénomènes les plus communs sont les *accidents gastriques*. En même temps que les douleurs, et particulièrement au moment où celles-ci sont les plus intenses, les malades ont de l'incapacité, ou même du dégoût pour les aliments, du malaise après les repas, des digestions difficiles, des éructations, quelquefois des vomissements, et cela même dans les cas où l'estomac n'est pas directement intéressé.

Chez la malade que nous avons vue dans le service de M. le professeur Sée,

La langue était complètement dépouillée, présentait une rougeur vive et des papilles saillantes, et le contact des aliments ou des boissons était l'occasion de vives douleurs.

La *constipation* est la règle et elle est surtout intense dans les cas assez fréquents où l'intestin se trouve comprimé

(1) Saint-Georges Hospital. Report, t. VII, p. 217.

par la tumeur en un point quelconque de son étendue. Il n'est pas rare également que le ventre présente une *tympanite* plus ou moins marquée.

Cette tympanite est même l'un des phénomènes qui contribuent à égarer le diagnostic ; car elle peut empêcher de constater l'existence de la tumeur.

On conçoit en effet que masquée par la distension des intestins, située profondément et souvent étalée, en quelque sorte, au devant de la colonne vertébrale, cette *tumeur* puisse passer inaperçue, et de fait, si l'on consulte les observations, on voit qu'elle n'a été reconnue que dans un petit nombre de cas.

Après les détails dans lesquels nous sommes entrés au sujet de l'anatomie pathologique, nous croyons inutile d'insister longuement sur les caractères cliniques des tumeurs rétro-péritonéales, d'autant plus que ces caractères varient notablement, suivant les cas, située le plus ordinairement au niveau de l'ombilic, ou de la région épigastrique, descendant parfois jusque dans le petit bassin, ces tumeurs sont profondes, généralement plus ou moins aplaties, mais présentent des prolongements irréguliers, des bosselures, dont la configuration diffère dans chaque cas particulier. Elles sont généralement dures, mais peuvent présenter des kystes, et ordinairement alors, acquièrent un volume plus considérable. Bien qu'elles siègent au-devant de l'aorte, il ne paraît pas, à la lecture des observations, qu'elles aient présenté souvent de battements communiqués ; mais il est possible que ce signe n'ait pas été recherché suffisamment.

En résumé, indolence absolue et absence à peu près complète des troubles fonctionnels, ou bien troubles gastriques plus ou moins accusés, avec constipation, douleurs intenses limitées à l'abdomen et aux lombes, ou présentant des irradiations particulièrement vers les membres inférieurs, enfin existence d'une

tumeur irrégulière, tels sont les symptômes principaux des tumeurs rétro-péritonéales, et à ces symptômes viennent s'ajouter à une époque variable, deux ordres de phénomènes qui résultent les uns de la cachexie, et les autres d'une propagation de la lésion aux viscères de l'abdomen.

La *cachexie* arrive de bonne heure à un degré assez marqué. La nature de la maladie, l'intensité des douleurs, les troubles gastriques qui rendent l'alimentation presque impossible, contribuent concurremment à la produire. Les malades perdent leurs forces, s'amaigrissent et arrivent à un état presque squelettique, à une sorte de dessèchement, tellement que l'on a peine à comprendre comment la vie se soutient en pareil cas.

D'un autre côté, ainsi que nous l'avons dit à propos de l'anatomie pathologique, le cancer ne reste pas toujours limité aux tissus rétro-péritonéaux, souvent au contraire il se *propage*, soit à l'estomac ou à l'intestin, soit à la rate ou au foie, soit aux reins, soit aux organes du petit bassin, soit enfin à la colonne vertébrale: Les vaisseaux peuvent être altérés et la veine cave ou la veine porte ont été trouvées obstruées par des caillots.

On conçoit alors qu'aux symptômes que nous venons d'étudier s'ajoutent les symptômes propres à chacune de ces déterminations, dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer.

L'attention doit cependant être éveillée sur la possibilité des accidents spéciaux; car dans certains cas, ils ont existé dès l'apparition des premiers symptômes (obs : Duplay).

Enfin, il peut également se produire une *généralisation* du cancer dans des organes plus éloignés et particulièrement dans les poumons.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISONS.

La marche des tumeurs cancéreuses rétro-péritonéales est
Vénégas. 2

continue et progressive, mais ne peut guère être qu'indiquée; l'incertitude dans laquelle on reste le plus souvent, relativement au début de la maladie, l'obscurité des symptômes ne permettent pas en général d'en suivre l'évolution; par la même raison, la durée ne peut guère être appréciée avec précision.

Dans le plus grand nombre des cas, la maladie ne paraît pas s'être prolongée au-delà de quelques mois ou d'un an, à partir du moment où les malades ont commencé à en ressentir les premiers symptômes; dans quelques faits, la durée paraît avoir été beaucoup plus longue, mais ces faits sont de ceux où l'on a pu douter de la nature cancéreuse des tumeurs.

La terminaison constante est la mort, celle-ci survient le plus ordinairement par les progrès de la cachexie, d'autres fois, par une complication résultant de l'envahissement de l'un des viscères de l'abdomen.

DIAGNOSTIC.

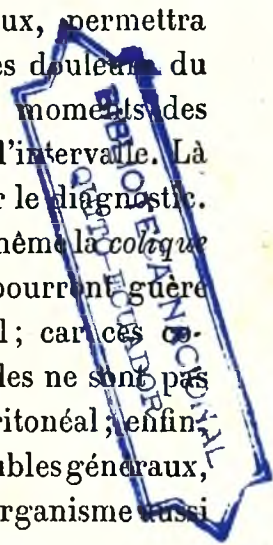
Les tumeurs cancéreuses rétro-péritonéales peuvent rester à l'état latent pendant un temps plus ou moins considérable et ne se manifester par aucun symptôme bien caractérisé. Mais, en dehors de ces cas, alors même qu'elles déterminent des troubles fonctionnels plus ou moins sérieux, elles peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic, et ce n'est que dans un bien petit nombre de cas, que la nature de la maladie a pu être soupçonnée.

Tant que l'on n'a pas constaté de tumeur, on peut rapporter les symptômes observés à une affection organique ou même à un simple trouble fonctionnel de l'un des viscères de l'abdomen ou du bassin, et l'existence de la tumeur ne suffit même pas toujours à dissiper l'erreur. Les douleurs abdominales coïncidant avec des troubles gastriques peu accusés, peuvent être

mises sur le compte d'une *gastralgie* simple. Alors, cependant, la douleur est ordinairement plus limitée à la région épigastrique; elle est moins continue, plus variable, modifiée plus ou moins par l'ingestion des aliments. En outre, la *gastralgie* s'observe surtout chez les femmes hystériques ou anémiques, et coïncide avec une conservation de la santé générale, tandis que dans les cas de cancer, les malades ne tardent guère à présenter un amaigrissement et un affaiblissement plus ou moins marqués. Les *crises gastriques de l'ataxie locomotrice* sont caractérisées par des douleurs extrêmement intenses, survenant par accès et s'accompagnant ordinairement de vomissements; l'intermittence de ces douleurs qui, d'ailleurs, coïncident généralement avec des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs ou avec des troubles oculaires spéciaux, permettra ordinairement de faire le diagnostic; car, si les douleurs du cancer rétro-péritonéal présentent à certains moments des exacerbations, elles ne disparaissent guère dans l'intervalle. Là aussi, la marche de la maladie viendra confirmer le diagnostic.

La *colique hépatique*, la *colique néphrétique* et même la *colique intestinale* avec constipation et tympanite, ne pourront guère être confondues avec le cancer rétro-péritonéal; car ces coliques surviennent ordinairement par accès; elles ne sont pas aussi tenaces que les douleurs du cancer rétro-péritonéal; enfin si parfois elles sont accompagnées de quelques troubles généraux, elles ne sont pas suivies d'une détérioration de l'organisme aussi marquée.

La même considération servira à distinguer l'affection qui nous occupe de certaines maladies portant sur les organes contenus dans le bassin, et particulièrement l'*utérus* et le *rectum*. Dans ces cas, d'ailleurs, l'examen permettra de lever les doutes que l'on pourrait avoir. Il sera pourtant, dans quelques cas, presque impossible de faire un diagnostic précis; si, par



exemple, chez un malade qui présente des douleurs dans la région du bas-ventre, on constate des signes de rétrécissement de l'intestin sans que l'exploration directe permette d'atteindre le siège de ce rétrécissement, on pourra hésiter entre une tumeur rétro-péritonéale développée autour de l'intestin ou un cancer de l'intestin lui-même.

Le diagnostic n'a d'ailleurs, dans les cas de ce genre, qu'une minime importance, sous le rapport du pronostic aussi bien que des indications qu'il peut fournir.

Il est, au contraire, fort intéressant de différencier de la *sciatique* les douleurs symptomatiques d'un cancer. Celles-ci, lorsqu'elles se propagent dans les membres inférieurs, occupent généralement les deux côtés; en outre, elles s'accompagnent ordinairement de troubles fonctionnels et de phénomènes généraux qu'on n'observe pas dans les névralgies simples. Néanmoins, on pourra conserver une certaine hésitation jusqu'au jour où l'on constatera l'existence d'une tumeur.

En somme, dans la plupart des cas que nous venons de passer en revue, la constatation d'une tumeur est presque pathognomonique et vient donner une grande sûreté au diagnostic. Il n'en est plus de même dans quelques autres circonstances que nous avons encore à examiner, et dans lesquelles la présence d'une tumeur, loin de faciliter le diagnostic, peut contribuer à l'égarer.

Pour le *cancer de l'estomac*, l'erreur est dans certains cas, presque impossible à éviter. Les douleurs sont en effet absolument comparables, et si le cancer de l'estomac produit ordinairement des troubles digestifs plus ou moins marqués, des vomissements de sang, etc., il ne faut pas oublier que dans certains cas, il y a tout au plus un certain degré de malaise après le repas, ou du dégoût pour les aliments.

La constatation d'une tumeur peut être alors de nulle valeur.

Si cependant chez un malade offrant des douleurs intenses des troubles digestifs à peine marqués, on trouvait une tumeur volumineuse, descendant vers l'ombilic ou se propageant sur les parties latérales de l'abdomen, on pourrait avec toute apparence de raison, diagnostiquer un cancer rétro-péritonéal.

Il faut bien savoir aussi que l'existence d'une tumeur abdominale coïncidant avec des douleurs et des troubles gastriques n'indique pas forcément un cancer. Les mêmes symptômes se retrouvent dans les *anévrismes de l'aorte abdominale* (1) Dans ces cas, cependant, on trouvera les signes physiques propres à l'anévrisme, et la cachexie fera défaut.

Les tumeurs cancéreuses rétro-péritonéales pourraient également être confondues avec des tumeurs développées à la face inférieure du *foie*, dans la *rate*, les *reins*, etc., ou avec des *masses stercorales* ; nous n'insisterons pas sur ces faits pour lesquels l'analyse des symptômes permettra généralement de faire le diagnostic. Nous signalons également la possibilité de prendre ces tumeurs pour une *grossesse*. Là encore, un examen approfondi, de la malade empêchera de commettre une erreur ; nous rapportons du reste plus loin un cas dans lequel le diagnostic put être posé, et dont les difficultés sont mises en lumière dans l'observation.

Pour la *tuberculose du péritoine*, il pourra être plus difficile d'affirmer le diagnostic ; cependant les douleurs sont ordinairement moins vives ; les malades ont plus souvent que dans le cancer, des alternatives d'amélioration et d'aggravation ; ils ont souvent de la diarrhée, et rapidement la fièvre hectique, avec sueurs nocturnes, apparaît ; enfin fréquemment, il existera quelques signes de lésion pulmonaire.

Néanmoins, on comprend que le diagnostic puisse offrir

(1) Voyez Sallé. Des anévrismes de l'aorte abdominale. Thèse de Paris, 1869.

quelque incertitude, surtout si l'épiploon contenant des masses tuberculeuses forme une tumeur plus ou moins volumineuse. Il en sera de même pour la *tuberculose des ganglions mésentériques*, et là, on devra également tenir compte de l'âge du malade.

ETIOLOGIE.

L'étiologie du cancer rétro-péritonéal est aussi mal connue que celle du cancer en général. Le seul point qui présente quelque intérêt est relatif à l'âge auquel se produit cette affection. Les observations montrent qu'elle paraît avoir été observée, surtout à la période moyenne de la vie, vers 40 ou 50 ans; néanmoins, il en existe des exemples à un âge moins avancé, et nous avons trouvé dans l'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez, l'observation d'une malade âgée de 13 ans.

PRONOSTIC.

Le pronostic des tumeurs cancéreuses rétro-péritonéales est évidemment très-grave, et se trouve suffisamment indiqué parce que nous'avons dit à propos de la marche et des terminaisons de la maladie.

TRAITEMENT.

Le traitement sera purement palliatif. Une première indication est relative à la *douleur*, qu'il faut chercher à calmer par tous les moyens habituels; les injections de morphine trouvent ici leur application et il ne faut pas hésiter à augmenter rapidement les doses, pour amener au moins un soulagement.

Il est également très-important d'empêcher la *constipation*, qui contribue à augmenter les douleurs.

Enfin, pour retarder les effets de la cachexie, on alimentera les malades par tous les moyens possibles, le lait, la viande crue, etc.

OBS. I. — Résumée (Louville). Tumeur mixte du péritoine (avec prédominance d'éléments fibro-plastiques) correspondant à un ulcère fongueux de l'estomac (Bull. de la Soc. Anat., 1864, p. 172.)

Femme de 69 ans, entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière, le 6 janvier, pour des douleurs dans les côtés, mal définies; elle est préoccupée de grosseurs abdominales qu'elle a senties il y a quelques jours seulement. Depuis six semaines son ventre grossissait. A la palpation, en effet, on sent, 3 ou 4 masses dures indolentes, mal limitées, assez mobiles, sur lesquelles glisse la paroi abdominale. Elles occupent près que toute la région abdominale droite. Dans les mêmes points, matité assez nette à la percussion.

Partout ailleurs, sonorité normale.

La santé est d'ailleurs bonne, jamais de vomissements; il y a trois semaines, alternative de diarrhée et de constipation, albuminurie.

Le 7 janvier. Fièvre depuis quelques jours.

Le 25. Ascite considérable, développée depuis quelques jours seulement; puis signes manifestes de péritonite. — Morte le 27 janvier.

Autopsie. — Dans la cavité abdominale: liquide séreux et fausses membranes, traces de péritonite récente. En outre, dans le cul-de-sac utéro-rectal, se trouve une collection de liquide purulent, jaune verdâtre, comme cloisonnée à ce niveau.

Une fois la cavité abdominale ouverte, on aperçoit, au niveau de l'ombilic, un peu plus à droite et en haut, une masse considérable, composée de parties dures et en quelques autres endroits plus mous, comme liquides, de la grosseur d'une tête d'enfant de 7 ans environ, d'aspect solide, de colorations variées, plutôt rougeâtre dans la plus grande partie de son étendue.

Cette masse située au-devant de la colonne vertébrale, au-dessous du foie qu'elle a déformé en quelques endroits, et au-devant de son prolongement gauche aplati, rejette l'estomac à sa gauche et un peu en bas. Elle est limitée à sa partie inférieure par le colon transverse qui

lui est intimement accolé. Le cœcum remonte un peu vers le haut, par une sorte de retrait du gros intestin, occupe la partie supérieure de l'hypochondre droit, et se trouve à la droite sur les côtés et un peu au-dessous de la tumeur. Au-dessus à droite et sur les côtés, peut-être un peu postérieurement existe le duodénum.

Tout le tablier péritonéal qui forme le grand épiploon n'existe plus, et rien ne recouvre plus le paquet intestinal à la partie antérieure. Ce paquet est naturellement un peu refoulé vers le bas.

..... On enlève la tumeur enveloppée des parties du tube digestif qui la limitent de chaque côté et au-dessous. A la partie postérieure, elle se détache facilement par la section du pancréas qui ne lui adhère que très-légèrement, et par la section de la *veine porte* qui laisse voir dans son intérieur les bouts d'un caillot paraissant assez ancien ; de coloration gris rougeâtre, très-friable à la pression, et donnant lorsqu'on l'écrase, un peu de liquide puriforme qui, examiné au microscope se trouve composé de fibrine à l'état granuleux et de globules blancs du sang.

La tumeur est bosselée, mamelonnée en quatre ou cinq endroits, offrant dans quelques places une sensation manifeste de tissu ramolli ; une véritable fluctuation (sensation trompeuse, car à sa place, la coupe ne montre point de collection de liquide ni même de gelée), tandis qu'en d'autres places, le tissu est également à l'extérieur, dur et résistant.

Dans l'estomac, on voit, au niveau de la grande courbure, une masse fongueuse ressemblant tout à fait au chapeau d'un gros champignon de forme circulaire, à bords saillants et frangés, circonscrivant une dépression qui peut avoir 3 à 4 cent. de diamètre, et dont le fond ne paraît séparé de la tumeur que par l'épaisseur de la membrane muqueuse. Même à cet endroit, il n'existe pas de véritable perforation, et il ne semble donc y avoir qu'un contact intime et non une communication entre l'ulcère fongueux de l'estomac et la grosse tumeur épiploïque. Dans les points fongueux, la muqueuse stomacale est épaissie ainsi que la couche musculaire sous-jacente.

Examen de la tumeur. — La tumeur se laisse couper comme un fruit assez résistant. La section dans sa plus grande étendue montre un aspect à demi charnu, d'apparence variée, suivant les points.

La teinte générale est rougeâtre, mais elle varie suivant les différents mamelons. Au milieu se trouve un îlot, gris, lardacé, avec divers prolongements ; dans quelques endroits, couleur véritablement ecchymotique, infiltration de sang ; près de la surface, en un point, on voit sur la coupe deux cavités de forme irrégulière pouvant contenir environ une noisette à paroi anfractueuse et remplies de détritrus grisâtres.

La consistance générale est plutôt molle que dure, excepté au centre à l'ilot gris, lardacé. Dans quelques endroits, mollesse et fluctuation apparentes. Dans ce point, il n'y a pas de véritable collection de liquide, quoiqu'on en ait la sensation ; mais dans quelques-unes de ces saillies molles, on retire très-facilement par la pression d'un scalpel un liquide puriforme entièrement constitué par des éléments semblables à ceux des autres parties de la tumeur.

Examen microscopique fait par M. Vulpian. — Les éléments trouvés dans tous les points examinés peuvent être rapprochés de ceux de la variété de cancer dit fibro-plastique, mais on dénote également bon nombre d'éléments d'une tumeur mixte.

1^o *Eléments fibro-plastiques.* — Ce sont des noyaux libres ou contenus dans des éléments fusiformes, ayant environ de 6 millièmes à 1 centième de millimètre. Quelques-uns dépassent même ce volume. Noyaux arrondis, ou elliptiques, ou allongés, ils sont pour la plupart dépourvus de nucléoles.

2^o *Eléments épithéliaux.* — Caractérisés par des noyaux arrondis et des cellules plus ou moins irrégulièrement pavimenteuses.

3^o *Eléments glandulaires et lymphatiques.* — Noyaux arrondis et petites cellules.

Enfin dans toutes les préparations il y a des granulations graisseuses, fines, libres ou dans les éléments fusiformes. En résumé, on y trouve donc tous les éléments qui se trouvent dans l'épiploon : tissu conjonctif, épithélium péritonéal, peut-être aussi éléments cellulaires des glandes lymphatiques.

En somme, pour M. Vulpian, cette tumeur pourrait ne pas être un cancer vrai, mais se rapprocher plutôt de la variété dite fibro-plastique à noyaux libres nombreux. Peut-être dans l'état actuel de la science, serait-il plus prudent encore de la ranger seulement dans la classe des tumeurs mixtes, participant du siège, rare du reste, dans lequel elle s'est développée.

Obs. II. (Pitres). — Sarcome fascicule rétro-péritonéal, pris pendant la vie pour un myome de l'utérus. — Tumeurs secondaires dans le foie et le poumon (Bull. de la Soc. anat., 1874, p. 25).

Mlle R..., âgée de 53 ans, atteinte depuis dix-sept mois, d'une tumeur du ventre, est entrée à la maison Dubois, dans le service de M. De-

marquay, le 31 octobre 1873. A son arrivée dans le service, on constate que le ventre est déformé, saillant à la partie inférieure.

La palpation permet d'y reconnaître l'existence d'une tumeur volumineuse, non fluctuante, douloureuse à la pression, dure, irrégulièrement bosselée et de consistance uniforme dans toute son étendue.

A gauche, cette tumeur s'élève de quelques centimètres seulement au-dessus du pubis ; à droite, elle occupe toute la fosse iliaque et s'étend jusqu'à la région du flanc : sa partie inférieure plonge dans la cavité pelvienne. Il est absolument impossible de lui communiquer aucun mouvement. La paroi abdominale glisse difficilement sur sa face antérieure, avec laquelle elle paraît avoir contracté des adhérences. Le toucher vaginal est très-douloureux. Le vagin est aplati et repoussé contre le pubis par une masse néoplasique très-résistante, développée dans la cavité du bassin ; sa muqueuse elle-même paraît saine ; elle n'adhère pas à la tumeur. On arrive avec peine jusqu'au col de l'utérus, qui est petit, conique, avec un orifice circulaire. Il est impossible de lui imprimer des mouvements. Le toucher rectal n'a pas été pratiqué.

Les membres inférieurs sont œdématisés : la malade est amaigrie, très-affaiblie, mais ne présente par la teinte jaune paille de la cachexie cancéreuse. Elle n'a jamais eu de métrorrhagies ; ses règles sont supprimées depuis plusieurs années.

Pendant son séjour à la maison Dubois, la malade se plaignait de difficultés presque insurmontables pour aller à la garde-robe. Quoiqu'elle prit très-souvent des lavements, elle était obligée de passer des heures entières sur la chaise et de prendre les positions les plus bizarres pour arriver à rendre de petites quantités de matière. Les digestions étaient très-pénibles. La miction s'accomplissait assez régulièrement.

Dans les derniers jours de décembre, tous ces symptômes prirent plus d'intensité : l'œdème des membres inférieurs acquit des proportions considérables, les difficultés pour aller à la garde-robe devinrent plus grandes, et la mort arriva le 30 décembre, sans avoir été précédée d'aucun accident aigu. Depuis le jour de l'entrée de la malade à l'hôpital, on avait porté le diagnostic : Tumeur fibreuse de l'utérus.

Autopsie pratiquée le 31 décembre 1873. — La paroi abdominale ayant été incisée sur la ligne médiane, on dissèque les nombreuses adhérences qui l'unissent aux parties sous-jacentes, et l'on arrive sur une tumeur volumineuse occupant toute la fosse iliaque droite, la partie inférieure de la fosse iliaque gauche est enclavée en bas dans la cavité pelvienne.

Le colon ascendant passe en avant de cette tumeur dans une dépression creusée obliquement le long de sa face antérieure ; les anses de l'intestin grêle sont repoussées vers la partie supérieure du ventre. Le

cœcum occupe sa position normale. Le colon descendant et le rectum passent en arrière de la masse morbide. Des adhérences nombreuses et très-vasculaires unissent le colon ascendant et les anses de l'intestin grêle aux points correspondants de la tumeur, tandis qu'elle n'est unie au pubis, à la vessie et au rectum que par des tractus celluloux très-lâches.

En cherchant à enlever la tumeur en totalité, on constate qu'elle adhère solidement à la partie la plus saillante de l'angle sacro-vertébral et au corps de la dernière vertèbre lombaire, mais il est facile de s'assurer qu'elle n'a par pris naissance en ce point, car les adhérences une fois rompues, on peut reconnaître un grand nombre de fibres du grand ligament antérieur, qui auraient certainement été repoussées] ou détruites, si la tumeur était née dans les vertèbres ou dans les tissus fibreux des articulations vertébrales.

L'utérus, les trompes, les ovaires, les ligaments larges sont tout-à-fait indépendants de la tumeur. L'utérus est petit; il est repoussé en avant et logé dans une dépression creusée dans le point correspondant de la tumeur, où il est complètement immobilisé. Vers le fond de cet organe existe une petite saillie très-dure, du volume d'une noisette, présentant tous les caractères extérieurs d'un petit myome. Les ligaments larges sont sains, leurs surfaces péritonéales sont lisses et ne présentent aucune altération de structure : les ovaires et les trompes ont toutes les apparences de la plus parfaite intégrité. Après avoir constaté ces particularités, on enlève la tumeur, et l'on remarque alors qu'elle repose directement sur l'aponévrose intacte des muscles iliaques et qu'elle repousse, en se développant, le feuillet péritonéal qui double à l'état normal le fascia iliaca, ainsi que tous les organes abdominaux ou pelviens, sauf le rectum, dont les rapports avec le péritoine expliquent suffisamment la fixité.

Le foie a son volume et sa configuration ordinaires. A la face intérieure du lobe droit, immédiatement au-dessous de la capsule de Glisson, dans un point très-voisin de la tumeur principale, mais qui cependant n'était en contact avec elle, existe une petite tumeur hémisphérique du volume d'une noisette. Elle apparaît, à la surface de l'organe, sous la forme d'une tache grisâtre arrondie, de 2 centimètres de diamètre. On peut la séparer facilement du tissu hépatique dans lequel elle est plongée.

La vessie paraît saine. — Les reins, la rate, ne présentent aucune altération apparente. — Les intestins, l'estomac repoussés par la tumeur, ont contracté avec elle de nombreuses adhérences. Le mésentère est rouge, vascularisé : on ne découvre pas de ganglions mésent-

riques volumineux. L'épiploon est petit, ratatiné. — Le diaphragme est parfaitement sain.

Dans le *poumon* gauche, à la partie inférieure du lobe supérieur, on découvre sous la plèvre viscérale, une petite tache grisâtre de 1 centimètre de diamètre environ, qui correspond à une petite tumeur du volume d'un haricot, développée en ce point. — Le cœur ne présente pas d'altérations. — Le cerveau et la moelle n'ont pas été examinés.

Réflexions. — En résumé, l'autopsie a révélé l'existence d'une énorme tumeur, née selon toute probabilité dans le tissu cellulaire rétro-péritonéale, et de deux petites tumeurs secondaires, l'une à la surface du foie, l'autre à la surface du poumon, sans aucune relation anatomique apparente avec la tumeur principale.

L'examen histologique de ces tumeurs a été pratiqué au laboratoire d'histologie du Collège de France et contrôlé par M. Ranvier. — La tumeur principale est formée par la réunion des lobes et des lobules irréguliers, ce qui lui donne un aspect bosselé. A la coupe, on distingue un tissu d'apparence très-bigarré. Sur un fonds d'un gris blanchâtre légèrement translucide, existent de grandes travées, d'un blanc opaque, limitant des îlots de tissu rosé. Dans plusieurs points, on voit des foyers hémorragiques interstitiels de différents âges, et quelques petites cavités kystiques contenant un liquide gélatiniforme.

Le raclage fournit une très-petite quantité de liquide rosé, translucide et légèrement visqueux, dans lequel le microscope fait découvrir des cellules fusiformes très-minces, possédant un gros noyau ovalaire, saillant sur les côtés de la cellule, et se colorant fortement par le carmin; de chacune des extrémités du noyau, part un prolongement terminé en pointe, et non ramifié. On trouve plusieurs de ces cellules dont un prolongement est brisé auprès du noyau, ce qui leur donne vaguement l'apparence des cellules cylindriques, on trouve également un bon nombre de noyaux libres, possédant tous les caractères des noyaux contenus dans les cellules.

Sur des coupes pratiquées après durcissement et colorées au micro-carminate, on constate que ces cellules sont groupées les unes à côté des autres, de façon à former des faisceaux dirigés en différents sens, de telle sorte que sur une même préparation, on aperçoit les faisceaux coupés parallèlement à leur axe, sous forme de tractus longitudinaux à noyaux allongés, tandis que ceux qui ont été coupés perpendiculairement à leur axe, paraissent sous-forme d'îlots plus ou moins régulièrement arrondis, dans lesquels la coupe des noyaux plus fortement colorés par le carmin que la substance intercellulaire ; se présente avec l'apparence de points rouges arrondis, entourés d'une zone jaunâtre. Les petites tumeurs du foie et du poumon présentent exactement les mêmes caractères histologiques ; elles appartiennent comme la tumeur principale au groupe des sarcomes fasciculés. (Tumeur fibro-plastique de Lebert.)

OBS. III. (Sevestre.) — Lymphadénomes multiples (ganglions rétro-péritonéaux et mésentériques. — Ganglions du cou et de l'aîne.) — Tumeur dans la rate, le rein. (Bull. de la Soc. anat., 1872, p. 529.)

H... cordonnier, âgé de 56 ans, entre, le 3 novembre 1872, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le Dr Jaccoud (Salle Saint-Jérôme, n° 5). Cet homme, amené à la consultation sur un brancard, se plaignait d'une douleur dans le côté droit du ventre. L'examen était rendu très-difficile à cause de l'intensité de la douleur. Voici cependant ce que l'on put constater : il existait une douleur spontanée à peu près générale, mais la pression, même la plus légère, réveillait une douleur extrêmement vive dans la région de la fosse iliaque droite. Dans le côté gauche de l'abdomen, la pression, quoique pénible, était beaucoup mieux supportée.

A la vue, la région de la fosse iliaque droite paraissait plus saillante que celle du côté gauche, et par la palpation, on constatait, en effet, dans ce point, l'existence d'une tumeur dure, bosselée, se prolongeant jusqu'au-dessus de l'ombilic, dans la région de l'épigastre (toutefois avec un volume moindre).

La percussion sur la partie inférieure de la tumeur, dénotait une ma-

tité considérable et par places un certain degré de sonorité, indiquant l'existence d'anses intestinales au devant de la tumeur. Dans tout le reste de l'abdomen (sauf l'épigastre où l'on trouvait aussi une matité à peu près absolue), la sonorité était normale, le foie paraissait avoir son volume normal, la tumeur constatée avait tous les caractères d'une tumeur ganglionnaire et la suite de l'examen confirmait ce diagnostic. En effet, dans la région inguino-crurale gauche, les ganglions étaient notablement plus développés que ceux du côté droit, lesquels paraissaient normaux. Il n'y avait rien d'anormal dans les régions du creux poplité et de l'aisselle (et l'état de maigreur du malade rendait ces recherches très-faciles). Mais au cou, si les ganglions du côté droit avaient leur volume à peu près normal, il n'en était plus de même pour le côté gauche. Dans la région sous-claviculaire de ce côté, on trouvait une tumeur bosselée, du volume d'un très-gros œuf de poule, s'effilant par en haut, mais reliée par un pédicule à une autre tumeur moins volumineuse, située dans la région sous-maxillaire. De plus, la région sous-claviculaire était sillonnée par des veines dilatées du volume d'une plume de corbeau, ayant une direction générale oblique de bas en haut et de gauche à droite et dans lesquelles le cours du sang se faisait dans ce sens. L'existence de ce dernier fit admettre une obstruction de la veine sous-clavière, soit par oblitération, soit simplement par compression; rien de semblable pour les veines du cou. La tumeur ganglionnaire ne semblait pas se continuer dans le thorax. En effet, on ne trouvait en aucun point de matité exagérée. Le bruit respiratoire était normal partout.

L'examen des autres organes était absolument négatif. Les bruits du cœur étaient normaux. La rate autant qu'il était facile à le constater paraissait avoir son volume normal. L'urine ne contenait ni albumine, ni sucre. L'appétit était presque conservé et les digestions se faisaient régulièrement. Le malade avait eu, à deux ou trois reprises, des nausées sans vomissements deux ou trois fois aussi, il avait eu pendant quelques jours un peu de diarrhée, mais en général, il était plutôt constipé. Il n'y avait point de fièvre, ni élévation de température (à la main), ni accélération du pouls (72 à la minute). Les symptômes les plus graves avec la douleur abdominale, étaient un amaigrissement considérable et une faiblesse excessive. Nulle part, il n'y avait d'œdème et le malade disait n'en avoir jamais eu.

Le malade très-déprimé et paraissant d'ailleurs peu intelligent, ne put donner que des renseignements fort incomplets sur ses antécédents personnels et héréditaires et sur le début de sa maladie. Voici tout ce qu'il fut possible d'en tirer : Très-bien portant et assez fort autrefois, n'ayant jamais fait de maladie sérieuse, il n'a commencé à maigrir qu'au

mois de septembre. A cette époque, il venait de faire à pied le voyage de Brest à Paris. Pendant ce trajet, il avait beaucoup souffert et n'avait pu qu'à grand'peine, trouver une nourriture fort insuffisante d'ailleurs. C'est alors que, pour la première fois, il eut, pendant trois ou quatre jours, un peu de diarrhée. Au mois de mai, après avoir reçu un coup de poing dans le ventre, il avait ressenti une douleur assez vive pour l'obliger à garder le lit pendant trois ou quatre jours. Cette douleur avait disparu assez rapidement, mais elle se fit sentir de nouveau à la suite de ce long voyage, puis cessa au bout d'une quinzaine de jours. Il y a trois semaines seulement, elle est devenue persistante, a augmenté progressivement et enfin est arrivée, il y a six ou huit jours, au degré où on l'observe aujourd'hui.

Le diagnostic fut ainsi formulé : *Lymphudénomes multiples (ganglions rétro-péritonéaux et mésentériques, ganglions cervicaux)*. *Obstruction de la veine sous-clavière.*

16 novembre. — Le sang est examiné au microscope, et on ne trouve point de globules blancs. Les globules rouges sont plus abondants qu'on ne l'aurait pensé d'après l'état de pâleur du malade; ils forment des piles serrées et ne deviennent crénelés sur les bords qu'au bout d'un temps assez long.

Le 19. — On remarque une légère teinte ictérique.

Le 20. — Elle est plus marquée et l'acide nitrique décèle, dans l'urine, la présence du pigment biliaire. Le volume du foie est normal. D'après l'ensemble des signes constatés, on rapporte cet ictère à une compression des conduits biliaires par des ganglions. — Pas d'ascite.

Les jours suivants, l'ictère persiste sans devenir plus intense, quelques vomissements surviennent; l'appétit se perd; l'amaigrissement fait des progrès rapides; et dans cet état de consommation sans fièvre (37. 1 matin, 37. 4 le soir, 36. 9 matin), après avoir eu pendant 36 heures un peu de subdelirium, le malade s'éteint le 27 novembre dans la journée.

L'autopsie est faite le 29 novembre, quarante heures après la mort. L'abdomen ouvert, on constate un développement considérable des ganglions. L'intestin grêle et le gros intestin, libres dans la plus grande partie de leur étendue, sont enlevés facilement; mais au niveau du cœcum d'une part, du duodénum de l'autre, l'intestin se perd dans la masse ganglionnaire et ne peut en être isolé. Il y a eu dans ces points un certain degré de péritonite, rendu manifeste par des arborisations vasculaires sur le péritoine viscéral et sur quelques fausses membranes.

Derrière l'estomac, existe une masse ganglionnaire énorme qui fait même une saillie bosselée dans la cavité de ce viscère, et sur le sommet d'une de ces bosselures, la muqueuse présente une ulcération superficielle.

cielle, comme celle qui résulterait d'une usure. Le duodénum, confondu avec la masse ganglionnaire, présente au niveau des valvules conniventes, des lignes indurées, blanches, qui, à l'œil nu, ont sur une coupe, les caractères du tissu lymphatique. Plus loin cette altération cesse, et dans toute sa portion libre, l'intestin est absolument sain, soit du côté du péritoine, soit du côté de la muqueuse. La portion inférieure de l'intestin grêle et le cœcum présentent, au contraire, des altérations variées; dans certains points on trouve un épaississement plus ou moins notable de la paroi intestinale, épaississement portant principalement, sinon exclusivement sur la muqueuse. Dans le cœcum, cet épaississement se présente sous la forme de plaques blanchâtres faisant au-dessus des parties voisines, une saillie de 1 à 2 millimètres, dans l'appendice iléo-cœcal, très-dilaté du reste, cette couche blanchâtre, assez ferme, est continue. Ailleurs, on trouve des ulcérations plus ou moins profondes. Dans un point, l'ulcération communique même avec le tissu ganglionnaire ramolli.

Le tissu ganglionnaire, lui-même, présente tous les degrés, depuis la caséification commençante, jusqu'au ramollissement complet. Cette dernière phase de l'altération ne se voit que dans quelques points au niveau de la fosse iliaque droite. Dans la partie supérieure, l'altération est évidemment beaucoup moins avancée.

A la face inférieure du foie, les ganglions paraissent englober les conduits biliaires, mais il est presque impossible de suivre ceux-ci hors du foie. La vésicule biliaire et le canal hépatique sont distendus par une bile brune. Le foie ne présente, du reste, aucune altération appréciable à l'œil nu, si ce n'est une grosse tumeur érectile, située près de son bord postérieur et dans laquelle, on trouve deux noyaux jaunâtres, vestiges probables d'anciennes hémorrhagies.

La rate est un peu volumineuse et renferme plusieurs noyaux blanchâtres, dont le volume, un peu variable est en moyenne celui d'un pois.

Dans le rein droit existe aussi un petit noyau semblable, du volume d'une grosse tête d'épingle. Le pancréas n'a pu être isolé de la masse ganglionnaire; il paraissait sain à la coupe.

La tumeur du cou est formée par des ganglions hypertrophiés présentant en quelques points la transformation caséuse. Les artères qui traversent la tumeur sont complètement libres. Il n'en est pas de même de la veine sous-clavière qui, cependant, n'est pas complètement entourée par le tissu morbide, mais lui adhère par sa face postérieure. Cette veine est, en effet, remplie par un caillot blanchâtre (sauf à ses

deux extrémités) évidemment assez ancien. Ce caillot commençant à l'union de la sous-clavière et de la jugulaire se continue vers la périphérie dans une étendue de 10 centimètres environ. Il adhère assez fortement à la paroi veineuse, mais peut cependant en être détaché.

Du côté droit les ganglions cervicaux ont leur volume normal, sauf à la base derrière le tronc veineux brachio-céphalique où l'on trouve une masse du volume d'une grosse noix.

Les ganglions du médiastin sont absolument normaux. Les poumons sont également sains et présentent seulement un certain degré de congestion aux deux bases. Pas de traces de tubercules ni de noyaux de caséification anciens ou récents.

Dans l'aîne, du côté gauche, existent quatre gros ganglions situés au-dessus du fascia cribriformis.

Les autres organes sont sains.

Obs. IV. (Fauvel.) — Cancer rétro-péritonéal chez une fille de 13 ans (Rilliet et Barthez, *Traité des Mal. des Enf.*, 2^e éd., t. III, p. 817.)

Il s'agit d'une fille de 13 ans et demi, délicate et sujette à la diarrhée qui, trois mois avant son entrée à l'hôpital, fut atteinte d'ictère à la suite, d'une peur. Il survint des douleurs abdominales; la diarrhée qui existait au début diminua pendant deux mois, époque à laquelle survinrent des vomissements. En l'examinant trois mois après le début, M. Fauvel constata les symptômes suivants du côté de l'abdomen. La malade se plaignait d'éprouver des douleurs dans tout le ventre, et principalement à l'épigastre. Elles augmentaient quand elle avait bu ou mangé. En même temps, il y avait des nausées et presque tous les jours des vomissements. Les douleurs étaient lancinantes et revenaient de temps à autre quand l'enfant exécutait des mouvements. L'abdomen était assez volumineux pour dépasser la poitrine en saillie; il était tendu; l'hypochondre droit était plus volumineux que le gauche. On apercevait à la simple vue de l'épigastre, un peu à droite de la ligne médiane, au niveau du bord des fausses côtes, une saillie de la grosseur d'une noix, dure, douloureuse à la pression. Cette saillie paraissait se continuer profondément avec le foie. Cet organe semblait très-volumineux par le palper et la percussion; il était facile de le limiter. Dans la partie la plus inférieure du bord des fausses côtes, le foie débordait d'un pouce environ et on le sentait jusque près de la colonne vertébrale. En avant, il débordait davantage et dépassait les fausses côtes de trois ou quatre travers de doigt, en s'étendant jusqu'à la tumeur décrite qui formait la limite près de la ligne médiane. Sa surface paraissait rugueuse. Par la percus-

Vénégas.

3

sion on obtenait un son mat dans toutes les parties où l'on percevait le foie par le palper; supérieurement il remontait jusqu'au près du sein. On percevait en même temps une fluctuation assez manifeste dans les parties déclives de l'abdomen.

Pendant les vingt jours que la malade passa à l'hôpital, l'état général qui était déjà fort détérioré lors de son entrée, s'aggrava encore; il survint des épistaxis assez fréquentes, puis des taches de purpura, des vomissements nombreux de matières brunes, laissant un dépôt analogue au chocolat. La diarrhée persista abondante, sauf les derniers jours. L'état du ventre resta à peu près le même. Quinze jours environ après la première exploration, on percevait toujours la même tumeur à la partie droite de l'épigastre; elle était saillante, dure, bosselée et tenait d'une manière bien évidente à l'extrémité du lobe gauche du foie; elle était immobile et ne pouvait être déprimée et se continuait profondément à gauche; supérieurement et inférieurement on pouvait facilement la circonscrire par le palper et la percussion. En auscultant la tumeur, la tête était légèrement soulevée et l'on éprouvait la sensation d'un battement sourd isochrone au premier bruit du cœur.

L'enfant succomba dans le dernier degré du marasme quatre mois environ après le début des premiers accidents.

A l'autopsie on constata les altérations suivantes dont nous abrégons la description.

1^o En ouvrant l'abdomen on vit dans l'hypochondre droit une tumeur du volume d'un petit œuf et correspondant à la saillie que l'on sentait pendant la vie. Elle n'était qu'une partie d'une masse volumineuse qui s'étendait profondément vers la colonne vertébrale et dans l'hypochondre. C'est cette dernière partie qui simulait le bord tranchant du foie. La tumeur était bosselée, irrégulière, ayant le volume d'un fœtus à terme. Après des recherches minutieuses on ne retrouva de tout le pancréas que l'extrémité gauche de l'organe dans l'étendue de 2 pouces environ; là, le tissu était sain, mais plus loin il se confondait avec la tumeur et on n'en trouvait plus de trace, quelque soin que l'on apportât à la dissection. Des coupes pratiquées dans le tissu malade faisaient voir qu'il était d'un blanc jaunâtre avec des taches rougeâtres de densité très-variable; tantôt le tissu était dense, criant sous le scalpel et comme fibreux; tantôt il formait des noyaux rénitents plus mous à l'intérieur que le tissu précédent; tantôt enfin on trouvait des noyaux convertis en une bouillie d'un jaune un peu rougeâtre. En outre, des petits foyers étaient disséminés dans l'épaisseur de la tumeur, ils contenaient une matière molle d'un jaune citrin qui s'écrasait sous le doigt. Tous ces caractères faisaient ressembler la tumeur à un mélange de tissu squirreux et encéphaloïde, à ce dernier surtout.

Obligés d'abrégier cette description, nous nous contenterons de dire que la masse cancéreuse primitivement développée dans le pancréas enveloppait le duodénum, les conduits biliaires, le rein droit, et pénétrait dans l'intérieur de cet organe, enveloppait aussi l'aorte et la veine cave sans les comprimer. Les parois de l'estomac et du duodénum étaient altérées, mais il n'existait pas d'ulcérations.

Obs. V. (Ladmiral). — Tumeur fibro-plastique très-volumineuse du mésentère, développée probablement dans les ganglions lymphatiques (Bull. de la Soc. ana., 1874, p. 638.)

C..... (François), âgé de 60 ans, employé des ponts et chaussées, entre le 23 septembre 1874 à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Jérôme (service de M. Duguet). Il vient réclamer des soins pour une *tumeur du ventre* dont le développement récent, mais assez rapide, lui cause de sérieuses inquiétudes. Cet homme paraît d'une constitution vigoureuse. Petit, sec, brun, il semble n'avoir que 45 à 50 ans au plus. Né dans le midi de la France, non loin des Pyrénées, il raconte qu'il a toujours joui d'une santé excellente. Il fit le siège de Rome, y gagna la fièvre intermittente dont il fut bien guéri, et il n'indique comme accidents vénériens que des blennorrhagies sans complication. Depuis il a cessé d'être soldat; il n'a fait aucune maladie importante et il a ralenti sensiblement les quelques excès de boissons auxquels il se livrait étant militaire; toutefois il aurait eu l'an dernier une petite pleurésie du côté gauche.

Il y a trois mois, il vint une première fois à la consultation de l'hôpital. Depuis quelque temps il avait remarqué, par hasard, que son ventre renfermait une masse assez dure, et il avait été frappé par l'accroissement progressif de cette masse, bien qu'il conservât son embonpoint, son appétit et ses forces. La tumeur était parfaitement indolente, mais des vomissements s'étaient déclarés la veille et avaient déterminé le malade à venir demander conseil. Autant qu'on put en juger rapidement, et en raison du bon état de santé générale, on s'arrêta volontiers à l'idée d'un *kyste hydatique du foie et de la rate*. Les vomissements se calmèrent et le malade resta chez lui pendant trois mois sans être autrement incommodé par sa tumeur.

Depuis quelques jours, les vomissements s'étant montrés de nouveau verdâtres, réitérés et abondants, le malade vint le 23 septembre pour rester à l'hôpital. Son appétit, ses forces et son embonpoint avaient diminué notablement, disait-il, depuis quelques jours seulement.

L'examen minutieux du ventre permet à M. Duguet de reconnaître qu'une énorme tumeur occupe au moins toute la moitié supérieure de

la cavité abdominale; la région ombilicale est fortement soulevée et le soulèvement s'étend aux hypochondres, à droite comme à gauche. Au contraire, la région sous-ombilicale est plate, elle renferme toutes les anses intestinales sans aucune trace d'épanchement péritonéal.

Tandis que la portion inférieure du ventre est souple et sonore, la portion supérieure est rénitente, dure et mate sur presque toute son étendue; la matité de la tumeur est confondue d'une part avec celle du foie, au niveau et en dehors de la vésicule, dans une étendue de trois à quatre travers de doigts; d'autre part, avec celle de la rate qui semble lui faire suite directement; vers la région ombilicale, cette matité gagne en hauteur sans envahir toutefois la région épigastrique qui reste sonore. L'estomac se trouve ainsi compris dans une sorte de concavité formée par cette tumeur qui va de la rate au foie en s'incurvant pour ainsi dire en anse sous l'estomac.

La palpation, qui est facile en raison de l'indolence absolue de la région malade, fait reconnaître que cette tumeur est ferme, de consistance élastique glissant assez facilement sous la paroi abdominale et s'enfonce profondément vers la colonne vertébrale; à droite, elle paraît en connexion étroite avec la face inférieure du foie; à gauche, avec l'extrémité inférieure de la rate; il est impossible d'y trouver une fluctuation évidente. Arrondie d'une façon générale et allongée transversalement, la tumeur semble constituée par la réunion de trois masses secondaires, légèrement convexes, séparées par des sillons assez superficiels, mais reconnaissables.

Il existerait ainsi une tumeur centrale grosse environ comme la tête d'un nouveau-né, occupant le voisinage de l'ombilic, et deux tumeurs latérales moins volumineuses ayant les connexions sus-indiquées.

Les limites du foie et de la rate, recherchées avec soin, démontrent d'ailleurs que ces deux organes n'ont subi aucun déplacement ni aucune augmentation de volume.

La palpation du creux épigastrique produit un bruit de glouglou indiquant que l'estomac, distendu et entouré de toutes parts, contient à la fois des gaz et des liquides. L'examen clinique a été complètement négatif au point de vue de tous les autres organes.

Où siégeait cette tumeur? Quelle en était la nature? Telles furent les deux questions que se posa M. Duguet.

Mettant de côté le rein, en raison de la prééminence de la tumeur en avant et sur le milieu, et en raison de l'absence de troubles quelconques dans les fonctions urinaires, on devait songer au foie, à la rate ou au péritoine.

Le foie avait conservé ses dimensions habituelles, et il ne pouvait

guère avoir que des rapports de contact par sa face inférieure avec la tumeur. Point d'ictère.

La rate, bien que confondue par en bas avec la tumeur, ne remontait point plus haut que d'ordinaire; les fièvres intermittentes, dont le malade avait été atteint il y a trente ans, n'avaient point laissé de traces. Il était donc probable que la tumeur n'avait pris naissance ni dans le foie ni dans la rate.

Restait le péritoine, soit le mésentère, soit l'épiploon. L'intestin, dont les fonctions avaient toujours été bonnes, ne pouvait être mis en cause, surtout pour une tumeur d'un aussi gros volume. Celle-ci, développée dans le péritoine, avait dû se mettre en rapport avec le foie et la rate en suivant les épiploons gastro-hépatique et gastro-splénique. Ce fut aussi l'opinion de M. Siredey, à qui M. Duguet fit voir le malade. Il était plus difficile encore d'en déterminer la nature. Une ponction exploratrice fut décidée; elle fut faite, le 26, avec l'*explorateur Castiaux*, au centre de la masse centrale, à un centimètre et demi à gauche de l'ombilic. La pénétration se fit comme dans une masse charnue, et il ne sortit aucun liquide; l'aiguille avait pénétré à plus de six centimètres de profondeur. L'idée d'un kyste hydatique fut dès lors éloignée. Était-ce un cancer? Mais l'absence de douleurs soit spontanées, soit à la pression, l'absence de tout liquide dans le péritoine, l'absence surtout de la cachexie cancéreuse, étaient autant de motifs qui empêchèrent d'admettre résolument le cancer; on s'arrêta donc à l'idée d'une *tumeur charnue*, mais parfaitement inattaquable.

27. Continuation des vomissements, malgré l'administration de la glace, de bouillons et boissons glacés, et d'une potion de Rivière.

29. Les forces diminuent visiblement, la voix se couvre. Point de douleurs dans l'abdomen, même au niveau de la piqûre.

30. Les vomissements bilieux continuent; vésicatoire volant au creux épigastrique; soif vive, traits altérés, voix presque éteinte.

1^{er} octobre. Les forces s'en vont rapidement, les extrémités deviennent froides et bleuâtres, le malade a conscience d'une *fin* prochaine et meurt en effet dans l'après-midi, à trois heures.

Autopsie trente heures après la mort. Rigidité cadavérique très-prononcée. A l'ouverture de l'*abdomen*, on trouve une énorme *tumeur* charnue, rosée, avec les lobes et les contours qu'on lui avait exactement trouvés pendant la vie.

Soulevant la paroi antérieure de l'abdomen, elle repose sur la colonne vertébrale. Simplement en contact avec la face inférieure du foie ainsi qu'avec l'extrémité inférieure de la rate, elle a légèrement refoulé les deux organes en haut et en arrière; son bord supérieur, concave, em-

brasse tout l'estomac, qui est dilaté, contient encore beaucoup de bile à peu près pure, mais dont les orifices sont libres et la structure normale.

Recouverte par le grand tablier épiploïque mince, mais encore graisseux, la tumeur a pour point de départ le mésentère lui-même; elle comprime, à droite, le duodenum au-dessous de l'ampoule de Water, ce qui rend compte des vomissements bilieux devenus à la fin incoercibles, la bile étant forcée de remonter dans l'estomac à mesure qu'elle s'écoulait dans l'intestin. Le reste de l'intestin n'offre rien à indiquer; le gros intestin est refoulé en bas en avant, le colon transverse contient seul une petite tumeur aplatie, grosse comme une forte lentille, saillante à la face interne, paraissant développée sur la muqueuse; en un point, cet intestin a contracté quelques adhérences avec la face antérieure de la tumeur. Ganglions mésentériques plus développés au voisinage de la tumeur.

Foie présentant son développement et sa teinte habituelles; quelques petits kystes crétacés sont disséminés le long des canaux biliaires, dans l'intérieur du parenchyme. Vésicule petite, ratatinée sur un calcul allongé gros comme le doigt, unique, bien que présentant une facette plane à chacune de ses extrémités. Les parois de la vésicule sont enflammées chroniquement.

Rate normale. Pancréas et rein n'offrant rien à noter. Il en est de même des organes contenus dans le *thorax*. A gauche, il existe des adhérences pleurales assez fortes, reliquats de la pleurésie récente. Rien au cœur.

La *tumeur* paraît formée par le développement simultané de trois glandes mésentériques fortement accolées, du moins on ne voit pas quel autre point de départ on pourrait invoquer. Au niveau de la piqûre, on trouve sur le péritoine une petite ligne grisâtre, mais il n'y a pas trace de péritonite au pourtour. Impossible de retrouver profondément, dans la masse, le trajet suivi par l'aiguille. Le poids de la tumeur est d'environ 8 à 9 livres.

A la coupe, on lui trouve une fermeté et une consistance qui rappellent exactement celles des myomes utérins. Il existe une enveloppe fibreuse peu épaisse; il existe au-dessous une substance d'un gris rosé, charnue; puis, au centre, on arrive sur un tissu jaunâtre, qui forme un noyau, occupant une grande partie de la tumeur; ce noyau jaunâtre n'est pas arrondi à sa périphérie; il se termine en s'épanouissant, pour ainsi dire, sous forme de rayons qui pénètrent plus ou moins profondément du centre à la périphérie de la substance corticale rosée. Tous ces tissus semblent peu vasculaires, ils crient sous le scalpel et ne donnent au grattage qu'une quantité minime de suc transparent; point de suc

blanc cancéreux; et d'ailleurs, même dans les portions centrales jaunâtres, il n'y a point de foyers ramollis.

L'étude qu'en ont faite MM. Renaut et Mallassez au laboratoire du Collège de France, confirme pleinement l'idée émise par M. Duguet, au moment de l'autopsie, à savoir qu'il s'agit là de tumeur fibro-plastiques, développées primitivement, selon toute vraisemblance, dans les ganglions mésentériques.

Obs. VI. (Broca.) — Lipome (?) sous-péritonéal (Bull. de la Soc. anat., 1850, p. 137.)

M. Broca présente à la Société anatomique une énorme tumeur de l'abdomen trouvée sur le cadavre d'un vieillard. Cet homme, entré peu de jours avant sa mort dans le service de M. Hervez de Chégoïn, à l'hôpital Necker, n'allait à la garde-robe qu'avec beaucoup de difficulté. Un jour, il fut pris de vomissements opiniâtres, et mourut le lendemain.

On trouva dans la fosse iliaque gauche une énorme tumeur qui remplissait la moitié inférieure de l'abdomen et refoulait en haut les anses intestinales. Cette tumeur, à contours arrondis, reposait sur le muscle proas-iliaque; elle appuyait sur les vaisseaux iliaques primitifs et iliaques externes: elle était recouverte par le péritoine dans les quatre cinquièmes au moins de sa surface; sa face antérieure était parcourue par une dépression longitudinale qui contenait l'S iliaque déployée; cette anse intestinale a été enlevée en même temps que la tumeur pour être présentée à la Société. On peut voir que le péritoine passe sur elle comme un pont et ne recouvre que la moitié antérieure de sa circonférence.

La tumeur, longue de 35 centimètres, large de 30, épaisse de 20, pèse environ 15 kilogrammes. Sa consistance varie dans les divers points de son étendue; en haut et en dedans, on trouva un noyau arrondi, gros comme la tête d'un enfant de deux ans, et presque aussi dur qu'une tumeur fibreuse; le reste de la tumeur est molle et présente une fausse fluctuation.

A la coupe, on trouve que la portion molle de la tumeur possède d'une manière très-tranchée tous les caractères des lipomes, et se compose exclusivement de lobules adipeux. La portion dure présente un tout autre aspect; on y reconnaît encore quelques lobules de graisse,

brasse tout l'estomac, qui est dilaté, contient encore beaucoup de bile à peu près pure, mais dont les orifices sont libres et la structure normale.

Recouverte par le grand tablier épiploïque mince, mais encore graisseux, la tumeur a pour point de départ le mésentère lui-même; elle comprime, à droite, le duodenum au-dessous de l'ampoule de Water, ce qui rend compte des vomissements bilieux devenus à la fin incoercibles, la bile étant forcée de remonter dans l'estomac à mesure qu'elle s'écoulait dans l'intestin. Le reste de l'intestin n'offre rien à indiquer; le gros intestin est refoulé en bas en avant, le colon transverse contient seul une petite tumeur aplatie, grosse comme une forte lentille, saillante à la face interne, paraissant développée sur la muqueuse; en un point, cet intestin a contracté quelques adhérences avec la face antérieure de la tumeur. Ganglions mésentériques plus développés au voisinage de la tumeur.

Foie présentant son développement et sa teinte habituelles; quelques petits kystes crétacés sont disséminés le long des canaux biliaires, dans l'intérieur du parenchyme. Vésicule petite, ratatinée sur un calcul allongé gros comme le doigt, unique, bien que présentant une facette plane à chacune de ses extrémités. Les parois de la vésicule sont enflammées chroniquement.

Rate normale. Pancréas et rein n'offrant rien à noter. Il en est de même des organes contenus dans le *thorax*. A gauche, il existe des adhérences pleurales assez fortes, reliquats de la pleurésie récente. Rien au cœur.

La *tumeur* paraît formée par le développement simultané de trois glandes mésentériques fortement accolées, du moins on ne voit pas quel autre point de départ on pourrait invoquer. Au niveau de la piqûre, on trouve sur le péritoine une petite ligne grisâtre, mais il n'y a pas trace de péritonite au pourtour. Impossible de retrouver profondément, dans la masse, le trajet suivi par l'aiguille. Le poids de la tumeur est d'environ 8 à 9 livres.

A la coupe, on lui trouve une fermeté et une consistance qui rappellent exactement celles des myomes utérins. Il existe une enveloppe fibreuse peu épaisse; il existe au-dessous une substance d'un gris rosé, charnue; puis, au centre, on arrive sur un tissu jaunâtre, qui forme un noyau, occupant une grande partie de la tumeur; ce noyau jaunâtre n'est pas arrondi à sa périphérie; il se termine en s'épanouissant, pour ainsi dire, sous forme de rayons qui pénètrent plus ou moins profondément du centre à la périphérie de la substance corticale rosée. Tous ces tissus semblent peu vasculaires, ils crient sous le scalpel et ne donnent au grattage qu'une quantité minime de suc transparent; point de suc

blanc cancéreux; et d'ailleurs, même dans les portions centrales jaunâtres, il n'y a point de foyers ramollis.

L'étude qu'en ont faite MM. Renaut et Mallassez au laboratoire du Collège de France, confirme pleinement l'idée émise par M. Duguet, au moment de l'autopsie, à savoir qu'il s'agit là de tumeur fibro-plastiques, développées primitivement, selon toute vraisemblance, dans les ganglions mésentériques.

Obs. VI. (Broca.) — Lipome (?) sous-péritonéal (Bull. de la Soc. anat., 1850, p. 137.)

M. Broca présente à la Société anatomique une énorme tumeur de l'abdomen trouvée sur le cadavre d'un vieillard. Cet homme, entré peu de jours avant sa mort dans le service de M. Hervez de Chégoin, à l'hôpital Necker, n'allait à la garde-robe qu'avec beaucoup de difficulté. Un jour, il fut pris de vomissements opiniâtres, et mourut le lendemain.

On trouva dans la fosse iliaque gauche une énorme tumeur qui remplissait la moitié inférieure de l'abdomen et refoulait en haut les anses intestinales. Cette tumeur, à contours arrondis, reposait sur le muscle proas-iliaque; elle appuyait sur les vaisseaux iliaques primitifs et iliaques externes: elle était recouverte par le péritoine dans les quatre cinquièmes au moins de sa surface; sa face antérieure était parcourue par une dépression longitudinale qui contenait l'S iliaque déployée; cette anse intestinale a été enlevée en même temps que la tumeur pour être présentée à la Société. On peut voir que le péritoine passe sur elle comme un pont et ne recouvre que la moitié antérieure de sa circonférence.

La tumeur, longue de 35 centimètres, large de 30, épaisse de 20, pèse environ 15 kilogrammes. Sa consistance varie dans les divers points de son étendue; en haut et en dedans, on trouva un noyau arrondi, gros comme la tête d'un enfant de deux ans, et presque aussi dur qu'une tumeur fibreuse; le reste de la tumeur est molle et présente une fausse fluctuation.

A la coupe, on trouve que la portion molle de la tumeur possède d'une manière très-tranchée tous les caractères des lipomes, et se compose exclusivement de lobules adipeux. La portion dure présente un tout autre aspect; on y reconnaît encore quelques lobules de graisse,

mais ceux-ci sont emprisonnés dans une espèce de gangue dense, lardacée, friable, au sein de laquelle existent beaucoup de vaisseaux. La pression, le grattage, n'en peut extraire aucun liquide lactescent; le microscope n'y a découvert aucun des éléments spécifiques du cancer; c'est donc à tort que certaines personnes ont pris cette partie de la tumeur pour un lipome *dégénéré*; on n'y trouve autre chose que les produits organisés de l'inflammation chronique. Du reste, on sait que plusieurs auteurs ont parlé de l'inflammation du lipome comme d'un accident qui n'est pas très-rare dans la marche de ces tumeurs. Cette tumeur, ajoute *M. Broca*, est très-curieuse à cause de son siège dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et je n'en connais pas d'autre exemple.

Obs. VII. (Bayle). — Cancer rétro-péritonéal, avec hémorrhagie simulant un anévrysme (Bayle et Cayol, Dict. en 60 vol., t. III. p. 639 et Bayle, Traité des mal. canc., 1839, t. II, p. 325.)

M. Laënnec nous ayant invité à assister à l'ouverture d'une femme âgée d'environ 50 ans qui avait eu tous les symptômes d'une affection organique de l'utérus, nous fîmes avec lui les remarques suivantes. A l'ouverture de l'abdomen, le premier objet qui se présenta fut une tumeur aussi grosse que la tête d'un adulte, qui remplissait presque entièrement le bassin et s'élevait jusqu'en haut de la région hypogastrique, en soulevant le paquet des intestins avec lequel elle avait quelques adhérences. La forme arrondie de cette tumeur, sa couleur rougeâtre, sa consistance ferme, et enfin ses adhérences intimes avec les parois osseuses du bassin, qui, dans quelques endroits, participaient à sa dégénérescence, ne nous donnaient qu'incertitude sur sa nature. Divisée dans tous les sens par des incisions profondes, elle nous parut formée entièrement par un amas énorme de fibrine, semblable à celle qu'on trouve à l'intérieur des tumeurs anévrysmales; nous crûmes alors que c'était un anévrysme.

Cependant, de nouvelles recherches nous démontrèrent que ce prétendu anévrysme n'avait de rapports ni avec l'aorte, ni avec aucune des artères de l'abdomen, qui toutes étaient saines; et *M. Laënnec*, en examinant de plus près le tissu de la tumeur, parvient à y reconnaître quelques portions de matière squirrhuse et de matière cérébriforme qui n'avaient pas encore été envahies par l'épanchement sanguin.

Il fut dès lors évident que la tumeur que nous avons sous les yeux était une énorme masse cancéreuse qui s'était développée entre le péritoine et les os du bassin.

Obs. VIII. (Sevestre.) — Tumeur cancéreuse rétro-péritonéale (Bull. de la Soc. anat., 1876.)

J. Annette, âgée de 35 ans, couturière, est entrée le 29 octobre 1875 à la Charité, salle Sainte-Anne n° 3 (service de M. le professeur G. SÉE), pour des troubles dyspeptiques, et surtout des douleurs extrêmement vives à l'épigastre. Une de ses sœurs est morte à 20 ans d'un « rhume négligé; » mais en dehors de ce fait, on ne trouve à noter dans ses antécédents héréditaires rien qui se rapporte à sa maladie actuelle. Elle-même n'a jamais eu de maladie grave, et jusqu'à son mariage, à l'âge de 28 ans, avait toujours été assez bien portante. Depuis cette époque, au contraire, elle a constamment été plus ou moins indisposée, ressentant tantôt des maux d'estomac qui survenaient irrégulièrement, tantôt des battements de cœur, de l'oppression, des étouffements après de longues courses un peu longues ou un exercice un peu fort; mais les phénomènes les plus fréquents et ceux qui la tourmentaient le plus, sans que cependant elle ait jamais été obligée de garder le lit, étaient des troubles digestifs consistant dans une douleur plus ou moins vive à la suite des repas et une lenteur des digestions. Tous ces accidents datent de six ans environ et ont été en augmentant progressivement d'intensité.

Au moment de l'entrée, la malade se plaint à peu près exclusivement de ces douleurs qui occupent la région lombaire et l'abdomen, plus particulièrement au niveau de l'ombilic et de la région épigastrique. Ces douleurs sont comparées à des sensations de brûlure, de déchirure, de rongement des lombes et de l'épigastre; elles irradient vers le bassin et les flancs; et, d'autre part, vers le thorax et la base du cou. Ces douleurs sont continues, mais présentent à certains moments des exacerbations très-violentes qui ne coïncident d'ailleurs ni avec le repos ni avec toute autre circonstance appréciable; elles existent la nuit et troublent le sommeil. La pression ne les exagère pas notablement et l'on ne constate rien d'analogue à des points névralgiques.

L'appétit est diminué, mais non aboli; les digestions se font bien, mais lentement, et l'ingestion des aliments est suivie d'une sensation de pesanteur que la malade distingue parfaitement des autres manifestations douloureuses. Cette sensation de plénitude persiste généralement pendant

plusieurs heures. Il n'y a jamais eu de vomissements ni même de nausées.

La langue offre une teinte rouge écarlate, est dépouillée de son épithélium, fendillée et recouverte de papilles très-saillantes; le passage des aliments un peu chauds ou excitants détermine sur elle une sensation de cuisson très-vive.

Les selles sont rares et depuis longtemps la malade a une constipation difficile à vaincre. Le ventre est un peu ballonné; et par la palpation on trouve, au niveau de l'épigastre, disposées suivant une ligne horizontale et séparées par un intervalle de deux ou trois travers de doigt, trois tumeurs ayant la forme et le volume d'un gros marron : ces tumeurs sont indolentes. Les autres fonctions ne présentent aucun trouble morbide. La malade est amaigrie, mais a conservé des couleurs et n'offre point l'aspect cachectique que l'on trouve habituellement dans les cas d'affection organique. Néanmoins, en raison de la persistance et de l'intensité des douleurs dont le siège correspond nettement à l'estomac, on penche vers le diagnostic de cancer de l'estomac; l'absence de vomissements et de troubles dyspeptiques bien marqués fait pourtant admettre quelques réserves; les tumeurs paraissent être des scybales contenues dans le côlon beaucoup plutôt qu'une lésion de l'estomac.

Prescription. — Injection de morphine; purgatif.

Le 8 novembre. Les masses indurées que l'on percevait par la palpation de l'abdomen ont disparu à la suite de deux purgatifs; on en trouve aujourd'hui d'analogues dans la fosse iliaque gauche; il ne paraît donc pas douteux qu'il s'agit ici de masses stercorales.

Les symptômes sont du reste à peu près analogues. La douleur est calmée à peine quelques heures par les injections de morphine, mais reparait ensuite avec une intensité égale; elle a son maximum vers l'ombilic et le flanc droit, et de ces points irradie dans tout l'abdomen et en arrière du côté de la région lombaire. Le ventre est un peu ballonné.

Pendant les *mois qui suivent*, on ne note rien autre chose que la persistance ou l'aggravation des mêmes phénomènes. La douleur devient de plus en plus intense et n'est que très-peu soulagée par les injections de morphine dont la dose est cependant augmentée de jour en jour.

La constipation persiste et ne cède que difficilement à des purgatifs répétés. On trouve toujours par la palpation, de temps en temps et dans des points variables de l'abdomen, des tumeurs dures analogues à celles qui ont été constatées au moment de l'entrée, tumeurs qui généralement disparaissent en se déplaçant à la suite des purgatifs.

Le ballonnement du ventre est plus marqué. La malade ne présente

du reste aucun trouble gastrique sauf l'anorexie, mais l'appétit est complètement perdu; elle se soutient seulement par l'usage de viande crue et d'un peu de lait. La langue est absolument dépouillée de son épithélium; aussi la plupart des liquides causent-ils de vives cuissons.

Le dépérissement augmente de jour en jour, et la malade est arrivée pour ainsi dire à un état squelettique.

Cet état s'accroît de jour en jour à mesure aussi que les douleurs prennent une intensité horrible, et c'est ainsi que la malade succomba le 18 février 1876. Il n'y a jamais eu d'œdème.

Autopsie — Amaigrissement considérable. Le cœur est peu volumineux; le ventricule gauche est revenu sur lui-même; les valvules sont saines. La trachée et les bronches contiennent des mucosités assez abondantes; la muqueuse est congestionnée. Le calibre des bronches paraît un peu supérieur à l'état normal, sans qu'on trouve d'ailleurs de dilatation localisée. Au sommet du poumon des deux côtés on trouve quelques adhérences.

À l'ouverture de l'abdomen, on constate que l'estomac et les intestins sont distendus par des gaz; le côlon transverse vers sa partie moyenne est étranglé par une bride fibreuse. En écartant ces organes on arrive sur une tumeur située au-devant de la colonne vertébrale et s'avancant entre l'estomac, le côlon transverse et la rate.

De la partie antérieure de cette tumeur se détachent des bandelettes fibreuses qui vont aux différents organes de l'abdomen. En un point, ces adhérences offrent la forme d'une bride résistante qui contourne de haut en bas, puis d'avant en arrière la face antérieure du côlon et détermine à ce niveau un rétrécissement considérable admettant à peine le doigt. La bride une fois coupée, la paroi de l'intestin se laisse étaler et l'on constate qu'elle ne présente aucune altération en dehors de son adhérence à la tumeur située en arrière d'elle. Il en est de même des autres parties de l'intestin, qui, en certains points, offrent des adhérences d'ailleurs peu solides,

L'estomac, au contraire, est intimement soudé à la tumeur dans l'étendue de la paume de la main, vers la partie moyenne de sa face postérieure; il ne peut être isolé de la tumeur. La muqueuse paraît, à l'œil nu, saine dans tous ses points.

Le pancréas est absolument confondu avec la tumeur et ne peut être isolé; on reconnaît ou plutôt on devine seulement son siège par quelques points jaunâtres disséminés au milieu d'un tissu fibroïde, et dans lesquels le microscope ne montre que des granulations sans cellules reconnaissables.

La rate, par la face interne, adhère intimement à la production morbide, qui se propage même dans le tissu splénique sous forme de trait-

nées irrégulières d'un blanc jaunâtre pénétrant à une profondeur de 2 ou 3 centimètres. A la face externe, on trouve seulement un épaississement de la capsule.

Le rein gauche, au niveau du hile, est aussi confondu avec la tumeur, qui s'enfonce au milieu de l'organe.

Le rein droit est sain.

Le foie, de volume normal, présente sur sa face antérieure, près de son bord, trois noyaux du volume d'une noix ou d'un petit œuf, noyaux qui, à l'œil, m'offrent tous les caractères des nodules cancéreux. Les conduits biliaires et le canal cholédoque sont un peu dilatés et remplis de bile, mais ils ne sont obstrués sur aucun point de leur trajet.

L'utérus et les organes génitaux sont sains.

Les corps des vertèbres ne présentent aucun noyau cancéreux ni aucune altération appréciable à l'œil nu.

La tumeur, qui nous reste maintenant à décrire, est située, ainsi qu'il a été dit, entre l'estomac et le colon transverse, entre le duodénum, la colonne vertébrale, la rate et le rein gauche. Elle comble tout l'espace compris entre ces organes, qu'elle réunit, pour ainsi dire, les uns aux autres, à la manière d'une substance qui aurait été coulée entre eux et se serait ensuite solidifiée; non-seulement elle envoie des prolongements entre les différents organes, mais elle pénètre encore dans certains d'entre eux; ainsi, au niveau du hile du rein, se trouve un prolongement de la tumeur; de même au niveau du hile de la rate. En outre, sur la rate comme sur le rein, la capsule fibreuse qui enveloppe ces organes présente un épaississement qui va en diminuant à mesure qu'on s'éloigne du hile. En somme, la tumeur rappelle absolument la distribution du tissu conjonctif. A la coupe, la tumeur présente une apparence fibreuse extrêmement nette sur laquelle on distingue çà et là des points jaunâtres; le tissu qui la constitue est extrêmement dur, crie sous le scalpel, et ne présente en aucun point de ramollissement; par le râclage, on obtient un suc peu abondant; le microscope y fait reconnaître des éléments cellulaires de forme et de volume variables, mais généralement arrondis ou ovalaires, ayant des dimensions un peu supérieures à celles des globules blancs et contenant de gros noyaux pourvus pour la plupart d'un nucléole brillant.

Les artères qui traversent la tumeur ne présentent pas d'altération appréciable; elles sont tout au plus un peu affaissées; il en est de même de l'aorte, qui est appliquée à sa partie postérieure et la sépare de la colonne vertébrale. Au contraire, les veines correspondantes, et particulièrement la veine splénique, sont obstruées. La veine cave ne touchait à la tumeur que par un point très-limité. Quant aux lymphatiques

(vaisseaux ou ganglions), ils sont perdus dans la tumeur de telle sorte qu'il est impossible d'en retrouver des traces.

L'*examen histologique* après durcissement montre que la tumeur est constituée par un carcinôme fibreux. Les alvéoles sont remplis des éléments cellulaires décrits plus haut, et les travées, qui sont très-épaisses, sont formées par un tissu fibreux très-dense au milieu duquel on retrouve çà et là des traces de tissu graisseux. Bien que les coupes aient porté sur un certain nombre de points de la tumeur, on ne trouve nulle part rien qui rappelle le tissu des ganglions. Le tissu morbide paraît avoir son origine dans le tissu conjonctif sous-péritonéal.

L'aorte, au niveau de la tumeur, et malgré une adhérence intime, ne présente aucune altération.

La muqueuse de l'estomac, celle de l'intestin, sont saines également, mais la tunique musculieuse est légèrement hypertrophiée à ce niveau. Les tumeurs du foie et de la rate sont constituées par du carcinôme à larges alvéoles séparées par des cloisons très-minces.

Obs. IX. — Résumé (Sausse). Cancer rétro-péritonéal (Bull. de la Soc. anat., 1838, p. 213.)

Homme de 47 ans. Depuis un an, digestion difficile, et quoique l'appétit fût toujours le même, le malade n'osait le satisfaire à cause du malaise qui accompagnait ses repas lorsqu'ils étaient un peu copieux; pas de nausées ni de vomissements; depuis six mois, apparition d'une tumeur à l'épigastre. Maigreur et affaiblissement considérables, etc. Dans les quinze derniers jours, ictère, perte d'appétit; difficulté croissante des digestions; un seul vomissement.

A l'*autopsie*, l'estomac présente vers le pylore une saillie considérable. La petite courbure tient au foie et au pancréas, et, par l'intermédiaire de ce dernier organe, à la colonne vertébrale, au moyen d'un tissu dur, jaunâtre, qui s'étend depuis l'entrée de l'aorte dans l'abdomen jusqu'à sa bifurcation. La membrane musculieuse est hypertrophiée, surtout vers le pylore; mais, dans cette région, elle se trouve, de même que les autres membranes, confondue dans un tissu dur, lardacé. La muqueuse est injectée vers la grande courbure et à la grande tubérosité. Vers le pylore, elle devient mamelonnée, inégale. De ces mamelons, les uns sont assez mous, friables; d'autres sont durs, très-consistants. Les tissus cellulaires sous-séreux, et surtout sous-muqueux, sont, plus que toutes les autres parties de l'estomac, le siège des altérations déjà mentionnées.

Le pancréas est presque entièrement transformé en un tissu dur, lar-

dacé, coupé sur beaucoup de points par des prolongements fibreux. A peine distingue-t-on quelques granulations glanduleuses. Ce tissu se continue du reste avec celui qui enveloppe les gros vaisseaux de l'abdomen, l'aorte, la veine porte, la veine cave, sans les oblitérer sur aucun point de leur étendue. Le foie présente de nombreux noyaux cancéreux de volume variable. Les conduits cystique et hépatique vont se rendre, avant d'arriver au duodenum, dans une petite masse cancéreuse du volume d'une noisette, continue à celle déjà remarquée au pancréas ; sur ce point, le conduit cystique seul est oblitéré, le conduit cholédoque n'est que rétréci.

Sous les tuniques séreuses de la rate, de l'intestin, à la surface du rein droit, dans l'épiploon, on trouve quelques granulations miliaires ; on en trouve surtout un grand nombre à la surface et dans l'intérieur du poumon.

L'ictère et l'ascite ont été probablement dus chez le malade, le premier au rétrécissement considérable du canal cholédoque ; la seconde à la compression de la veine porte par la masse cancéreuse dont elle était de toute part environnée.

Obs. X. — Résumée (Bergeon). Cancer de la vessie et du tissu cellulaire du bassin. (Bull. de la Soc. anat., 1830, p. 127).

Homme de 56 ans, maigreux extrême, faiblesse considérable, douleurs dans les membres inférieurs et surtout dans les deux régions lombaires. Depuis quinze ou dix-huit mois, il a eu plusieurs rétentions d'urine et a rendu, à plusieurs reprises, du sang par les urines.

A l'autopsie, les reins sont sains, et les uretères, ainsi que les bassinets distendus par l'urine... « Le petit bassin est rempli en grande partie par la vessie ; cet organe présente une surface mamelonnée à sa partie supérieure et postérieure ; son volume est sensiblement augmenté, son poids l'est beaucoup. En ouvrant sa cavité sur la ligne médiane, on voit sortir une ou deux cuillerées d'un liquide épais purulent et de couleur lie-de-vin ; on trouve en même temps un caillot noirâtre, et au-dessous, des fongosités qui paraissent appartenir surtout à la face postérieure de ce viscère ; sa cavité est extrêmement petite et l'augmentation de volume dépend de la grande épaisseur des parois, qui ont au moins un pouce et demi en arrière, tandis qu'en avant et en haut, elles n'ont que l'épaisseur naturelle. Un appendice squirrheux et sillonné, comme la

surface d'un chou-fleur, part de la partie latérale et supérieure gauche, et va s'appuyer sur l'anneau inguinal de ce côté ; enfin, une autre masse cancéreuse, plus grosse que le poing, est réunie à la partie latérale droite de la vessie, par le péritoine en arrière, par une portion de l'obturateur interne en avant. Cette masse dure, inégale et bosselée, tend à sortir par la grande échancrure sciatique ; dans cet endroit, elle comprime tellement le grand nerf sciatique, qu'on ne l'en sépare qu'avec beaucoup de peine, et qu'il est très-fortement aplati par la tumeur. Celle-ci se porte, en outre, sous les muscles psoas et iliaque, qu'elle refoule en dehors. Enfin, une autre portion de cette tumeur cancéreuse appuie sur la symphyse sacro-iliaque droite, remonte un peu le long de la colonne vertébrale, et soulève les branches antérieures des dernières paires lombaires, dont on voit les divisions à la surface de cette masse squirrheuse. Elle est côtoyée en dedans par l'uretère, qui la sépare de la vessie à son entrée dans cet organe. Du reste, la paroi recto-vésicale est tout à fait saine ; la prostate et les vésicules séminales le sont également.

« Il paraît probable, dit plus loin l'auteur de cette observation, que le cancer a dû commencer par le tissu cellulaire sous-séreux ; il est remarquable, en effet, que le seul point où la vessie soit saine est précisément celui où ce viscère n'est point recouvert par le péritoine. D'ailleurs, combien les symptômes n'ont-ils pas été observés du côté de la muqueuse vésicale ? N'est-ce pas tout à fait vers la fin de la maladie que l'on a observé des hématuries ?... Et l'énorme masse cancéreuse qui adhère aux parties latérales de ce viscère n'est-elle pas encore là pour attester que l'extension du mal ne s'est opérée que par le tissu cellulaire sous-séreux, puisqu'elle n'est unie à la vessie par d'autres liens que par le péritoine, dont les deux lames se touchent presque vers la base de la tumeur ? »

Obs. XI. (Moysaut.) — Tumeur cancéreuse de l'abdomen simulant une grossesse (Bull. de la Soc. anat., 1857, p. 390.)

R..., âgée de 18 ans, est entrée à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Hardy), le 20 septembre 1857.

Au mois de mai dernier, elle s'est crue enceinte ; en effet, elle éprouva quelques-uns des symptômes de la grossesse à son début : dégoût anorexiques, nausées et quelques vomissements. D'abord, elle remarqua à deux époques une diminution notable des règles qui, ensuite, se supprimèrent complètement. Dès l'apparition de ces phénomènes morbides, la malade s'aperçut que son ventre grossissait, et presque en même temps

elle éprouva des douleurs très-vives ayant leur point de départ dans la fosse iliaque droite et s'irradiant dans tout le ventre; en même temps, elle a eu des faiblesses et des défaillances fréquentes. Tous ces symptômes, peu prononcés dans les premiers mois, ont augmenté graduellement jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, et le ventre a pris rapidement un volume considérable. Il y a quelques jours, les douleurs sont devenues tellement vives et le travail si pénible, que la malade se décida à consulter une sage-femme, qui lui dit que, non-seulement elle était enceinte, mais qu'elle était au terme de sa grossesse.

22 septembre. — Le premier examen nous fait douter de la grossesse de cette jeune fille. Le toucher vaginal nous permet de constater que le col de l'utérus a conservé tous les caractères qu'il présente pendant la virginité, et il est impossible de déterminer le ballonnement de l'utérus; le doigt sent, en avant du vagin, entre cet organe et la vessie, une tumeur énorme qu'il ne peut circonscrire dans aucun sens. Par le toucher rectal, on sent le corps de la matrice dans le bassin et placé en avant du sacrum; il peut être facilement délimité. Les mains appliquées sur le ventre, ne perçoivent nullement les mouvements du fœtus, et l'auscultation ne révèle ni bruit de souffle, ni bruit de cœur.

Les renseignements fournis par la malade viennent encore éclairer le diagnostic et faire rejeter toute idée de grossesse. D'abord cette fille n'a éprouvé les premiers symptômes de sa prétendue grossesse qu'à la fin d'avril ou au commencement de mai; elle ne pourrait donc pas être à terme, et même, s'il y avait grossesse, elle serait peu avancée, car elle aurait encore trois ou quatre mois; mais, d'un autre côté, si l'on examine le ventre, on voit qu'il est arrivé à un développement considérable, qui est bien certainement au moins celui d'une femme près d'accoucher. Il y a donc, entre l'époque du début des accidents et le volume du ventre, une opposition manifeste qui infirme l'existence d'une grossesse. Enfin, les seins n'ont jamais présenté ni dans leur volume, ni dans la couleur de l'auréole, aucune des modifications qui s'observent ordinairement pendant la gestation.

En palpant l'abdomen on trouve une tumeur énorme remplissant presque tout le ventre, un peu rénitente, bosselée et inégale. Par son extrémité inférieure, elle plonge dans le bassin, et son extrémité supérieure se prolonge jusque dans l'hypochondre droit et l'épigastre, et est recouverte par le foie. Cette tumeur est molle à la percussion.

Dans quelques points nous avons cru, à un premier examen, sentir de la fluctuation; mais il nous a été facile de nous apercevoir que cette sensation était fautive et que nous nous étions trompés.

A sa partie moyenne, vers l'ombilic, la tumeur présente une scissure

profonde qu'on sent parfaitement en déprimant les parois abdominales. Elle semble être une ligne de séparation entre deux tumeurs distinctes qui se toucheraient seulement dans ce point, et dont l'une, la supérieure, se continuerait avec le foie, dont elle ferait partie, et l'autre aurait son point d'origine dans le bassin. Une circonstance favorable à cette supposition, c'est que le bord supérieur de la rainure est mince et tranchant, et ressemble assez bien au bord inférieur du foie; mais en examinant plus attentivement, on trouve que cette disposition n'est qu'apparente et que l'existence de deux tumeurs distinctes n'est pas admissible. D'ailleurs, à gauche de l'ombilic, la scissure est interrompue, et les deux portions de la tumeur se continuent l'une avec l'autre.

La tumeur nous paraît solide; cependant, pour nous en assurer d'une manière définitive, et surtout pour ne conserver aucun doute sur la sensation de fluctuation que nous avons cru percevoir le premier jour, nous faisons, le 15 octobre, une ponction exploratrice avec un petit trocart; mais nous ne voyons sortir, par l'extrémité de la canule, que quelques gouttes de sérosité sanguinolente. Ce caractère était plus que suffisant, à part l'absence de plusieurs autres signes importants, pour éloigner l'idée d'un kyste de l'ovaire ou de toute autre tumeur liquide.

Pendant quelque temps, M. Hardy resta dans le doute sur la nature de cette tumeur; mais sa marche incessante et rapide, les symptômes graves auxquels elle donna lieu, lui firent supposer qu'elle pouvait être de nature cancéreuse. En effet, le ventre ne cessa pas d'augmenter de volume jusqu'à la terminaison fatale. Quelques jours avant sa mort, il mesurait 85 centimètres de circonférence dans son point le plus développé. Les symptômes déjà existants: douleurs, vomissements, inappétence et difficulté de digestion, augmentèrent dans la même proportion que le volume de la tumeur. Les vomissements devinrent incoercibles dans les dernières semaines, et la malade en était arrivée à ne pouvoir plus rien prendre, pas même la plus petite quantité de liquide, sans vomir immédiatement.

A ces premiers symptômes vinrent s'en ajouter d'autres, tels qu'une fièvre hectique, qui ne se montra d'abord que le soir et la nuit, mais qui devint bientôt continue, avec des exacerbations vers la fin de la journée; une diarrhée assez abondante, verdâtre, et quelquefois lientérique; dans les derniers jours, la diarrhée fit place à une constipation opiniâtre.

La tumeur, en se développant, refoula fortement le foie en haut, amena une dilatation considérable de la base de la poitrine, et par suite, une gêne extrême de la respiration.

Vénégas.

4

Les veines superficielles du ventre et de la base de la poitrine ont acquis un développement marqué indiquant une grande gêne de la circulation et se dessinent sous forme de lignes bleuâtres.

Enfin, la malade tomba dans le marasme et devint d'une maigreur extrême; sa figure, ses membres et la partie supérieure du tronc, réduits presque à l'état de squelette, formaient, avec le volume prodigieux de son ventre, un contraste étrange qui la rendait hideuse à voir.

Elle succomba le 18 novembre 1857.

Autopsie le 20 novembre. — Lorsqu'on ouvrit le ventre, il s'écoula environ 250 grammes de sérosité simple, claire et transparente.

Presque toute la masse de l'intestin grêle était déjetée dans le flanc gauche et n'avait éprouvé aucune compression. La tumeur se trouvait placée en bas, en avant du cæcum et de la fin de l'intestin grêle, et, en haut, en avant du côlon transverse, mais sans comprimer ni l'un ni l'autre, et sans gêner le passage des matières fécales.

L'utérus est également placé derrière la tumeur, mais il est refoulé au fond du bassin. Il n'est le siège d'aucune altération, ainsi que l'ovaire et le ligament large gauche. Le ligament large du côté droit et le cul-de-sac vésico-vaginal paraissent avoir été le point de départ de la tumeur; c'est, en effet, dans ce point qu'elle est implantée. L'ovaire atrophié est plaqué en dehors et un peu en arrière.

Cette tumeur est libre dans presque toute son étendue, sauf quelques adhérences qui l'unissent au foie et aux parois abdominales; ce sont des filaments fibreux. La surface est lisse, mais présentant un grand nombre de bosselures de grosseur variable, depuis celle d'une noix jusqu'à celle d'une petite orange. Ces saillies semblent être d'autres tumeurs, en quelque sorte surnuméraires, implantées sur la tumeur principale. La plupart renfermaient du liquide et présentaient une fluctuation manifeste; quelques-unes même étaient presque transparentes. En les incisant, on en faisait écouler une sérosité claire et limpide tout à fait semblable à celle que nous avons trouvée dans le péritoine. Leur cavité était lisse et transparente, et communiquait par un orifice rétréci, avec celle d'une tumeur voisine et même avec d'autres cavités contenues dans l'épaisseur de la tumeur elle-même et ne faisant point saillie à l'extérieur. Il en résultait une disposition analogue à celle que présentent les cellules d'une éponge.

Après avoir fendu la masse par une section verticale, en deux parties à peu près égales, nous trouvâmes un tissu moitié squirrheux et moitié lardacé, assez résistant et assez difficile à inciser. Les deux surfaces de la section présentaient une coloration blanchâtre, marbrée de taches jaunes ocrées, rouges et brunâtres. De plus, la partie inférieure de la

tumeur nous présenta, d'une manière très-prononcée, la disposition cellulaire et aréolaire dont nous avons déjà parlé. Dans l'épaisseur du mésentère, dans l'épiploon, dans le péritoine des parois abdominales et surtout à la face inférieure du diaphragme, nous avons trouvé un très-grand nombre de petites tumeurs arrondies, mamelonnées, dont le volume varie depuis la grosseur d'une noisette jusqu'à celle d'un œuf. Ces petites tumeurs avaient également un aspect et une consistance lardacés.

Enfin, nous avons trouvé dans le médiastin, en avant de la crosse de l'aorte, une tumeur de même nature, ayant environ le volume d'une orange.

Examen microscopique par M. Luton. — Cette vaste tumeur, libre de toute connexion avec les divers viscères de l'abdomen, n'offrait pas un aspect uniforme dans ses différentes parties. Dans la plus grande étendue de sa masse, elle avait tous les caractères extérieurs propres à l'encéphaloïde avec suc cancéreux abondant, trame celluleuse bien développée et points rouges vasculaires, figurant assez bien une apoplexie capillaire. Dans certains points, il semblait s'être fait des altérations secondaires, comme s'il y avait eu là des épanchements sanguins en voie de résorption ou une organisation de produits plastiques. En ces points, la coupe avait quelque analogie avec celle d'un ovaire : trame celluleuse jaunâtre, cavités aréolaires, régulières et irrégulières, remplies d'une substance grisâtre demi-transparente, ferme et élastique.

L'examen microscopique, appliqué à la partie à aspect encéphaloïde, a montré d'une manière presque exclusive, une multitude de noyaux cancéreux, caractérisés surtout par les dimensions considérables (0^{mm},012). Il n'y avait que de très-rares cellules cancéreuses, de formes irrégulières et variables : l'une d'elles, très-grande, contenait deux cellules filles dont une offrait un gros noyau avec deux nucléoles et l'autre un noyau avec un seul nucléole ; une autre cellule, à contours vagues, a semblé présenter un espace à incubation douteux. On voyait en outre, dans la préparation, de nombreuses gouttelettes de graisse libre et quelques cellules remplies de ces mêmes gouttelettes graisseuses ; enfin il y avait un assez grand nombre de cellules fusiformes ayant l'aspect de cellules génératrices du tissu conjonctif fibrillaire.

La partie de la tumeur, altérée secondairement, ainsi que cela est probable, a fait voir, pour les dépôts grisâtres et demi-transparentes, un tissu conjonctif homogène, traversé par des faisceaux peu fournis de tissu conjonctif fibrillaire. Ces faisceaux étaient contournés comme des fibres élastiques ; mais ils étaient solubles dans l'acide acétique. On y voyait en outre de nombreuses gouttelettes de graisse disséminées

dans la trame conjonctive et l'infiltrant, et des cellules pleines de gouttelettes de graisse. Le tissu jaunâtre, circonscrivant les aréoles, offrait un aspect à peu près semblable ; seulement, la graisse semblait y être encore plus abondante et le tissu conjonctif homogène en proportion moindre. On ne voyait dans ces mêmes points que de rares noyaux cancéreux.

En résumé, cette tumeur était un beau spécimen du cancer nucléaire qui, dans quelques-unes de ses parties, avait subi des altérations de la nature des transformations rétrogrades, ainsi que le prouvent la rareté des noyaux cancéreux en ces points, la grande quantité de graisse émulsionnée et l'abondance de la substance conjonctive.

Obs. XII. (Ogle.) — Saint-Georges Hospital Report, t. VII, p. 217.

E. C... fut admise à Saint-George's Hospital, le 17 avril 1872. Depuis un an, elle avait de temps en temps des douleurs dans l'abdomen, et avait perdu l'appétit; depuis trois mois, elle avait en outre dans la cuisse gauche, particulièrement en arrière, une douleur (sciatique) qui l'avait forcée à garder le lit. Parfois il y avait des vomissements. Au moment de l'entrée, les membres et particulièrement la jambe gauche, étaient très-amaigris. La malade accusait dans le membre gauche, en arrière, une douleur très-vive descendant jusqu'au genou, et une légère douleur dans la jambe du côté opposé. La cuisse gauche, rigide, était moins volumineuse que la droite.

Dans l'abdomen, on trouvait une masse dure du volume d'une tête de fœtus, s'étendant de l'ombilic à la crête iliaque gauche, s'enfonçant dans la fosse iliaque, mais ne paraissant pas s'engager sous les côtes. Cette tumeur était indolente à la pression et n'avait point été remarquée par la malade. Au toucher, elle paraissait indépendante de l'utérus..... La malade mourut au mois de septembre dans cet intervalle, elle avait obtenu à peine quelque amélioration passagère des injections sous-cutanées de morphine. La tumeur avait un peu augmenté de volume sans douleur.

L'autopsie montra les lésions suivantes : Toute la région iliaque gauche et une partie de la région de l'hypochondre étaient occupées par une tumeur fluctuante qui dépassait un peu la ligne médiane à droite. Cette tumeur était en partie recouverte par le côlon descendant

qui avait été déplacé et s'étendait en diagonale de droite à gauche. L'incision de la paroi du kyste, épaisse d'une ligne environ, donna issue à une ou deux pintes de liquide rouge ; le reste de la cavité était rempli d'une substance jaunâtre d'apparence caséuse. La tumeur était adhérente aux corps des trois dernières vertèbres lombaires qui avaient été resorbées en grande partie et étaient cariées. La seconde vertèbre lombaire et la première vertèbre sacrée présentaient les apparences de l'état normal. Les viscères de l'abdomen, y compris les ovaires étaient sains.

Un fragment de la tumeur examiné au microscope était formé par du carcinome encéphaloïde et du ganglion lymphatique affectés partiellement de carcinome et entourant les vaisseaux iliaques..... Il sembla que les ganglions lombaires avaient été le point de départ de la maladie, et que les vertèbres n'avaient été affectées que secondairement.

Obs XIII, — Résumée (Legendre). Cancer encéphaloïde des ganglions mésentériques, communication de l'intestin avec un foyer ramolli de la tumeur ; matière encéphaloïde en circulation dans le canal thoracique (Bull. de la Soc. anat., 1838, p. 7).

G..., âgé de 43 ans, s'étant toujours bien porté jusque-là, ressentit au mois de juin 1873 un malaise général, bientôt suivi d'une douleur dans le ventre et du développement d'une tumeur qui n'a depuis cessé de faire du progrès.

Au mois d'octobre, amaigrissement de la face, peu marqué sur le corps. — Appétit conservé, cependant si le malade prend autre chose que du potage ou du lait, il éprouve aussitôt à l'épigastre une gêne, une oppression qui cependant n'ont jamais été suivies de vomissements. La partie inférieure de l'épigastre, la région ombilicale et plus profondément la région hypogastrique sont occupés par une tumeur dure, peu sensible à la pression, immobile, sans mouvements d'expansion. Cette tumeur n'a jamais été le siège de douleurs lancinantes, mais seulement d'un sentiment de compression plus marqué au début. Constipation habituelle.

Œdème des membres inférieurs lorsque le malade se lève.

L'état reste le même jusqu'au 31 octobre où le malade fut pris d'une douleur subite et très-vive dans tout le ventre, suivie bientôt d'un épanchement de liquide, de nausées, de hoquet, de vomissements d'une bile très-jaune, de petitesse du pouls. Il succombe le 1^{er} novembre.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on constate tous les caractères

tères anatomiques d'une péritonite récente; on remarque ensuite une tumeur qui offre à considérer deux portions principales: l'une très-volumineuse située dans l'abdomen, l'autre plus petite placée dans l'excavation pelvienne, entre la vessie et le rectum, avec lesquelles elle n'a pas contracté d'adhérences.

Les deux portions de la tumeur sont séparées l'une de l'autre par un étranglement qui correspond au détroit supérieur du bassin; au niveau de ce rétrécissement, la maladie est formée par un amas de petits lobules réunis les uns aux autres par un tissu cellulaire plus ou moins lâche, et revêtus à leur extérieur comme toutes les autres parties de la tumeur, par un feuillet du péritoine qui appartient au mésentère. Car, en examinant les parties avec soin, il est facile de se convaincre que le siège de la maladie réside dans les ganglions lymphatiques du mésentère.

La portion abdominale de la tumeur est à peu près ovoïde; elle a sept pouces de hauteur; en bas sa plus grande largeur est de cinq pouces et demi; son sommet est coiffé par le pancréas, qui a été refoulé en haut, la tête de cet organe lui adhère sans participer à la dégénérescence; sur les côtés, elle est entourée par l'intestin grêle.

En avant, elle est recouverte par le grand épiploon qui est libre d'adhérences. *En arrière*, la troisième portion du duodénum complètement saine, mais ayant contracté des adhérences faciles à détruire, passe au-dessous de la partie supérieure de la tumeur, et la sépare dans ce point seulement de l'aorte et de la veine cave inférieure. Ces deux vaisseaux sont éloignés l'un de l'autre d'un pouce de distance par un chapelet de ganglions lymphatiques devenus cancéreux; l'aorte a conservé son calibre et sa forme cylindrique; quant à la veine cave, ses parois sont *intactes*, mais les ganglions environnants dégénérés font relief à son intérieur, et diminuent sa cavité, qui, du reste, ne contient pas de matière encéphaloïde.

Entre ces deux vaisseaux, on remarque le *canal thoracique*, qui est un peu dilaté; ses parois sont opaques et légèrement épaissies, au niveau de la partie moyenne de l'aorte thoracique il est éloigné de cette artère par des ganglions dégénérés qui égalent le volume d'un petit œuf. A son intérieur, ce canal est rempli d'une matière liquide blanchâtre, au milieu de laquelle on trouve des grumeaux *complètement libres*, d'une substance rosée, molle, de nature encéphaloïde. Ces grumeaux existent surtout à l'orifice des rameaux d'origine du canal thoracique et au point d'insertion des vaisseaux lymphatiques dans son intérieur, en pressant sur les parties environnantes, on fait sortir par ces orifices des grumeaux analogues. L'ouverture du canal thoracique dans la veine sous-clavière

gauche est libre ; sa valvule, très-apparente, n'est nullement épaissie ; dans ce point existait encore un grumeau encéphaloïde de la grosseur d'un pois, qui a passé dans la veine sous-clavière par la plus légère pression.

La coloration de la tumeur est blanche en haut, en bas elle est rosée sa consistance est moindre dans ce dernier point, où il existe une fausse sensation de fluctuation. Cette tumeur est constituée par l'agglomération de lobes distincts, comme enkystés, du volume d'une petite orange et réunis entre eux par un tissu cellulaire assez dense, qui permet néanmoins leur isolement. L'incision met à découvert une substance d'un blanc-rose, molle, pulpeuse, qui ne laisse aucun doute sur sa nature encéphaloïde ; on voit, de plus, que l'artère mésentérique supérieure et la grande veine mésaraïque, parfaitement *intactes* au milieu de ces lobes, ne contiennent aucune portion de matière encéphaloïde dans leur intérieur.

Quant à la portion pelvienne de la tumeur, elle est du volume d'une tête de fœtus de sept mois ; elle est traversée en bas, de gauche à droite, par une anse d'intestin grêle, distante de cinq pieds et demi du cæcum et entièrement saine, à son entrée et à sa sortie.

Cette masse, d'un gris noirâtre, d'une odeur qui se rapproche de celle de la gangrène, est formée de lobes plus petits. La coloration grisâtre est interrompue par plusieurs petits foyers sous-péritonéaux remplis de matière encéphaloïde blanche et ramollie ; un de ces petits foyers, qui avait le volume d'une grosse noisette, est ouvert et vide ; cette ouverture s'est faite avant la mort et paraît avoir été la cause de la péritonite.

La partie inférieure de la tumeur est fluctuante et, en l'incisant, on voit qu'elle est creusée par une cavité qui se confond avec celle de l'intestin. Cette cavité présente, vers sa partie inférieure, une sorte de diverticulum, de dilatation anévrysmale, qui est comme surajoutée au calibre de l'intestin ; cette cavité est remplie par des matières intestinales noirâtres ; ses parois ont une épaisseur qui varie entre une demi-ligne et sept à huit lignes. Au milieu, les parois de l'intestin sont complètement dégénérées, converties en un tissu encéphaloïde ramolli-grisâtre, se laissant détruire par un léger raclage de chaque côté, c'est-à-dire dans le point où l'intestin plonge dans la tumeur, et au moment où il commence à s'en dégager, on peut encore retrouver quelques-uns des éléments des parois intestinales ; ainsi, à gauche, sauf la tunique fibreuse dégénérée, on isole la muqueuse et les fibres musculaires légèrement hypertrophiées ; à droite, les tuniques fibreuses et musculaires ont participé à la dégénérescence.

Près du petit cul-de-sac de l'estomac et au niveau de la grande cour-

bure, la muqueuse est convertie en une plaque encéphaloïde du diamètre d'une pièce de deux francs.

La rate, de consistance et de couleur normales, offre seulement une augmentation de volume assez marquée, elle a acquis une hauteur de six pouces.

Tous les autres organes, examinés avec soin, ne présentent rien à noter.

Obs. XIV. — Résumée (Duplay). Cancer de la colonne vertébrale et des os du bassin, avec dégénérescence de tous les ganglions pelviens et lombaires. — Troubles fonctionnels du côté des voies urinaires. — Compression de la veine iliaque gauche. (*Arch. de méd.*, 1874, p. 106.)

Un homme, âgé de 59 ans, entre le 5 septembre 1873, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Barnabé, n° 62, se plaignant d'un gonflement douloureux du membre inférieur gauche et de difficultés pour uriner. Il y a trois mois environ, le malade a éprouvé un peu de douleur et de gonflement dans la partie inférieure de la jambe gauche, puis le gonflement a bientôt envahi tout le membre inférieur, qui a certainement doublé de volume. Le membre droit a conservé ses dimensions normales.

Le scrotum, surtout à gauche, le prépuce, la moitié gauche des parois abdominales, la hanche gauche, sont également gonflés et le siège d'un œdème.

L'examen du ventre montre qu'il n'y a pas d'ascite; l'abdomen est franchement sonore en haut et à droite, mais la région hypogastrique présente une matité absolue depuis l'ombilic jusqu'au pubis, et une matité relative dans toute la fosse iliaque gauche. Dans les parties non sonores et surtout au niveau de la région hypogastrique, on constate, par le palper abdominal, une tumeur volumineuse de la grosseur d'une tête de fœtus, immobile, rénitente; dans la fosse iliaque gauche, l'œdème des parois abdominales gêne l'exploration, mais le palper indique une résistance profonde.

Depuis le début de la maladie, cet homme se plaint, en outre, de troubles de la miction; besoins très-fréquents d'uriner; évacuation d'une petite quantité d'urine avec ténésme vésical. Avant cette époque il n'y avait jamais eu de maladie des voies urinaires et le malade affirme n'avoir pissé le sang; il existe depuis quelques jours de la douleur dans la région rénale gauche qui est sensible à la pression.

Une sonde métallique introduite dans l'urèthre ne pénètre dans la vessie qu'avec quelques difficultés. Il faut abaisser considérablement le

pavillon de la sonde. Il s'écoule une quantité d'urine considérable et l'on s'assure que la tumeur hypogastrique était en partie due à la distension de la vessie; toutefois après l'évacuation complète de l'urine, la tumeur hypogastrique n'a pas complètement disparu; elle s'élève encore de trois ou quatre travers de doigt au-dessus du pubis.

Par le toucher rectal, on trouve une prostate volumineuse et on note une *induration considérable des parties circonvoisines*.

Le 16 septembre. Sans modification des symptômes locaux; l'état général s'aggrave. Le malade a une diarrhée que rien ne peut arrêter et qui fait craindre à une attaque de choléra, et en dernier lieu il se manifeste une dyspnée extrême sans aucun signe stéthoscopique. Il n'y a pas de fièvre ni d'élévation de température.

Le 25. La dyspnée s'accroît rapidement et le malade meurt à sept heures du matin.

Autopsie. — L'abdomen ouvert et les intestins enlevés, on est frappé de l'induration de tous les tissus sous-péritonéaux, surtout dans les fosses iliaques et le long de la colonne vertébrale. Pour enlever les organes du bassin, il faut pour ainsi dire sculpter au milieu d'un tissu induré et friable, et il est facile à reconnaître *a priori* que le tissu est constitué pour la plus grande partie par des masses de ganglions hypertrophiés et altérés. On parvient enfin à enlever le contenu du petit bassin en rasant les os avec le scalpel.

La vessie et le rectum sont englobés dans cette masse indurée qui atteint, dans certains endroits, 5 à 6 centimètres. A la coupe, cette masse d'une coloration blanc jaunâtre semble formée presque uniquement par des ganglions volumineux. Cette masse se prolonge dans les fosses iliaques, mais surtout à gauche, et de ce côté il est impossible de retrouver l'uretère qui est compris dans la masse. Le rein gauche est également entouré de toutes parts, et il est assez difficile de le séparer du tissu pathologique. Le rein du reste est très-volumineux, anémié; les calices et les bassinets sont dilatés et remplis de pus. La fosse iliaque droite est envahie par la même induration ganglionnaire, mais à un moindre degré; le rein droit est atteint aussi de pyélite. Les ganglions lombaires mésentériques ont subi la dégénérescence; on trouve même jusque dans le médiastin postérieur quelques ganglions indurés.

Le foie et la rate sont sains; il en est de même des poumons. Légère hypertrophie du cœur. Poumons sains.

La vessie, très-large, présente des parois épaissies mesurant plus de 1 centimètre. Sa muqueuse est d'une couleur ardoisée et soulevée par des colonnes musculaires volumineuses; l'ouverture du col vésical est entourée de petites productions polypeuses, au nombre d'une

dizaine, dont trois ou quatre, pédiculées, ont le volume d'un pois; les autres sont grosses comme des grains de millet; la prostate est hypertrophiée, mais ne paraît être le siège d'aucune dégénérescence; ses canaux glandulaires sont remplis d'un suc brunâtre qu'on fait sourdre par la pression.

Le rectum est sain, quoique entouré également de tissus indurés; il en est de même des vésicules séminales, qui sont, pour ainsi dire, perdues dans la masse.

On pratique des coupes à travers la colonne lombaire, le sacrum, les os iliaques, et on constate que ces parties sont plus friables et présentent les caractères de l'altération lie de vin. Enfin, la dissection des veines crurale et iliaque gauche montre l'absence de toute altération de ces vaisseaux.

L'examen histologique, pratiqué par M. Durot, interne du service, a révélé les altérations suivantes :

1° Tous les ganglions lymphatiques du bassin et de la région lombaire sont le siège d'une dégénérescence cancéreuse avancée. Celle-ci est caractérisée à l'œil nu par l'hypertrophie considérable des ganglions, la friabilité de leur tissu et le suc qu'on en fait sourdre facilement; sur des coupes à différentes hauteurs d'un ganglion altéré, on reconnaît que les sinus de la périphérie sont considérablement agrandis et que leurs travées sont remplies de leucocytes et de cellules embryonnaires. Le tissu réticulé a disparu dans leur centre; on n'y trouve plus que des cellules de toutes formes et, çà et là, quelques groupes formés de cellules épithéliales. Au centre même du ganglion, on ne trouve plus de tissu réticulé, mais uniquement un tissu caverneux comme celui du cancer; ses alvéoles sont remplies de cellules embryonnaires.

2° Les reins sont le siège d'une dégénérescence graisseuse disposée par plaques dans leur substance corticale. Tous les tubuli rénaux, depuis leur origine dans les papilles jusque dans la couche corticale, sont énormément dilatés. Cette dilatation est si considérable que les tissus interstitiels semblent avoir complètement disparu. On ne voit plus la coupe transversale des tubuli dilatés, et dans leurs interstices les noyaux des vaisseaux capillaires. Dans ces tubuli eux-mêmes, pas de cylindres épithéliaux proprement dits, mais seulement quelques cellules épithéliales en dégénérescence graisseuse.

3° Les vertèbres lombaires sont envahies par une dégénérescence cancéreuse des plus accusées. A la place de la moelle embryonnaire, on trouve un tissu formé d'alvéoles irrégulières comme celles du cancer. On chasse assez facilement avec le pinceau les cellules contenues dans ces alvéoles. Ces cellules sont de forme et d'aspect divers, comme celles du cancer en général. Les travées osseuses sont très-amincies, et, sur

leurs bords déchiquetés, on voit çà et là une bordure de cellules embryonnaires, comme si le processus dégénérateur eût débuté à cet endroit.

4° La prostate et le tissu qui entoure les vésicules séminales présentent une hypertrophie considérable de leurs tissus constitutifs : tissus fibreux et musculaire.

Le cancer a-t-il débuté par les os ou ganglions ?

C'est ce qu'il est impossible de décider; dans tous les cas, il s'agit là d'un fait anatomo-pathologique extrêmement rare et curieux qu'il est difficile, sinon impossible, de rattacher à leur véritable cause. Cette induration de tous les tissus environnant la vessie, l'uretère et le rein gauche donnait lieu à des troubles fonctionnels par simple effet mécanique, et il était rationnel d'admettre que ces troubles étaient liés à une altération siégeant dans les voies urinaires mêmes.

Obs. XV. (Depaul). — Cancer gélatiniforme péri-rectal. M. Cruveilhier, Anatomie pathologique, t. V, p. 72 (Bull. de la Soc. anat., 1855, p. 501.)

Homme de 26 ans, entré pour une diarrhée, et présentant un rétrécissement du rectum très-accentué. La diarrhée s'arrêta, mais le malade ne tarda pas à mourir dans la cachexie, avec une tympanite considérable.

Le petit bassin était rempli par une masse de cancer aréolaire gélatiniforme, et pour enlever celle-ci, on fut obligé de raser les parois de cette cavité; encore l'ablation ne put-elle être complète. Une couche plus ou moins considérable resta attachée aux parois du bassin, tout l'adhérence était intime. Il m'a paru, dit Cruveilhier, que le périoste pelvien commençait à être envahi.

Le rectum était parfaitement reconnaissable au milieu de cette masse; les parois étaient hypertrophiées, mais sans dégénération manifeste.

La matière gélatiniforme avait subi dans une certaine étendue de la tumeur une altération remarquable : elle avait perdu sa transparence, elle était d'un blanc mat, sans apparence d'organisation, elle était surtout beaucoup plus dense que la matière gélatiniforme.

On pouvait suivre tous les degrés de cette transformation, depuis la couleur opaline, sans augmentation de consistance, jusqu'à l'indura-

tion blanche... Les ganglions lymphatiques pelviens qui avaient subi la dégénération gélatiniforme présentaient la même induration blanche.

Le grand épiploon était parsemé d'une multitude innombrable de tubercules gélatiniformes d'un égal volume, dont les plus considérables ne dépassaient pas celui d'un gros pois ; tous étaient disposés linéairement suivant la direction des vaisseaux épiploïques ; quelques-uns avaient aussi subi l'induration blanche. Les ganglions lymphatiques abdominaux participaient à la même induration.

Comme dans tous les cas de dégénération gélatiniformes, l'altération était parfaitement limitée à l'abdomen.