

Des causes de la mort dans les tumeurs malignes / par L.-Gustave Richelot.

Contributors

Richelot, L. Gustave 1844-

Publication/Creation

Paris : Félix Malteste, 1875.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/r2wmxwuy>

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

2

DES
CAUSES DE LA MORT

DANS
LES TUMEURS MALIGNES

PAR LE DOCTEUR

L.-Gustave RICHELOT

Aide d'anatomie
Membre titulaire de la Société anatomique.

PARIS

TYPOGRAPHIE FÉLIX MALTESTE ET C^{ie}

RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 22

—
1875

...
de Lechevalier
rue Racine
PARIS

DES
CAUSES DE LA MORT

DANS
LES TUMEURS MALIGNES

PAR LE DOCTEUR

L.-Gustave RICHELOT

Aide d'anatomie

Membre titulaire de la Société anatomique.

—
EXTRAIT

De L'UNION MÉDICALE (3^e série) des 7 et 9 Janvier 1875.
—

DES
CAUSES DE LA MORT
DANS
LES TUMEURS MALIGNES

Ilques pathologistes admettent qu'une *diathèse* préside au développement des tumeurs cancéreuses, et que cette diathèse est un état général, une maladie actuelle, et que la tumeur n'est qu'une manifestation. Cette théorie a été longuement réfutée par Virchow en Allemagne, et en France par M. Broca (*Traité des tumeurs*, t. 1^{er}). Nous ne pouvons ici passer en revue tous les arguments qu'ils ont fait valoir, mais nous citer à fond cette question de pathologie générale. Notre but est seulement de rapporter quelques faits qui ont passé sous nos yeux, et qui peuvent, croyons-nous, contribuer à la solution de ces problèmes, en nous permettant d'analyser les causes de la mort dans diverses formes de tumeurs malignes.

A priori, on ne voit pas la nécessité d'admettre des tumeurs diathésiques, en tant qu'à ce mot le sens précis auquel nous venons de faire allusion. Rien ne nous empêche de croire qu'un produit morbide qui envahit rapidement les tissus et se propage aux ganglions, relève nécessairement d'un état général. L'apparition de grandes tumeurs au milieu d'un stroma fibreux alvéolaire, n'éveille pas plus l'idée d'une diathèse constitutionnelle que la naissance d'éléments dits homœomorphes. Si nous considérons le fibrome comme un accident local, le carcinome, lui aussi, doit être considéré comme tel. Toujours unique au début, il produit plus tard une infection, mais n'est jamais précédé d'une infection dont il serait le produit.

Comme nous voyons se développer lentement une tumeur bénigne, peu nous

importe de savoir pourquoi elle se développe. Est-ce une tumeur maligne dement envahissante? aussitôt le *quid ignotum*, l'idée de cause, se présente; faut une explication. C'est ainsi qu'on admit une diathèse pour le cancer, qu'on en refusait une au lipome.

Sans doute, il y a des sujets prédisposés aux tumeurs malignes; on peut admettre, dans ce sens, une diathèse cancéreuse, et ce qui le prouve, c'est l'hérédité. Mais cette diathèse-là, pour nous, veut dire *disposition*, et rien de plus. Diathèse tuberculeuse signifie qu'un homme a des organes constitués de telle sorte, que le tubercule peut s'y développer; diathèse cancéreuse, que les éléments de ses tissus peuvent subir les modifications de forme, de nombre, de propriétés, constatées dans les tumeurs cancéreuses. Mais l'état général qui suit ou accompagne le développement des tubercules, n'est pas la diathèse tuberculeuse. L'émaciation et la teinte livide des cancéreux ne sont pas des symptômes de diathèse cancéreuse. Car les symptômes traduisent au dehors un état morbide actuel et défini. La diathèse n'a point de symptômes; c'est, comme le dit encore M. Broca, un être de raison.

Que sert alors de dire qu'une maladie s'est développée en vertu de la diathèse? Qu'importe ce fait insaisissable, cette disposition constatée après coup? Elle importe beaucoup, en pathologie générale, puisqu'elle n'est, en somme, que l'état anatomique et physiologique transmis par les parents ou acquis sous des influences multiples, état qui modifie à chaque instant l'action des causes extérieures. La diathèse, c'est la structure même du sujet; c'est l'homme tel qu'il est en pleine santé, c'est les aptitudes qui lui sont propres.

Il est curieux de voir la plupart de ces idées exposées par J. Hunter de la manière la plus nette, et avec une sorte de dédain pour qui ne les partagerait pas (*Œuvres complètes*, trad. G. Richelot, t. I, p. 686) : « Après l'extirpation d'une tumeur cancéreuse. . . . quelquefois le mal se reproduit dans une autre partie du corps, et l'on a regardé cette circonstance comme une preuve qu'il a son origine dans la constitution. . . . Les raisons indiquées ci-dessus comme étayant la croyance que le cancer est constitutionnel peuvent satisfaire des personnes qui sont étrangères à la médecine; mais des chirurgiens qui se laisseraient convaincre par cela montreraient une grande ignorance des premiers principes de l'économie animale. Le cancer paraît avoir trois modes de propagation : 1° par sympathie de continuité ce qui lui est commun avec les autres maladies; 2° par sympathie éloignée, ce qui lui est particulier (tumeurs viscérales); 3° par contact, c'est-à-dire en communiquant la matière cancéreuse aux autres parties par infection; j'appelle les cancers ainsi formés *cancers consécutifs* (tumeurs ganglionnaires). . . . Les causes prédisposantes du cancer sont au nombre de trois : l'âge, la nature des parties et la disposition héréditaire. . . . Il est des médecins qui croient que le cancer est héréditaire; mais tout ce que je puis admettre, d'après mes principes sur l'hérédité

es, c'est que les sujets issus de parents qui avaient une forte disposition ou susceptibilité pour une maladie particulière, peuvent également présenter la même disposition ou susceptibilité..... »

quelques phrases nous paraissent remarquables. On y trouve, dans cette disposition héréditaire, l'idée de la diathèse telle que nous l'avons comprise. On y trouve la réfutation de la diathèse cancéreuse, telle que la comprennent encore certains pathologistes.

l'opinion du vieil auteur anglais est devenue celle des Allemands modernes. Sw, lui aussi, a nié la dyscrasie primitive, et montré que les tumeurs viscérales secondaires, loin d'être l'expression nouvelle, l'effet prolongé d'une maladie persistante, ne sont autre chose que des tumeurs métastatiques. Le premier néoplasme se développe localement, quelle que soit sa forme anatomique; souvent on trouve une cause occasionnelle, un traumatisme par exemple, ou une prédisposition à la conformation des parties ou à leur fonctionnement. De ce foyer primitif part l'infection et la généralisation.

Il y a donc quelques-uns des principes essentiels qui permettent de comprendre d'aujourd'hui l'évolution des tumeurs, et de suivre, sur un organisme qui en est atteint, les phénomènes qui le conduisent à la mort.

Revenons la néoplasie à son début. Si nous pouvions alors la surprendre, et l'interrompre intégralement avant qu'elle ait rien contaminé autour d'elle, souvent tout est fini là. Quand un organe est devenu cancéreux, un autre, il est vrai, peut le devenir à son tour; mais la néoplasie n'est pas un poison que l'économie doive nécessairement éliminer par une seconde voie, si la première est supprimée.

Supposons maintenant la tumeur un peu plus loin de sa naissance. Est-il trop tard pour obtenir la guérison radicale? Voici ce que répond la physiologie: Tout ce qui est dans le sang contient est successivement éliminé ou déposé dans les organes; par conséquent il est impossible de concevoir une dyscrasie permanente, un état morbide du sang se perpétuant par lui-même, sans qu'une absorption continuelle, ayant sa issue au dehors ou dans un tissu fixe, renouvelle incessamment les produits infectés. Si donc un néoplasme est enlevé, avant que les principes qui en émanent aient contaminé les organes au point de rendre les productions métastatiques nécessaires, l'économie se purgera d'elle-même, et tout danger sera écarté. Mais comment enlever la tumeur précisément à cette période? Presque toujours elle se présente à nous quand le dénoûment est inévitable.

Tantôt la fin est précipitée par des circonstances toutes locales: ainsi, la tumeur peut comprimer un organe essentiel, et troubler mécaniquement ses fonctions au point d'amener la mort: ici, c'est bien la tumeur qui est en cause, et non la nature du produit pathologique.

2° Tantôt elle agit médiatement, lorsqu'elle détermine, par voisinage, une lésion qui hâte la mort (pleurésie dans les tumeurs de la paroi thoracique).

3° D'autres fois, c'est la métastase qui tue, par elle-même et en tant qu'elle est locale. Mais le mécanisme varie suivant l'organe affecté : ainsi, les tumeurs secondaires développées dans le foie, troublent l'hématopoïèse et les fonctions digestives; dans le poumon, elles produisent l'asphyxie, comme le fait la pneumonie chez les tuberculeux.

4° S'agit-il d'une tumeur ulcérée, un érysipèle ou des hémorrhagies multiples, ils peuvent emporter le malade. Ou bien la suppuration prolongée, perte incessante de matériaux albuminoïdes, et source intarissable de septicémie, amène peu à peu le marasme.

5° Enfin, l'infection est là, et la cachexie qui en est le dernier terme. Mais tendre par ce mot *infection*?

Lorsqu'on a enlevé la tumeur primitive, elle se reproduit sur place, parce que les parties voisines sont déjà touchées par le mal, dans une étendue qu'on ne peut déterminer; ou bien dans les viscères, parce qu'ils contiennent déjà les produits métastatiques. Les foyers secondaires qui en résultent s'accompagnent d'un ensemble de symptômes qui éveillent l'idée d'une véritable intoxication. Toutefois aucun de ces signes, pris en lui-même, n'est spécifique. Aussi, J. Hunter a affirmé que le cancer n'infecte pas la constitution, et « ne produit aucun symptôme qui lui soit particulier; ses symptômes sont ceux qui naîtraient de toute tumeur locale capable de produire les effets ci-dessus indiqués, indépendamment de toute qualité spécifique. » Virchow, lui aussi, admet que l'ulcération, les hémorrhagies, les lésions viscérales, expliquent suffisamment la cachexie; il fait remarquer que la teinte subictérique se montre surtout dans les cas où « les organes digestifs, l'estomac et peut-être le foie, sont affectés. » Mais, en vérité, il ne nous refuse nullement d'admettre une intoxication par le produit du néoplasme. Nous savons que des matières infectieuses peuvent, dans certains cas, se former au sein de l'écoulement (septicémie autochthone); il est donc admissible qu'un vice de nutrition qui conduit à la naissance d'une forme spéciale de néoplasie, produise au sein même de cette tumeur des substances dont la résorption est nuisible. Cet empoisonnement est produit par lui-même; et, si d'autres causes de mort ne sont pas intervenues, si les tumeurs métastatiques sont insignifiantes par leur nombre et leur siège, le malade succombe à une infection générale comparable à beaucoup de septicémies, qui tuent par un empoisonnement, et non par les embolies viscérales.

Les observations qui suivent offrent quelques exemples des causes de mort que nous avons parlé.

OBS. I. — *Carcinome de la mamelle. — Pleurésie. — Mort.*

Marie Potel, 38 ans, couturière, entre le 13 novembre 1869, à l'hôpital Lariboisière, salle Jeanne, n° 14 (service du professeur Verneuil).

Cette femme a eu six enfants, le dernier au mois de janvier 1869. La tumeur qu'elle porte actuellement au sein gauche a débuté il y a trois ans. Au mois de mai dernier, elle a commencé à s'ulcérer; à la même époque, se sont montrés plusieurs noyaux cancéreux dans le pectoral. Au début de la maladie, il y eut des douleurs vives, lancinantes, presque continues; aujourd'hui, ces douleurs ont presque totalement disparu.

Aujourd'hui, le sein gauche est transformé en une masse dure, globuleuse, creusée au centre d'une sorte de cratère ulcéré sur les bords, et profond de 2 à 3 centimètres. Du côté interne, plusieurs noyaux du volume d'une amande environ, durs, mobiles, disséminés çà et là sous la peau.

La malade, déjà faible et amaigrie dès son entrée, présente, dans le courant du mois de février, les signes d'un épanchement pleurétique du côté gauche. Aussitôt, l'affaiblissement fait de progrès rapides, la respiration est constamment embarrassée, l'œdème apparaît le 23 février aux membres inférieurs, puis au bras gauche. — Mort le 19 mars.

Autopsie. — Le cancer du sein et les noyaux sous-cutanés sont mobiles, isolés des muscles et des os. Le sternum, les côtes, les vertèbres dorsales sont envahis par la néoplasie.

Pleurésie à gauche; un litre de liquide trouble dans la plèvre. Un noyau cancéreux du volume d'une amande au milieu du poumon droit; deux ou trois noyaux beaucoup plus petits dans le poumon gauche. — La clavicule gauche se perd en dehors dans le tissu pathologique. — Les ganglions de l'aisselle gauche forment une masse cancéreuse qui comprime la veine axillaire.

Les os sont pâles, anémiques.

Le péricrâne contient cinq ou six noyaux cancéreux analogues à ceux des poumons.

La table crânienne est érodée en plusieurs endroits par des foyers métastatiques, formés aux dépens de l'une ou l'autre table. En un point, perforation complète remplie par la matière cancéreuse. A la partie antérieure du frontal, on trouve une dépression de la table externe, avec mincie, et recouvrant une perte de substance des parties profondes de l'os, remplacées par un tissu morbide.

Les méninges sont parsemées de petites tumeurs semblables aux précédentes; les plus grosses ont la largeur d'une pièce de 50 centimes. — Le cerveau et la base du crâne n'offrent pas de particularité.

Les organes génitaux.

Les diverses tumeurs, examinées au microscope, présentent le type du carcinome alvéolaire.

OBS. II. — *Énorme cancer de la clavicule. — Pleurésie. — Mort.*

Auguste Miquel, 43 ans, tonnelier, entre à l'hôpital Lariboisière, le 18 janvier 1870, salle Louis, n° 19 (service du professeur Verneuil).

Homme robuste; bonne santé habituelle. Aucune maladie sérieuse; quelques indigestions vulgaires.

Début il y a deux ans. En faisant un effort pour soulever une pièce de vin, cet homme fractura la clavicule gauche. A cinq reprises différentes, la même fracture se renouvela, chaque fois qu'il voulait se remettre au travail. Puis, il conserva une saillie grosse comme un œuf sur la partie externe de la clavicule. Des douleurs très-violentes se déclarèrent dans la région. Au mois de décembre dernier, elle occupait toute la région claviculaire, et avait la consistance d'une tête de fœtus à terme. Jusqu'à cette époque, aucun trouble de la santé.

19 janvier. Aujourd'hui la tumeur, devenue énorme, occupe tout le côté gauche du thorax et du cou. Un lobe principal, du volume d'un crâne d'adulte, s'étend de la clavicule à la septième côte environ, et se prolonge dans toute la moitié inférieure de la région cervicale. Il dépasse un peu la ligne médiane. Très-dur, inégalement lobulé, il est recouvert par une membrane rouge, veineuse, adhérente à la masse. Un second lobe, moins volumineux, et situé au-dessous du premier, descend jusqu'au niveau de l'épigastre, sans atteindre la ligne médiane. Il est mou, mollassé, comme fluctuant, avec des points d'une grande dureté.

La portion cervicale de la tumeur envoie en arrière un prolongement, de consistance molle, qui occupe la région sus-scapulaire. La partie supérieure du cou est occupée par des masses isolées, très-dures, et paraissant être des ganglions envahis par le mal.

L'aisselle gauche est envahie par un prolongement de la masse principale. Le bras gauche du tronc, conserve à peine quelques mouvements volontaires. Des masses ganglionnaires superficielles, très-dures, roulent sous la peau de la région axillaire. Le bras et l'avant-bras sont œdématiés. Le pouls est sensiblement pareil à celui du côté droit.

Des masses ganglionnaires semblables aux précédentes et de même consistance, occupent l'aisselle et la région cervicale droites.

Toute la tumeur est douloureuse à la pression. Élançements spontanés très-violents dans les régions cervicales et à l'épigastre.

L'embonpoint est à peu près conservé. L'appétit a diminué seulement depuis un mois. Le malade se sent affaibli.

On se contente d'appliquer des mouches successives sur la tumeur, et de les panser avec le chlorhydrate de morphine.

25 janvier. Dans la nuit, accès de suffocation très-violent. On trouve, à l'auscultation, quelques frottements pleuraux au sommet gauche; absence complète du murmure respiratoire à ce côté; matité dans toute la hauteur du poumon. Dyspnée, et toux légère.

28 janvier. La dyspnée augmente tous les jours; la toux et les autres signes d'épanchement persistent.

31 janvier. Angoisse extrême, pouls petit et fréquent. Le bras gauche est très-œdématié et très-douloureux.

Le 1^{er} février. Commencement d'agonie.

2 février. Ce matin la tumeur a pour ainsi dire disparu. Le lobe principal, qui avait les dimensions d'un crâne d'adulte, est complètement affaissé, la peau est rugueuse et plissée.

La tumeur a certainement perdu, par cette résorption ultime, un kilogramme de son poids. Toute sa surface, ainsi que les deux tiers supérieurs du bras gauche, sont le siège d'une éruption érysipélateuse livide. — Température : 40°3. — Mort le soir.

Autopsie. — Adhérences anciennes du poumon droit dans toute son étendue.

Épanchement séro-purulent très-abondant dans la plèvre gauche; fausses membranes molles adhérentes à la surface du poumon gauche; épaissement considérable et adhérences multiples de la plèvre au sommet. — Congestion hypostatique. — Chaque poumon contient, au sommet, un noyau cancéreux de la grosseur d'une noisette environ.

Deux noyaux cancéreux dans chaque rein, l'un profond, l'autre superficiel.

Le foie un peu volumineux, très-diffusé.

Plusieurs ganglions signalés dans l'observation.

Tumeur principale a des limites peu précises: elle occupe toute l'épaisseur des parties latérales du côté gauche de la poitrine, se prolonge dans le cou, dans l'aisselle, enveloppant le plexus vasculo-nerveux, et dans la fosse sus-épineuse. La clavicule gauche est presque entièrement détruite; il n'en reste que des débris noyés dans le tissu accidentel; la première côte est altérée presque au même degré; les quatre côtes suivantes sont également malades, déformées, et brisées en plusieurs fragments. Toute la moitié supérieure du sternum est détruite; il y a une fracture transversale au-dessous de l'extrémité supérieure, une autre verticale long du bord gauche de cet os.

Examen histologique: La plus grande partie de la tumeur principale ne présente que des débris de tissu fibroïde, débris granulo-graisseux, éléments déformés. Mais, dans certains points et dans les tumeurs métastatiques des viscères, apparaissent manifestement le stroma fibreux et les grandes cellules irrégulières du carcinome.

Dans l'observation I, la malade, portant depuis trois ans déjà une tumeur enflammée, n'a présenté, jusqu'à son entrée à l'hôpital, aucun symptôme alarmant; elle est vue maigrir et a senti ses forces diminuer. Les tumeurs métastatiques peu nombreuses, trouvées dans les poumons et dans le foie, n'ont eu jusqu'alors aucun développement très-apparent sur l'économie. Les lésions du crâne et des méninges, sans doute constituaient un danger imminent, n'ont été cependant révélées par aucun signe. Mais la tumeur primitive, envahissant peu à peu le sternum, les côtes, la clavicule, les vertèbres, arrive au contact de la plèvre, qu'elle irrite, et détermine un épanchement. Aussitôt la malade va s'affaiblissant, et meurt; la gêne hémorragique est la cause déterminante de la mort.

Le sujet de l'obs. II est un homme doué d'une santé robuste, fait ordinaire, sur lequel insiste M. Broca, en montrant, d'après les statistiques, que les cancéreux primitifs jouissent le plus souvent de la meilleure santé jusqu'à l'apparition de la première tumeur. C'est au bout de deux ans que cet homme sent ses forces diminuer; même à cette époque, aucun trouble sérieux, aucun signe de cachexie.

Tel est l'enchaînement constant des phénomènes : tumeur primitive, état général consécutif. Ce fait, entre beaucoup d'autres, permet donc d'apprécier à sa juste valeur l'idée de la diathèse cancéreuse. Mais la tumeur a envahi et fracturé les côtes, le sternum; la plèvre est touchée, un épanchement séro-purulent se déclare et l'asphyxie emporte rapidement le malade. La cause efficiente de la mort est la même que dans le cas précédent.

Nous voyons, dans ces deux faits, le carcinome le plus grave amener la mort comme une lésion locale, et avant que l'infection ait profondément troublé l'économie. Car l'affaiblissement pouvait être dû, ici à l'ulcération et à la suppuration datant de six mois, là aux douleurs très-violentes et au poids énorme de la tumeur. Nous reconnaissons d'ailleurs que l'infection spéciale, jusque-là peu prononcée aurait sans nul doute suivi son cours, si la pleurésie n'était survenue.

Nous pouvons rapprocher de ces deux exemples, un fait que nous avons observé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Hérard, et dans lequel une tumeur dépourvue de propriétés toxiques a produit des effets de voisinage encore plus foudroyants (1)

Obs. III. — Une femme de 52 ans (Louise Layat, salle Saint-Joseph, n° 10, 25 mars 1869) portait une tumeur pelvienne devenue assez volumineuse pour oblitérer presque complètement la cavité vaginale, et pour soulever l'utérus, dont la forme se reconnaissait par la palpation au-dessus du pubis. Quelques métrorrhagies depuis la ménopause, des douleurs parfois assez vives dans l'abdomen, et accompagnées de leucorrhée, tels étaient les seuls troubles de la santé. La consistance et le siège de la tumeur firent penser à une ancienne hématocele. Un jour la malade fut prise inopinément de symptômes de péritonite suraiguë, et mourut en deux jours. On trouva dans le petit bassin une tumeur volumineuse, extra-péritonéale, faisant dévier le rectum, refoulant l'utérus, remplissant presque toute la cavité pelvienne; la veine iliaque gauche se perdait au milieu de son tissu. Toute la partie supérieure du néoplasme était le siège d'un épanchement sanguin de date récente. Le cul-de-sac recto-utérin du péritoine, soulevé par la tumeur, était rempli de caillots également récents, limités en haut par une portion de l'S iliaque, qui couronnait l'utérus. Aucune fausse membrane n'enkystait cet épanchement. Il y avait continuité manifeste entre le foyer hémorrhagique de la tumeur et les caillots qui remplissaient le cul-de-sac. Au niveau de cette continuité, la séreuse n'existait plus. On trouva en outre, les lésions d'une péritonite généralisée. Évidemment l'hématocele pelvienne était la conséquence de l'hémorrhagie survenue dans le tissu même de la tumeur, et la péritonite suraiguë reconnaissait pour cause l'hématocele pelvienne. A l'œil nu et au microscope, le néoplasme répondait à la description du lymphadénome (Ranvier et Cornil, Manuel d'histologie pathologique). L'examen de la pièce fut fait par notre collègue Muron, qui la trouva formée par un stroma fibreux abondant, avec réseau plasmatique très-net, et cellules adipeuses places. Disséminés dans le tissu fibreux, on voyait de nombreux îlots constitués par un ré-

(1) L'observation complète est publiée dans les *Bulletins* de la Société anatomique (avril 1869).

alum conjonctif très-fin, contenant dans ses mailles des éléments semblables aux éléments de la lymphe.

Dans les tumeurs qui se généralisent rapidement, ces effets de voisinage ne sont pas la cause ordinaire de la mort. L'exemple suivant, assez banal d'ailleurs, montre l'importance des phénomènes éloignés et de la propagation du mal aux viscères.

OBS. IV. — *Cancer du rectum. — Tumeurs métastatiques du foie. — Mort.*

Louis Muller, 43 ans, entre le 6 novembre 1869, à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 19 (service du professeur Verneuil).

Douleurs vives à l'anus depuis deux mois. Amaigrissement; alternatives de constipation et de diarrhée.

Toucher rectal : Les deux tiers antérieurs de la muqueuse de l'ampoule rectale sont le siège de bosselures inégales, dures, saignant légèrement sous la pression du doigt. — Quelques selles sanguinolentes.

Jours suivants. Plusieurs hémorrhagies rectales, peu abondantes. Douleurs lancinantes dans la fesse, puis dans le bassin.

Décembre. Diarrhée habituelle. Dysurie. Urines rosaciques, sédimenteuses. Émaciation notable.

Janvier 1870. Apparition de ganglions indurés au pli de l'aîne. Anorexie; marasme progressif. Augmentation du volume du foie. Pas d'ictère. Commencement d'œdème aux extrémités inférieures. — Mort le 2 février.

Autopsie. — La tumeur du rectum est largement ulcérée. Le col vésical est soulevé par une portion du néoplasme; la prostate, volumineuse, n'est pas envahie. L'urèthre est sain; la tunique musculieuse de la vessie est hypertrophiée.

Les *ganglions inguinaux* sont cancéreux, des deux côtés. Les ganglions *prévertébraux* sont intacts. Le *foie*, très-volumineux, est entièrement criblé de noyaux cancéreux de toutes dimensions. Rien dans les *poumons*.

Ici, le cancer s'est généralisé aux ganglions, puis au foie. Rien de plus naturel que l'envahissement de ce viscère, siège si ordinaire des tumeurs métastatiques, et dans ce cas plus directement exposé à la métastase que les poumons, restés indemnes. Nous pensons en outre que l'histoire de ce malade peut être donnée comme un exemple d'*infection*, au même titre que les observations V et VI, qui vont suivre. Mais nous insistons sur ce fait, que l'état du foie a dû avoir une large part dans les troubles de la nutrition, tels qu'anorexie, diarrhée, altérations de l'urine. C'est un de ces cas où la lésion métastatique contribue à la destruction de l'organisme en enrayant, pour son compte, les fonctions d'un organe important. Malheureusement, nous n'avons pu recueillir d'observation qui montrât plus nettement cette action

des tumeurs secondaires, dégagée de toute influence générale, comme elle paraît l'être dans la remarquable observation de Paget, citée dans toutes les descriptions de l'enchondrome : ablation d'un enchondrome pur du testicule, guérison ; deux mois après, amaigrissement et dyspnée, mort rapide par le poumon ; à l'autopsie, on trouve cet organe rempli de tumeurs cartilagineuses.

Ainsi, nous ne voulons pas confondre la généralisation et l'infection. Les principes qui émanent de la tumeur primitive, en même temps qu'ils altèrent la nutrition générale, déposent dans les organes les germes de tumeurs secondaires. Tantôt celles-ci amènent la mort par leur action isolée ; tantôt, en l'absence d'une généralisation importante, l'organisme succombe à l'empoisonnement seul. Les deux cas suivants nous semblent compléter cette démonstration.

OBS. V. — *Épithéliome cylindrique du vagin. — Infection. — Thromboses veineuses. — Mort.*

Annette Trevisani, 36 ans, entre à l'hôpital Lariboisière dans le courant du mois de décembre 1869, salle Sainte-Jeanne, n° 2.

Cette malade se présente à nous avec une anémie profonde, et une teinte jaune paille de la peau. Cependant, aucune émaciation. Écoulement sanieux peu abondant par le vagin, dans lequel le toucher permet de constater la présence du néoplasme. Quinze jours avant la mort, les membres inférieurs deviennent le siège d'un œdème considérable, qui a débuté par la jambe droite, et s'étend jusqu'à la partie inférieure de l'abdomen.

Autopsie. — Le vagin est complètement envahi par une tumeur, qui, examinée superficiellement, est molle, friable, de couleur jaune gris, avec des points livides et de nombreuses arborisations vasculaires. Examinée à la coupe, elle est plus dure dans certains points, où elle offre une coloration blanchâtre ; ailleurs, elle a une consistance et un aspect gélatiniforme ; elle contient beaucoup de tissu adipeux. Examinée au microscope, elle répond à la description de l'épithéliome à cellules cylindriques : stroma fibreux par places, mais surtout embryonnaire, parcouru par de nombreux vaisseaux, et creusé de cavités en forme de tubes, tapissées par une couche de cellules épithéliales cylindriques. Plusieurs points de la tumeur sont formés de tissu colloïde, d'autres présentent la dégénérescence graisseuse.

Perforation recto-vaginale, nettement limitée du côté du rectum.

Le col de l'utérus est violacé, ramolli, érodé au niveau des culs-de-sac, mais il est très-superficiellement envahi ; tout le reste de l'utérus est sain.

Tous les troncs veineux, saphènes, hypogastriques, etc., depuis la partie inférieure de la jambe jusqu'à la partie moyenne de la veine cave, sont oblitérés par un caillot continu, très-varié d'aspect suivant les points où on l'examine. Récent, cruorique, dans les veines de la jambe, il est fibrineux dans les veines du petit bassin, et présente en plusieurs endroits

ramollissement central puriforme; un de ces foyers en régression avancée est situé dans la veine cave, au niveau des veines rénales.

L'uretère est dilaté, surtout à droite, où il offre le volume du petit doigt; dilatation considérable des calices et du bassinet de ce côté. La vessie est saine.

Les reins sont pâles, anémiés. Le foie est manifestement graisseux; le cœur est flasque et coloré. Les poumons sont très-congestionnés. Aucune trace de tumeur métastatique.

Tous les viscères, estomac, intestins, épiploon, cœur, présentent une surcharge graisseuse marquée. La couche sous-cutanée de l'abdomen et des cuisses a au moins deux travers de doigt d'épaisseur.

Déjà profondément cachectique à son entrée, cette femme a succombé, selon toute vraisemblance, à une infection. La dégénérescence, la dénutrition de tous les organes était le résultat d'une dyscrasie dont la tumeur vaginale était la source, et qui s'est traduite en même temps par une thrombose étendue à toutes les veines du tronc et des membres inférieurs. Cette infection est la seule cause de mort que nous puissions invoquer ici. D'une part, il n'y avait pas trace de généralisation dans les viscères; d'autre part, l'ulcération de la tumeur ne pouvait suffire à expliquer les accidents, car beaucoup de femmes subissent des pertes encore plus épuisantes par métrite et la leucorrhée, sans arriver au marasme et à la cachexie.

OBS. VI. — *Épithéliome cylindrique de l'orbite. — Infection. — Mort.*

Émile Vidal, 54 ans, entre le 5 février 1870 à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Louis, n° 15. Robuste et bien portant jusqu'à l'apparition de sa tumeur, cet homme n'a fait aucune maladie sérieuse, et n'a jamais souffert que de quelques gastralgies passagères.

Il paraît avoir eu, il y a quatre ans, une conjonctivite, qui fut traitée par M. Cusco. Puis, larmoiement et suintement à l'angle interne de l'œil gauche, dacryocystite qui ne fut pas guérie.

Il y a huit ou dix mois, parut au niveau du sac lacrymal du côté gauche une tumeur qui grossit peu à peu, sans causer ni douleur ni trouble de la vision. Aujourd'hui, cette tumeur se compose de deux lobes: l'un, gros comme une petite noix, est situé en dedans de la paupière supérieure, et tient à la partie interne du bord supérieur de l'orbite; l'autre, du volume d'une pomme d'api, est situé au-dessous du précédent, envahit une partie de la joue, et refoule le globe de l'œil en haut et en dehors. Celui-ci a conservé tous ses mouvements; la paupière inférieure est complètement immobilisée; la supérieure est libre, légèrement œdématiée. Coryza chronique; léger gonflement et hypercrinie de la conjonctive. La sensibilité de la lèvre supérieure du côté gauche est intacte.

La tumeur, très-dure, complètement immobile sur le squelette, est recouverte d'une peau rugueuse et adhérente. La partie interne du lobe principal, ulcérée depuis quatre mois, dans

une étendue de trois ou quatre centimètres, se recouvre de croûtes et s'ulcère alternativement. Suppuration insignifiante.

Les dents du côté malade se sont ébranlées sans devenir douloureuses, et sont tombées. La tumeur fait une légère saillie du côté de la voûte palatine, sans gêner en rien la mastication.

Le malade dit avoir maigri notablement depuis trois ou quatre mois. Il présente, sur le tronc et à la région cervicale, une dizaine de petites tumeurs tenant à la face profonde du derme, dont les plus grosses ne dépassent pas le volume d'une noisette, et qu'on suppose développées dans les glandes sudoripares.

1^{er} mars. La tumeur est toujours indolente. L'émaciation et l'adynamie font des progrès rapides. Depuis son entrée, le malade fond en quelque sorte à vue d'œil.

22 mars. La tumeur a augmenté de volume, surtout vers le bord supérieur de l'orbite. Les paupières sont collées par le muco-pus. La cornée est opaque. L'auscultation ne révèle rien du côté des poumons, la respiration est libre; le foie ne paraît pas augmenté de volume. Néanmoins le malade est arrivé au dernier degré du marasme; il parle à peine. — Mort le 24

Autopsie. — Presque tout le maxillaire supérieur est détruit par le néoplasme; l'arcade alvéolaire est respectée. Toute la moitié correspondante du nez est envahie; la cloison est intacte. Le tissu pathologique s'étend à une petite portion de la selle turcique. La partie la plus reculée de la tumeur forme une sorte de bourgeon qui pénètre d'un centimètre dans le crâne par la fente sphénoïdale. La dure-mère et le cerveau ne présentent rien d'anormal. — Toute la masse a l'aspect de l'encéphaloïde; on trouve, au niveau de la selle turcique, une certaine quantité de matière colloïde.

Deux petites tumeurs occupent la partie moyenne du frontal, dont elles ont détruit seulement la table externe.

Les *poumons* offrent dans leur parenchyme deux noyaux métastatiques de très-petit volume. — La *plèvre viscérale*, la *plèvre pariétale* au niveau du sternum et des côtes, le *péricarde pariétal*, sont criblés de petites tumeurs qui couvrent d'une manière uniforme la surface des deux poumons et celle du cœur.

Le parenchyme du *foie* est intact; on trouve sur la face convexe trois petites tumeurs insignifiantes dans la capsule de Glisson.

Chaque *rein* contient un noyau métastatique du volume d'une noisette.

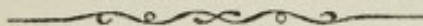
Le cœur et la rate n'offrent rien de particulier.

Tumeurs sous-cutanées mentionnées dans l'observation.

Examen histologique. — Notre collègue Muron a examiné ces diverses tumeurs, et les a trouvées formées par de l'épithéliome à cellules cylindriques. Il est probable que les glandes du sac lacrymal ont été le point de départ de la néoplasie.

Toujours la même succession: bonne santé antérieure, apparition d'un néoplasme et, plusieurs mois après, commencement d'émaciation. Ici encore, c'est l'infection qui a causé la mort. Localement, la tumeur était inoffensive: son prolongement

neéphalique n'avait encore attaqué ni le cerveau ni la dure-mère; pendant la vie, aucun symptôme de ce côté. D'autre part, l'ulcération était insignifiante. Enfin, la généralisation, malgré son étendue, n'avait troublé aucune fonction essentielle; laèvre était criblée de tumeurs métastatiques, mais le parenchyme pulmonaire était parfaitement sain et aucun trouble de l'hématose n'avait été signalé. Cependant le marasme et la cachexie firent des progrès rapides. La cause invisible de cette échéance, c'était l'empoisonnement général par les principes émanés du foyer primitif.



l'usage n'est encore allé que sur le devant de la scène; pendant la vie
 commune de ce côté. D'autre part, l'attention était singulièrement forte, la
 lecture, surtout son érudition, n'était pas sans quelque action capitale; la
 belle culture de l'homme médiocrement, mais le parvenu même était
 avant tout et d'abord l'homme de l'ère, n'avait été signalé. Cependant la
 et de la culture de l'ère, n'avait été signalé. Cependant la
 ne, c'était l'empereur général par les principes de la vie

