Tumeurs malignes du sein
et de la capsule surrénale
et de la vessie

2e Leçon
2 nov. 1909

Autopsie du 7 novembre 1909.
Eden Marie, âgée de 76 ans.
Femme; service de Mr Rogue.

749

Diagnostic clinique -
Bronchite chronique. Emphysème -
Dilatation du cœur droit.

Autopsie
Cancer primitif du rein gauche (partie moyenne).
Une caillot adhérent et envahi par la tumeur
dans le bassinet.
Généralisation pulmonaire; un noyau du volume
d'une mandarine; d'autres petits.
Hypertrophie du cœur (870).

Le sujet est une femme âgée, amaigrie et cachectique.
Thorax d'thorax; côtes saillantes, se plient facilement.
Même matité des 2 cimes et des jugulaires, surtout à droite
l'amoindrissement de la main du côté droit.

Lobe thoracique
Hydrothorax double, mais nettement abondant à gauche
Hémos abondantes à droite (environ 500 gr. de sang à 8.)
Poumons gauche 620. droit 670
Poumons gauche 620. droit 670
pris en tout dans l'atelectasie de la moitié
inférieure du lobe inférieur. Il est à remarquer
que l'atelectasie existe presque uniquement à la
partie postérieure sans doute parce que la malade
peu dyspnéique tenait la position horizontale.
Emphysème aux sommets des lobes supérieurs.
Généralisation cancéreuse ci-dessus décrite par

de petit nodules de la grosseur d'une noisette diminués un peu partout, même dans les portions atelectasiées et par un volumineux noyau ~~[illegible]~~ de la région antéro-latérale du lobe sup. gauche, de la grosseur d'une mandarine au moins.

Les noyaux sont tous sous-pleuraux ou au moins soit par un seul ramollement intermédiaire. Leur contour, surtout au niveau des petits, est légèrement dentelé et circiné dessinant le contour des lobules envahis.

A la coupe, surface générale blanchâtre parsemée d'îlots jaunâtres et de parties ecchymotiques ou très vascularisées. A cet aspect on peut déjà penser à un néoplasme primitif du rein.

Cœur. est nettement hypertrophié, étant donné surtout l'âge et le degré de coloration de la maladie. 350 gr. Cavités droites et gauches également hypertrophiées et dilatées.

Cavité abdominale

Tumeur du rein gauche 620 gr

Le rein concerné est le rein gauche, il a le volume d'un gros poing d'adulte, surface irrégulièrement bosselée. Il faut incriminer le rein pour voir nettement la topographie du néoplasme.

A la coupe, la même concrétion semble tout d'abord avoir envahi tout le rein, mais

en réalité, il existe aux deux extrémités supérieure et inférieure un liseré pâle de ~~la~~ substance rénale saine, comme si le néoplasme avait débuté par ~~le fond~~ le bord convexe ou dos du rein.

La masse néoplasique est ~~assez~~ de consistance assez ferme, nullement mucoïde. Aspect très polychrome du à l'alternance de zones blanchâtres, jaunâtres, ramollies, et des îlots ~~com~~ très vascularisés et ~~corno~~ comme sphacélés.

La partie inférieure du bassinet est ~~incomplètement~~ comblée par une masse saillante de la grosseur d'une noix; sa surface est lisse, noirâtre; sa consistance ferme. Elle s'prolonge dans 2 calices. Sur une coupe intéressant cette masse et le rein, on voit qu'elle est adhérente au néoplasme rénal et que la tumeur a envahi & son centre tandis que la périphérie a l'aspect d'un caillot cruorique. On pense qu'il s'agit d'un caillot formé dans le bassinet, adhérent à la paroi et envahi par la prolifération cancéreuse. Le reste rénal vu sur la coupe est envahi complètement par le néoplasme. Veine cave inf. non vue.

Rein droit 165

Volume sensiblement normal.
Altérations scléreuses nettes, capsule épaissie, adhérente. Surface du rein chagrinée.

Foie 870. Déformation par le corset.

Rate. 115 Lésée.

Tube digestif

Foie et lipome, rouge des anses, [illegible] le mésentère et [illegible] adhérences de ses intestins à la paroi pelvienne, ainsi qu'à la face [illegible] du foie au diaphragme.

Organes génitaux

Oblitération des trompes et ovaires

Hématocèle à leur intérieur.

Il existait un peu d'ascite dans le bas fond péritonéal

2e Leçon
7 nov. 1901

Cancer du rein gauche
avec généralisation aux poumons

749

Réflexions. A remarquer tout d'abord avec l'œdème des membres inférieurs prédominant à droite, c'est-à-dire probablement du côté où la malade était couchée, un peu d'ascite et un hydrothorax double égal et plus accusé du côté droit.

On remarque aussi des traces d'ancienne péritonite généralisée, indiquées par les adhérences nombreuses de la face sup. du foie au diaphragme, de nombreuses plaques blanches à la périphérie ou des traces irrégulières de rétraction sur le mésentère, des adhérences de l'S iliaque et du rectum à la

paroi pelvienne du côté gauche et enfin un épaississement de l'aspect de l'utérus plus accusé à gauche où l'on trouve une petite masse indurée de la grosseur d'une noisette ~~présentant une~~ matière caséeuse. Cette dernière lésion paraît correspondre à la trompe oblitérée remplie de cette matière et qui se trouve près de l'ovaire atrophié. A droite la trompe est entièrement oblitérée et confondue avec un épaississement scléreux du ligament large ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ où l'ovaire atrophié.

On a ainsi la preuve d'une ancienne salpingite qui ~~[illegible]~~ s'est produite à l'occasion d'un avortement

signalé dans l'observation de la malade et qui très vraisemblablement a été le point de départ de la péritonite généralisée dont on trouve les traces certaines, d'autant qu'on ne rencontre dans l'abdomen aucune lésion ancienne capable de l'expliquer.

L'état de trompes rend compte également du fait qu'après cet avortement survenu au commencement du mariage de cette femme, elle n'a plus eu d'enfant, bien qu'elle ait été mariée deux fois.

Mais il ne s'agit là que de lésions anciennes sans aucun rapport avec celles qui ont déterminé la mort de la malade.

bronchite a succombé au cancer du rein gauche généralisé aux poumons et qui n'a pas été reconnu pendant la vie, comme il arrive aux vieux pour cette affection.

Ce malade avait dépéri graduellement et était devenu cachectique avec perte complète de l'appétit lorsqu'il entra à l'H.D. Depuis elle était oppressée, ses poumons avaient pour emphysémateux, son cœur était augmenté de volume et il avait de l'œdème des membres inférieurs; on pouvait croire seulement à un catarrhe

chronique des bronches avec emphysème pulmonaire, et hypertrophie concentrique du cœur sans définition ~~xxxx~~ troubles de la circulation générale. Or hyper souvent, car j'ai souvent l'occasion de faire remarquer, ce diagnostic cause une erreur mise en évidence par l'autopsie, comme dans ce cas. Mais il est juste d'ajouter que le malade n'avait séjourné à l'H.D. que pendant quelques jours, tandis qu'une observation plus longue est souvent nécessaire pour arriver au diagnostic.

Le sein gauche est envahi presque en entier par la néoplasme qui se présente, comme d'ailleurs, sous la forme encéphaloïde, mais avec une fermeté assez grande. Sur les confins de la tumeur dont les contours sont arrondis et légèrement festonnés la trame de nouvelle formation est blanc rosé, tandis que sur les parties centrales il est d'un blanc jaunâtre mat, très vraisemblable en rapport avec des phénomènes de dégénérescence graisseuse de cellules, qui se rencontre fréquemment dans le cancer du sein. Toutefois au centre même la trame est blanc et résistante disposée ~~fibroïde~~ en travées ~~par des travées fibreuses~~ par des travées fibreuses, tandis que

à la périphérie le tissu adipeux de faible consistance.

On ne rencontre un peu de tissu rénal perméant que à la partie interne des deux extrémités; de telle sorte que le point de départ de la tumeur semble avoir été à la partie moyenne du corps, au lieu de s'être trouvé à l'une des extrémités, comme c'est le cas le plus fréquent.

Au niveau du hile du rein se trouve une masse arrondie, ovoïde, du volume d'une petite noix, que nous prenons tout d'abord pour un ganglion envahi secondairement en raison de

son accolement à la tumeur principale vis-à-vis de laquelle il paraît indépendant, par un certain degré de mobilité. Or l'examen attentif de cette masse, lorsque elle a été incisée, a montré qu'il s'agissait d'un thrombus sanguin en voie d'organisation néoplasique. En effet il est constitué au centre par un coagulum ~~[illegible]~~ plénum à la périphérie, qui occupe la partie inférieure du liquide et se prolonge ~~[illegible]~~ dans des cavités. De plus on constate que sur un point il est adhérent au tissu de la tumeur, qui manifeste à l'invasion, commencé à envahir le coagulum

Car on peut voir cette partie présente un vaste bord hémi auquel [illegible]

ce point a été prélevé pour l'examen histologique. Mais déjà on peut se rendre compte comment un caillot sanguin en rapport avec la néoplasme, mêmes dans une cavité tapissée par un épithélium, est susceptible d'être envahi par la ~~néo~~ production néoplasique, tout comme un caillot dans un tissu enflammé (par exemple, caillot dans une oreillette du cœur), est envahi par la sclérose des parties voisines, ce qui constitue encore un argument en faveur de l'analogie des productions néoplasiques avec celles qui ~~sont~~ de nature inflammatoire.

La veine rénale sectionnée près du hile, montre aussi la propagation

de la tuberculose dans ce voisinage, car il arrive si fréquemment que cette lésion du rein droit explique l'envahissement si fréquent du poumon droit dans ce cas.

Le rein droit n'est le siège d'aucune production néoplasique. Ouverte dans la plupart des cas, le canal est unilatéral, le second rein restant tout à fait indemne, ou étant envahi que à un léger degré à la période ultime qui est le cas le plus commun. J'ai la remarque faite depuis longtemps par les auteurs que c'est une condition favorable pour une intervention chirurgicale lorsque le diagnostic peut être fait de bonne heure.

Ce rein est seul atteint d'une lésion bien manifeste (capsule rénale [illegible] d'un [illegible] grande [illegible]

La généralisation s'est faite, comme il arrive le plus souvent par ~~suite de~~ l'envahissement de la veine rénale, du côté des poumons où les néoproductions se présentent sous la forme de nodules ~~assez volumineux~~. L'ablation d'un rein qui atteint à peu près le volume d'une mandarine offre sur la coupe un aspect tellement ~~ressemblable~~ à celui de la tumeur du sein, qu'il nous a fait rouvrir immédiatement à la possibilité d'un cancer de cet organe avant qu'on l'eut découvert (les poumons ayant été examinés en premier lieu et les lésions qui les présentaient ayant été considérées comme des néoplasmes secondaires ~~ainsi qu'il arrive~~ en pareille circonstance).

on remarque donc l'aspect blanc mat à la partie centrale des nodules qui sont rosés à la périphérie et présentent des contours parfaitement bien arrêtés, probablement en rapport avec l'envahissement des lobules périphériques qui les limitent.

Ces nodules existent soit au niveau des parties antérieures emphysémateuses, soit au niveau des parties inf. et post. plus ou moins atélectasiées; ~~ce qui~~ ~~indique~~ dès que les nodules de cette dernière région ont été précédés avant l'atélectasie ou de avant l'hydrothorax; car les néoproductions secondaires ne se produisent pas sur les parties préalablement atélectasiées tout comme la tuberculose.

L'emphysème peut être attribué en partie à la présence de ces lésions, en partie aussi à la cachexie cancéreuse, car il existe ordinairement chez les cancéreux, quel qu'soit le siège du néoplasme, un défaut d'aptitude de la suppléance respiratoire pour obvier aux troubles de la nutrition engendrés par la cachexie. Tous les cachectiques, comme les cancéreux, sont essoufflés.

Cette malade avait de l'oppression pour le fait de sa cachexie et de ses lésions pulmonaires, mais aussi en raison de son hypertrophie du cœur assez considérable pour une femme de petite taille très obèse (76 kgs) et très amaigrie.

il ne s'agissait pas seulement d'une dilatation du cœur droit ou hypertrophie. celle-ci était également très marquée au niveau du cœur gauche et à un point où les lésions pulmonaires ne saurait en rendre compte. On ne peut pas davantage incriminer l'athérome aortique très léger. D'autre part on a signalé depuis longtemps l'hypertrophie du cœur dans les cas divers où la fonction des reins peut être entravée en dehors des néphrites. Ici la fonction de l'un des reins est presque entièrement annihilé, tandis que l'autre rein est ~~[illegible]~~ sclérosé. La malade, du reste, urinait fort peu, et l'on comprend que l'hypertrophie, suivant

la théorie de Brown-Séquard vint résulter de cette entrave apportée au fonctionnement des deux reins.

Il est admis cependant que lorsque le fonctionnement d'un rein est entravé, comme dans les cas de cancer, de tuberculose, etc., l'autre rein doit augmenter de volume et s'hypertrophier pour suppléer l'organe affecté. Dans ce cas le rein droit n'était pas très volumineux, mais il l'était certainement plus qu'il ne l'aurait été chez une femme de cette âge, si le rein gauche n'était pas resté malade. De plus il apparaissait manifestement relevé; et l'on peut se demander si cette dernière lésion n'était pas antérieure ou consécutive à la production du néoplasme.

Si le malade avait été examiné avant la production des symptômes ~~pour savoir~~ rapporter un examen ultérieur dans lequel on eut trouvé de l'albumine, il n'y aurait pas de doute sur l'antériorité de la lésion. Mais sans cela il est impossible d'être fixé sur ce point. Toutefois j'ai remarqué depuis longtemps que tout rein hypertrophié pour suppléer à l'autre rein dont la fonction est plus ou moins annihilée, quelle que soit la cause, présente toujours une lésion plus ou moins accusée.

Lorsque le rein particulièrement atteint, l'a été par la tuberculose ~~[illegible]~~ c'est le cas le plus fréquent, on peut se

demander si le rein hypertrophié n'a pas été touché en même temps que l'autre rein, mais à un moindre degré, mais à être seulement le siège d'un état différent, comme il arrive si souvent chez les tuberculeux ou si la ~~sclérose~~ doit être attribuée seulement au fonctionnement exagéré de l'organe. Il est certain que dans ce cas les deux reins peuvent être intermédiaires. Mais il ne saurait être de même lorsque il s'agit de la lésion néoplasique d'un rein ou d'une masse locale agissant seulement sur un rein. Or dans tous les cas le rein hypertrophié présente toujours plus ou moins de sclérose.

Il faut donc conclure de l'examen de ces faits que si la sclérose peut tenir ~~se tient~~ habituellement à des causes d'infection générale, elle peut aussi provenir de l'exagération du fonctionnement qui vraisemblablement doit comporter aussi un insuffisance relative d'organes, de telle sorte que les produits retenus dans le sang doivent servir la cause des phénomènes inflammatoires ~~[illegible]~~ déterminés en pareille circonstance.

On ne peut donc pas, à l'exemple de M. Cornil, citer cette hypertrophie compensatrice du rein comme un type d'hypertrophie, puisque celle-ci s'accompagne d'inflammation chronique vasculaire de sclérose plus ou moins accusée, cette dernière lésion ne pouvant plus être considérée comme accidentelle dans ce cas puisque nous l'avons constamment rencontrée.

L'examen des parties voisines du testicule n'a permis de découvrir aucun ganglion envahi par le néoplasme. La généralisation s'est faite uniquement par la veine rénale. En cherchant dans mes souvenirs, je crois bien que le chose se passait ordinairement de cette manière. Si les ganglions ne sont pas envahis, cela doit tenir à la limitation du testicule par la capsule plus ou moins épaissie; et telle sorte que le processus ne s'étend pas analogiquement. D'autre part il a plus de tendance à envahir toutes les parties de l'organe, dont les vaisseaux sont surtout les veines; ce qui explique d'autre part la tendance à la généralisation du testicule par la veine rénale.

7e Secon (suite)
2 Xbre 1895

293

Cancer du rein droit ou généralisation

H. 62 ans (s. de M. Monimet)

Autopsie le Xbre 1895.

Le rein droit est le siège d'une énorme masse pourvue d'un volume considérable qui occupe la plus grande portion de l'organe dont on ne retrouve la trace qu'à la partie inférieure.

Sur une coupe centrale faite de la partie convexe au bile, on voit que les 3/4 sup. de la masse sont constitués par un tissu dont les parties sup. et centrales sont constituées par un tissu conjonctif avec deux entre les piliers du rein et infiltré une substance jaunâtre. Cette tumeur se porte à la partie sup., et sur la partie latérale de la moitié inf. on ~~voit~~ ~~et surtout vers la partie inf.~~ une petite portion de tissu rénal plus ou moins refoulé et manifeste sclérosée. Au voisinage du tissu rénal la tumeur a un aspect blanchâtre plutôt rosé paraissant squelettique et envahissant dans le tissu du rein au lieu de tissu conjonctif que au centre de la tumeur.

Ensuite la tumeur a augmenté et du reste environnés de la capsule épaissie de l'atrophie cellulo-adipeuse également sclérosée. Le rein droit, on la tumeur qui l'y a développée pèse ainsi 1180 gr.

Il n'y a pas de propagation relative lorsque de l'urètre.

Nous trouvons la pièce dans un état qui nous permet pas l'examen de nombreux

Généralisation de la tumeur aux poumons qui sont criblés de nodules ou noyaux concéreux blanchâtres dans le volume d'une noisette à celle d'un grain noir. Sur la coupe ces noyaux paraissent constitués par un tubercule jaunâtre au bourg et à contenty de vaisseaux.

La rate volumineuse présente un noyau concéreux sphérique du volume d'une noisette et de 500 gr.

Le foie est rempli de gros nodules noirâtres surtout dans le lobe droit. Son poids de ce lobe est défini par épaississement de la capsule portant l'empreinte de rein correspondant du foie - 1920 gr.

Poids total du cerveau, 1400 gr. Poids du cervelet, 200 gr. Poids du tronc cérébral, 100 gr. Poids du pont, 100 gr.

1893 Homme de 62 ans (S. de M. Moinier)
Rhumatisme ancien.
Il regardé dans le service
pendant longtemps (1 mois 1/2)
comme un tuberculeux, à cause
d'une cachexie progressive que rien
n'explique. D'autant que après
la recherche fréquente et inutile de signes
au sommet, on trouve un jour un
léger épanchement à une des bases.
Rien de constant au cœur.
La cachexie s'accentue, la teinte
devient jaune paille, puis enfin
gros foie sans noyaux sensibles.
On dit alors : cancer latent
secondaire au foie.

Le malade meurt, n'ayant
présenté qu'un peu d'albumine,
jamais de sang dans les urines.

Cancer du rein

3e Secon
10 nov. 1900

Cancer du rein gauche
avec généralisation au cervelet
à l'hémisphère cérébral gauche,
rein pourrissant du rein droit.

H. 44 ans entré à l'H-D. avec les
signes d'une tumeur du cervelet
à laquelle il a paru succomber.

Autopsie le 7 nov. 1900 -

Tumeur blanchâtre roïde du
volume des deux poings au niveau
de la portion supérieure du rein gauche,
faisant corps avec cet organe,
dont elle occupe environ les 2/3
supérieurs antérieurs.

Le rein paraît ainsi, comme
augmenté de volume déformé

par congestion de ses Glomérules avec une augmentation de consistance et une coloration blanchâtre de sa surface sur laquelle se trouvent de nombreux vaisseaux contrastant à lui donner un aspect rosé. En tout cas la tumeur atteint par la capsule distendue et épaissie, à laquelle adhère la tumeur cellule adipeuse périphérique.

Sur une coupe passant par la partie médiane du plan de la tumeur et du rein, de la surface convexe au hile, on voit que la tumeur est constituée par une tumeur néoplasique d'organe encéphaloïde moins cependant plus consistant que

la substance cérébrale, de coloration d'un blanc grisâtre strié à la périphérie, plutôt jaunâtre vers la partie centrale, ou existent de nombreux points en désintégration, avec çà et là des points infiltrés de rouge, et enfin à travers cette trame des travées fibreuses blanchâtres plus ou moins résistantes et parfois assez larges rentrant vers le centre, la trame paraissant avoir pris un développement intrinsèque et continuant à exister par la périphérie à peu près arrondie.

En arrière dans la partie latérale externe du rein, se trouvent deux nodules de même nature, l'un du volume d'une noix et l'autre du volume d'une noisette, au bord du tissu rénal.

Le bacinet n'est pas envahi. Pas de lésion appréciable sur la veine rénale ou sur un de bile du rein apporté au laboratoire et non examiné sur place.

Le rein ~~droit~~ ne présente que un nodule néoplasique du volume d'une noisette, à proximité vers la partie moyenne.

Les deux poumons sont le siège de plusieurs nodules blanchâtres. Le plus volumineux du volume d'une amande se trouve dans le poumon gauche dont les plèvres sont adhérentes; toutefois il existe du côté droit seulement plusieurs petits nodules d'aspect superficiel avec une plèvre épaissie apparemment lisse à de coloration blanchâtre assez abondante.

Le cervelet présente une légère tuméfaction de son lobe droit dépassant un mûrion à ce niveau, on trouve dans le tissu sous-cortical une tumeur blanchâtre indurée de volume d'un noix se prolongeant à travers le vermis jusque dans le lobe gauche.

Enfin on trouve encore dans le tissu sous-cortical du lobe sphénoïdal gauche ~~une tumeur~~ semblable au précédent du volume d'une noisette.

Nous n'avons pas constaté les lésions cérébrales dont on nous a seulement fait la description.

Rien de particulier dans les autres organes.

Réflexion - Examen du rein clinique avec généralisation par la voie sanguine. C'est bien certainement la tumeur primitive en raison d'abord de ses caractères typiques de parenchyme. Les lésions cérébrales ont plutôt les caractères de tumeurs secondaires (multiplicité des nodules et siège sous-cortical).

Sa tumeur du rein a échappé à l'examen clinique, parce que l'attention a été attirée surtout sur l'idée de tumeur cérébrale qui se généralise par. Mais il ne faut pas oublier que les autres tumeurs qui se généralisent par la voie sanguine peuvent envahir l'encéphale.

3
Lyon (suite)
janv. 1906

Autopsie du 13 janvier 1906

1047

- Cancer de la surrénale droite du rein gauche (?)
- Noyaux de généralisation abondants et multiples : foie, capsule surrénale droite, ganglions, poumons.

Homme âgé de 48 ans. Service de M. Monisset.

Renseignements cliniques

Autopsie

Abdomen

Le rein gauche forme avec sa capsule une masse bosselée volumineuse, grosse comme deux poings. A la coupe on voit que cette masse est formée surtout par une tumeur de consistance friable, jaune clair, très uniforme ; il subsiste à la partie inf. et externe une partie de rein reconnaissable, mais dans laquelle la tumeur se continue par des prolongements irréguliers sans délimitation nette. Dans le reste de tissu rénal, à la partie inf., en plein parenchyme persistant, existe un kyste gros comme une grosse noix, formé d'un grand nombre de petites poches plus ou moins communiquantes, à parois translucides. Contient un liquide jaune clair. A la partie supérieure la masse cancéreuse présente un léger sillon qui est peut-être le début d'une scissure entre la capsule surrénale et le rein. Poids 1.040 gr.

Reins droit 270 gr. macroscopiquement absolument sains.

La capsule surrénale droite est presque entièrement occupée par un gros noyau (petite noix) de tissu jaunâtre analogue à celui de la tumeur principale friable et ramolli au centre et par un autre noyau plus petit, de volume d'une noisette.

Rien à la rate 270 gr.

Le Foie présente de nombreux noyaux jaune sale en lie de vin, à centre ramolli, gros comme des pois, des noisettes, de petites noix. Quelques uns sont en saillie sur la capsule, avec une dépression capsulaire, mais les plus nombreux et les plus gros sont au centre, vers le hile, ~~et il y a quelques~~ où ils se trouvent sous les vaisseaux portes. 2k 600 gr.

Gros ganglions du hile, encéphaloïdes jaunes.

Rien à l'estomac

Thorax Poids des poumons : dr. = 870 gr. — g. = 660 gr.

Les deux poumons ont un aspect identique : ils sont emphysémateux et on voit saillir sous la plèvre quelques nodules ou groupes de nodules analogues à la tumeur principale et gros comme des pois ou des noisettes. A la coupe on en trouve encore davantage et ceux qui sont sous la plèvre apparaissent en coins à base vers la séreuse. Les plus gros amas sont vers le hile où ils sont vraisemblablement formés par des ganglions. D'ailleurs ils sont ovoïdes et encapsulés, avec quelques marbrures anthracosiques (grosses noix). Sur le poumon gauche une des premières branches de l'artère pulmonaire, entourée de

ganglions dégénérés et leur adhérent, présente à ce niveau une masse jaunâtre friable obturant sa cavité. Mais cette masse, légèrement allongée et à surface lisse se termine en pointe comme un caillot et n'est peut être en effet qu'une coagulation fibrine.

Gros ganglions encephalitis des hile avec marbrures anthracosique. Les particules une masse très volumineuse (mandarine) entoure la partie inférieure de la trachée.

Rien au coeur (350 gr.)

= Des préparations frais par frottis de la tumeur principale et des noyaux pulmonaires montrent des cellules polygonales, grosses, dont quelques uns contiennent des granulations graisseuses.

2e Leçon
13 janv. 1906

Cancer de la Capsule ~~surrénale~~ et du rein gauche

avec généralisation à l'autre capsule surrénale aux ganglions, au foie, aux poumons.

—

H. Ll. ouv., 3. dr. M., Monint.

Début de la maladie il y a 6 mois par des troubles digestifs ; aggravation depuis 3 mois à la suite d'une crise douloureuse dans le flanc gauche. Troubles digestifs s'accusent de plus en plus accusés ; seulement une trace d'albumine dans l'urine où l'on n'a jamais constaté la présence du sang.

~~Dépense du vitalo-capsule~~

fait découvrir une tumeur dans le flanc gauche que l'on attribuait, soit à une tumeur du rein, soit à une tumeur siégeant sur le tube digestif.

Le dernier lieu siège de la généralisation au foie.

Description des lésions en commençant par la tumeur dont les caractères se rencontrent aussi fréquents; car ils correspondent à la variété dite graisseuse.

Lésion concomitante de la capsule surrénale.

S'agit-il d'un cancer du rein propagé à la capsule ou d'une lésion primitive de la capsule propagée au rein?

En faveur de cette dernière interprétation, caractère graisseux de la tumeur, envahissant l'autre capsule surrénale et non du rein et enfin généralisation ganglionnaire possible avec une tumeur primitive du rein, mais surtout fréquente avec le cancer surrénal.

description des lésions de généralisation aux ganglions par les lymphatiques, aux poumons, où cette généralisation est très fréquente, par la veine cave en raison de la propagation fréquente de la tumeur à la veine rénale, mais aussi au foie, soit par les anastomoses des veines capsulaires avec les veines du système porte, soit par la circulation générale, surtout après la détermination de nodules nombreux dans les poumons.

La généralisation à l'autre capsule s'expliquerait de la même manière.
Pas de mélanose ; pas d'hypertension artérielle.
Remarquer ~~sur~~ l'importance d'un diagnostic précoce, afin de pouvoir faire l'ablation de la tumeur avant la production des lésions de généralisation ; surtout dans le cancer du sein qui atteint grand

Cancer de la capsule surrénale et du rein droit avec envahissement de la paroi lombaire, des ganglions voisins et des poumons par propagation dans la veine rénale et la V. cave.

H. 46 ans, Pr Philippe 13, mort le 20 xbre à 7h du matin. Le malade avait été opéré pour une tumeur de la région lombaire, mais on soupçonnait que cette production était secondaire et qu'en réalité la tumeur primitive devait être au niveau du rein.

L'ex. histologique d'une portion du néoplasme enlevé avait montré qu'il était constitué par des cellules ~~en cellules~~ dont le plus grand étaient arrondies et disposées en amas irréguliers séparés les uns des autres par des faisceaux de cellules fuselées évidemment de nature sarcomateuse irrégulière.

Autopsie le 21 Xbre 1897. — après avoir ouvert l'abdomen, on constate que la région du rein droit est occupée par une tumeur volumineuse appliquée contre la partie latérale de la colonne vertébrale à laquelle elle adhère intimement, et qui présente aussi des adhérences avec la face inférieure du foie et les organes intestinaux voisins, à tel point que son ablation est été impossible pendant la vie.

La tumeur a la forme du rein considérablement augmenté de volume et de poids, car elle pèse 700 gr.. Sa surface est blanchâtre et elle offre au doigt une sorte

grande résistance.

Une coupe perpendiculaire de la convexité vers le hile, passant par la partie médiane du lobe, montre qu'elle est constituée par une couche corticale ~~blanchâtre~~ de 3 à 4 cent. d'épaisseur, d'un tissu blanchâtre, très ferme, très résistant, ne fournissant au raclage que peu de suc; tandis que la partie centrale se présente sous la forme d'un magma ~~blanchâtre~~ mou et se déchirant facilement, ~~comme~~ s'il était constitué par une petite portion de la substance du lobe avec beaucoup de vaisseaux friables et

du sang liquide et coagulé.

~~Cette~~ partie centrale ou médullaire tranche très nettement sur la partie périphérique ou corticale, en raison de la constitution si différente de ces deux parties.

Cet aspect si particulier de la tumeur qu'on ne rencontre pas habituellement dans le cancer du rein, fait rechercher plus particulièrement si la lésion n'aurait pas débuté dans la capsule surrénale. Celle-ci est intimement unie au rein vers son extrémité supérieure où elle fait une saillie notable aux étendues

mais avec la même coloration et la même consistance que le tissu de la grosse tumeur, de telle sorte qu'au premier abord on avait pu croire à une simple nodosité de celle-ci. Ce n'est que sur une coupe qu'on peut bien juger qu'il s'agit de la capsule surrénale dont le volume est atteint celui d'un œuf de poule un peu aplati, constituant une tumeur indépendante, mais intimement soudée à celle du rein.

Elle est aussi constituée par une substance corticale blanchâtre ayant environ de l'épaisseur de l'écorce surrénale, et une substance médullaire qui se présente aussi sous la forme d'une bouillie rougeâtre ramolle.

cette tumeur est soudée à la plus volumineuse au moyen d'un tissu fibreux résistant.

La veine cave ouverte présente au niveau de l'orifice de la veine rénale des caillots cruoriques et une substance brunâtre molle qui se continue dans la veine rénale, tout à fait analogue à la substance médullaire des tumeurs du rein et de la capsule surrénale.

Dans les ganglions viscéraux situés en devant de la colonne vertébrale sont plus ou moins augmentés de volume, analogues à ceux d'un porc, d'une souris, d'une grenouille, de coloration blanchâtre et de consistance assez ferme.

Lorsque l'on incise les ganglions manifestement envahis par le néoplasme, on voit que ils se présentent avec la même constitution que les tissus de la moelle épinière cervicale, c'est à dire, avec une substance corticale blanchâtre ayant environ 2 ou 3 millimètres d'épaisseur et une substance médullaire brunâtre et molle.

On trouve aussi ganglions ainsi atteints jusqu'au niveau des ganglions trachéaux.

On trouve ainsi des noyaux de généralisation sur le lobe inférieur de chaque poumon avec prédominance du côté droit où se trouve aussi exudats fibrineux récents recouvrant les plèvres avec un peu de liquide fibrineux dans la cavité pleurale.

Les noyaux de généralisation se présentent sous la forme de nodules blanchâtres, formant un saillie bombée au sommet du volume d'une lentille sur la surface de la plèvre viscérale. Sur la coupe on voit que la petite tumeur du volume d'une lentille ou d'un pois est située immédiatement sous la plèvre et que elle empiète plus ou moins sur le tissu pulmonaire. On en compte que 7 sur le côté droit à gauche, tandis que il en existe 8 ou 10 à droite.

Aucune autre lésion de généralisation.

Les capsules surrénales et le rein du côté gauche n'en présentent certainement pas; mais ce dernier organe est augmenté notablement de volume et de poids (270 gr), sans lésion appréciable à l'œil nu. Un fragment est pris pour l'examen histologique.

Foie d'un poids normal pesant 1700 gr.
Rate très volumineuse sans lésion appréciable – 450 gr.
Cœur ne présentant d'autre lésion qu'une hypertrophie manifeste surtout aux dépens du ventricule gauche – poids 370 gr.

3e Leçon
nov. 1894

Cancer de la capsule surrénale droite avec généralisation aux tube digestif et surtout à l'estomac au péritoine, au foie, aux lymphatiques et aux ganglions, veines et éloignés surtout aux ganglions, péritrachéaux, sous-sus-claviculaires.

H. 54 ans (s. de M. Bouidet), considéré pendant la vie comme atteint d'une péritonite tuberculeuse.

autopsie le 10 nov. - En ouvrant la cavité abdominale il s'écoule une sérosité de coloration un peu foncée et d'aspect trouble. Cette cavité peut en renfermer 6 à 8 litres. En même temps, sans ouvrir, on aperçoit les intestins, le mésentère et toutes les parties recouvertes par la séreuse qui sont criblées de petits nodules grisâtres blanchâtres dont le volume varie entre celui d'une petite tête d'épingle et celui d'un gros pois plus ou moins saillants ou aplatis. En outre on voit au niveau de la région épigastrique une saillie blanchâtre du volume du poing à laquelle adhère le grand épiploon. C'est la partie qui à travers les téguments donnait la sensation d'une tumeur indurée irrégulière.

Cette tumeur est adhérente au bord convexe de l'estomac à 4 ou 5 travers de doigt du pylore. à environ la paroi de l'estomac sont épaissies de coloration blanchâtre et cet organe est fixé en place de tous côtés par les replis du péritoine considérablement épaissis et le siège de lésions concéntriques. Par ailleurs on remarque que le gd cul-de-sac de l'estomac est un peu dilaté.

après avoir ouvert l'estomac sur face antérieure par une incision parallèle à son grand axe jusqu'au delà du orifice, on reconnaît que toute la paroi de l'estomac sur l'étendue de 5 à 6 travers de doigt de la région pylorique présente manifestement un épaississement de la paroi rétrécissant beaucoup la cavité à ce niveau. Le maximum des lésions se trouve à 3 à 4 travers

de doigt du pylore et plutôt à la région antérieure dans la portion en rapport avec la grosse tumeur précédente et signalée. à ce niveau les parois de l'estomac infiltrées complètement par une matière blanchâtre d'aspect encéphaloïde peuvent atteindre un à deux centimètres d'épaisseur, sans qu'il soit possible de distinguer les différentes tuniques de l'estomac. Mais sur les limites de cette masse se trouvent des nodosités agglomérées, ou ~~distinctes~~ faisant ~~saillie~~ à la surface interne des saillies du volume d'un pois à une noisette de coloration blanche voisine. En somme il semble que tout le pourtour de la paroi stomacale à ce niveau soit infiltré de ces nodosités. ~~Deux plus petites~~ sont moins éloignées de la masse principale et se trouvent à peu près à la partie moyenne de la grande courbure faisant une saillie arrondie, mais un peu aplatie l'une du volume d'un gros pois (mise dans l'alcool pour mieux) et l'autre deux fois plus volumineuse à côté de la précédente.

Ces tumeurs qui font une saillie parfaitement arrondie et aplatie, présente à leur centre un point noirâtre, déprimé.

La grosse glande formée par des nodules agglomérés, en rapport avec la tumeur prestomacale est également le siège de points noirs mouillés de noir correspondant au centre des nodules agglomérés et qui sont en voie de réunion pour former une ulcération de 2 à 3 cent. d'diam.

Les lésions diminuent à mesure qu'on se rapproche du pylore qui est resté assez souple et non rétréci. Mais est entouré d'un tissu induré par suite de l'infiltration cancéreuse des vaisseaux et des ganglions lymphatiques.

Dans la région pylorique le nombre des nodules plus petits que les précédents (de volume d'un petit pois ou d'une lentille) forment une légère saillie blanchâtre sous la muqueuse et coexiste avec un nombre moins grand nombre dans le duodénum dont les parois sont également restées souples

3e Leçon (suite)
janv. 1894

Et lorsque l'on incise ce nodule isolé on voit parfois et quelquefois un tissu et dans le tissu sous-muqueux.

Rien de particulier dans la paroi du gd cul-de-sac de l'estomac, ni au niveau du cardia.

La grosse tumeur ~~qui~~ adhère à la gde courbure de l'estomac et au colon transverse toujours donne la sensation de vacuité au centre. Et en effet en l'incisant, on voit qu'elle est constituée par un tissu encéphaloïde dont la partie centrale paraît avoir disparu par dénutrition et liquéfaction, puis résorption, car elle n'est plus constituée que par un coussinet de tissu encéphaloïde de 2 à 3 cent. d'épaisseur dont la surface interne est irrégulière et plus ou moins ramollie, pendant que la surface externe ou résistante adhère à l'estomac, au colon et au gd épiploon.

Tous les vaisseaux sont épaissis cordonnés et couverts de granulations ~~semblables~~ à celles de la surface de l'intestin, non plus confluentes.

Le feuillet pariétal du péritoine est
de granulations analogues. Elles sont no
très nombreuses sur la face inf. du diaphragme
on trouve aussi 3 ou 4 granulations sur la f
pleurale du diaphragme du côté gauche.

La rate est couverte de granulations; mais
on n'en trouve aucune au dedans de la capsule

Les poumons est complètement rem
un tissu sclérosé dense faisant renfo
plus nette à les lobules glandulaires qui
paraissent vides. Mais on trouve encore
par le microscope tous les ganglions
à cet organe vides quelques ganglions sur
le long de la petite courbure de l'estomac.
Rate toutes les parties sont intimement soudées
pour former une masse indurée adhérente
à tous les organes voisins.

Le foie est plutôt un peu augmenté
de volume 2200 gr. et le siège de nodules de gomme
formant à la surface une assez grande quantité
de taches blanches rosées, de forme arrondie

de la longueur d'une lentille à une pièce de 0f,90.

En pratiquant des coupes sur ces points on voit qu'il s'agit de petits nodules cancéreux qui commencent déjà à présenter à leur partie centrale un ramollissement caractérisé par la présence d'un liquide trouble sanguinolent au centre dont l'écoulement donne lieu à une petite cavité.

En multipliant les coupes, on trouve sur de nombreux noyaux centraux parmi lesquels beaucoup sont plus volumineux et ont une forme allongée ou irrégulière en raison de leur situation au niveau des piliers, porte surtout près du hile du foie où les cavités prédominent.

On aura aussi plusieurs cavités pouvant contenir une noisette, une amande et même une noix et renfermant un liquide sale noirâtre, provenant de la fonte partielle des nodules de généralisation, tandis que ces nodules ont conservé leur caractère de tissu épithélial

C'est surtout sur les points où le tissu
s'étend d'autre les espaces portes sous forme de
qu'il garde son aspect blanchâtre ro

Le foie n'est pas ictérique quoique
canaux biliaires soient pris dans une
conjonctive épaisse et on se trouve plus
ganglions volumineux et ouverts par la
C'est ainsi qu'on arrive à passer un
dans le canal cholédoque et les canaux
sans trop de difficultés. Mais le canal
est obliteré car on peut couper la por
fibreuse qui relie le canal cholédoque à la v
biliaire très distendue par de la bile, sans q
la pression sur la vésicule fasse écoule
goutte de bile sur la surface de section.
Cependant il avait été impossible d'introduire la
petite portion du stylet par le canal cystiq
dont l'ouverture se voyait cependant dans le can
cholédoque. Ensuite il a été impossible au
de retrouver l'ouverture du canal cystique dans
l'intérieur de la vésicule.

3e Leçon (suite)
10 nov. 1894

— Impossible de trouver un ganglion envahi par la généralisation dans le petit bassin, au pli de l'aine. Sur contre à portée de la région lombaire, on trouve l'envahissement des ganglions péri-artériaux qui augmente à mesure qu'on s'élève dans la cavité thoracique, au point que tous les ganglions péritrachéaux et péri-aortiques sont affectés, augmentés considérablement de volume et enumis dans un tissu fibreux qui les fait adhérer intimement aux organes voisins et occasionne l'adhérence de ces organes entre eux. C'est ainsi que l'œsophage adhère intimement à la trachée et présente aussi sur ses bords de petits ganglions manifestement affectés (de la grosseur d'un pois ou d'un haricot). Ce sont les ganglions péritrachéaux qui sont les plus volumineux et adhérents à la trachée et à l'aorte. Sur les coupes du tissu fibreux rempli de ganglions, ceux-ci sont volumineux, blancs, roses et non nécrosés d'abord et trouvés [illegible] ganglions [illegible] inflammatoires, de coloration normale [illegible] par la tuberculose [illegible] alteration aucune.

Les ganglions de région sont tous chargés des deux côtés ; mais surtout du côté gauche où ils portent envahis et forment un nombre de gros volumes qui sont parfois ~~[illegible]~~ à la peau. Ils sont constitués par cette substance blanche roide.

L'examen de reins et des voies urinaires ne présentant rien de particulier, nous avons cependant qu'il s'agissait d'un cancer de l'estomac prédominant à la région prépylorique une généralisation par les voies lymphatiques, en insistant particulièrement sur ce mode de généralisation très rare et très bien caractérisé dans ce cas.

Mais en poursuivant nos investigations pour nous rendre compte de toutes les particularités offertes par les lésions, nous avons fini par trouver au ~~dessous~~ dessous de la face inférieure du foie, une tumeur du volume du poing adhérente aux anses intestinales, vers au milieu desquelles elle était confondue. Cette tumeur à ~~[illegible]~~ fibreux résistante

Volumineux et amphigénérations dans Bréin appendiculaire.

donnait une sensation analogue à celle de la fluctuation.

après l'avoir incisé en totalité, nous avons reconnu d'abord qu'il a présenté une grande résistance à l'incision malgré la mollesse de son tissu qui nous a paru très résistant. Sur les coupes, c'est un tissu lisse brillant, donnant tout à fait l'aspect du myxome ou tissu de fibro myxome en raison de sa résistance.

En cherchant à quel organe cette tumeur pouvait appartenir, nous sommes arrivés à conclure qu'il s'agissait très probablement de la capsule surrénale droite devenue le siège d'une néoplasie, soit en raison du siège de la tumeur immédiat au dessous du foie près de la colonne vertébrale et de la ~~[illegible]~~ des autres organes, soit parce que cette tumeur nous a paru coiffée à sa partie sup. d'une couche lamineuse donnant sur la coupe un aspect [illegible]

Cancer ulcéré à pavillon. 300 gr. — Au toucher, sensation de fluctuation. Dans le pavillon, surface fungueuse, ulcérée, saignante, bords durs, surface fungueuse, ulcérée, saignante, bords durs. Au niveau de l'anus, 19 centimètres. Ganglions inguinaux [illegible]

un tissu fibreux dans lequel se trouvent de
lobules pouvant être rapportés aux vestiges de

Nous avons alors recherché la capsule
gauche que nous avons trouvée entière et
gauche conjonctive très dense. Et si
une partie la glande nous a paru saine,
nous ne qu'à la partie moyenne, elle est
épaissie et infiltrée par une bande de tissu
roïd semblable non entière de la tunique
l'autre capsule moins à l'état de
généralisation.

Dès lors il nous a paru que la tumeur
primitive était celle de la capsule droite
et que toutes les autres lésions propagées
par les voies lymphatiques étaient
même celle de l'estomac qui avait offert
une caractère modulaire particulier en différant
pas, si ce n'est par l'intensité, des lésions constatées
sur l'intestin. D'autant que le point le plus affecté
pouvait avoir été atteint consécutivement à la position
de la grosse tumeur vivante de la glande droite.

à noter le ramollissement de cette tumeur qui s'était vraisemblablement dans le péritoine d'où la tinte rouge liquide ascitique ainsi que le ramollissement rapide des lésions en force.

Sous le rapport clinique rapprocher de celui observé l'année dernière prononcé du 1. de M. Ollier était une tumeur secondaire mixte puisque la généralisation a été par la voie lymphatique.

21e Leçon
22 Xbre 1894

Epithéliome de la Vessie

avec généralisation aux ganglions pelviens, lombaires surtout prépondérants, abcès multiples du rein ayant probablement pour origine un archonsonné.

H. 58 ans (S. de M. Bondet). mort le 16 Xbre

<u>antécédents</u> le 18, objet de la leçon du 22 Xbre 1894 –

à l'ouverture de cavités thoracique et abdominale, on n'aperçoit tout d'abord aucune lésion, si ce n'est un peu de liquide séreux sans caractères appréciables dans chaque plèvre.

L'estomac qui avait été soupçonné pendant la vie d'être le siège d'une lésion organique est absolument sain. Il en est de même de tout le tube digestif. Mais en enlevant l'intestin, on s'aperçoit que les ganglions lombaires et pelviens sont considérablement augmentés de volume (atteint d'une noisette à une amande)

et agglomérés au moyen d'un ganglion conjonctif dans le réticulum. En incisant un de ces ganglions, on constate qu'il est constitué par un tissu blanc, assez résistant, donnant peu de suc par raclage, mais présentant certains de la généralisation d'un tissu.

Au premier abord, on pourrait croire que cette tumeur siège au niveau du pétoncle, cet organe paraît volumineux et enveloppé de gros ganglions non envahis par le neoplasme. Ces ganglions sont particulièrement abondants ~~au niveau de la tête~~ ~~[illegible]~~ à la partie moyenne du pancréas, recouvrant la face antérieure à laquelle ils adhèrent et formant comme un plan épaisse de ganglions du volume d'une amande ou d'une noix aplatie sondé à leur aspect par un tissu conjonctif résistant, se continuant au niveau des bords supérieurs du pancréas avec un amas de ganglions pareilles atteignant, du volume d'une noisette à une grosse

réunis par du tissu conjonctif également résistant, mais assez lâche pour permettre d'imprimer des mouvements à chaque ganglion et de leur faire glisser légèrement leurs enveloppes.

Ce sont évidemment des altérations des glandes qui ont été prises pour des cancers primitifs ou secondaires du pancréas, quoique cet organe soit absolument sain.

En ouvrant la veine, on découvre une saillie notable arrondie résultant du bord postérieur du lobe ou la portion médiane moyenne sélérée en avant une saillie rougeâtre, arrondie, assez molle du volume d'une noisette à base sessile. à droite de cette ~~[illegible]~~ et tout à fait à côté d'elle se trouve une autre saillie nodulaire de même nature, mais seulement du volume d'un pois qui est enlevé avec une petite portion de la paroi veineuse pour en faire l'examen microscopique.

La paroi vésicale sur laquelle ces tissus sont implantés paraît indurée et faisant corps avec la prostate augmentée de volume. En incisant cet organe pour la faire porter on constate qu'il est augmenté de volume et de consistance, que son tissu est blanchâtre légèrement rosé, résistant, qu'il se continue avec la ~~bord~~ portion du trigone située à la surface interne de la vessie qui est constituée par le même tissu que la prostate hypertrophiée, que les fibres du trigone laissé en place se sont dissociées par la muqueuse adhérente à la prostate.

On remarque encore que il existe sur la portion latérale droite de la prostate un ganglion manifestement envahi par le néoplasme du volume d'une grosse noisette.

Les parois de la vessie sont amincies, dépourvues, mais la muqueuse ne paraît pas le siège d'une inflammation aiguë ou chronique.

Les uretères paraissent tout à fait sains, sans aucune trace d'inflammation ni origine ni ailleurs, sans dilatation ni rétrécissement ~~et~~ sur aucun point. Une sonde cannelée introduite dans les conduits par la vessie, pénètre facilement dans sa cavité ou son extrémité ou rein immédiatement en dehors du pen en avant du bord postérieur saillant du trigone.

Chacun uretère s'abouche normalement dans la vessie que rien n'est pas dilaté et ne présente aussi aucune altération inflammatoire appréciable aussi bien d'un côté que de l'autre.

Les reins paraissent plutôt un peu diminués de volume, pesant chacun 150 gr. Leur tissu paraît un peu plus ferme résistant que à l'état normal. Sur les coupes, on voit qu'ils sont criblés d'abcès miliaires

dont le volume varie d'une tête d'épingle à peine appréciable à un gros pois. On trouve des alvéoles sur toutes les régions mais ils paraissent un peu plus nombreux sur les pyramides surtout près de la base corticale. Tantôt les alvéoles sont très irréguliers, tantôt on les trouve groupés pour former des agglomérations de deux d'un demi-centaine ou un peu plus. Lorsqu'ils ont le volume d'un gros pois paraissent formés par la réunion plusieurs alvéoles plus petits. Enfin on en trouve gros comme des pois en tout partout de la périphérie des pyramides pour se diriger dans la substance corticale à environ gros comme des aussi ont aussi l'aspect de petits infarctus sanguins. La peau est partout jaune, homogène, peu épaisse.

La capsule est légèrement épaissie, un peu adhérente; laissant à nu une tinte blanchâtre. Au hasard on trouve gros comme alvéoles [illegible] quelques alvéoles sont très nombreux sur toute la coupe.

Nous considérons ces abcès viscéraux comme des abcès pyohémiques ayant probablement pour origine l'endocarde fémoral ou plutôt veineux ayant en outre les dimensions d'emploi de 5 fr en argent.

Nous ne pensons pas que l'argent injecté pyogène provienne de la veine, parce que l'examen post-mortem ne nous fait découvrir aucune lésion inflammatoire appréciable de la veine, des uretères et des reins; que du reste l'urine ne l'a présenté aucun signe de cystite depuis il n'a pas subi de cathétérisme.

Il n'existe aucune lésion des poumons, rien pour de congestion et d'atelectasie ancienne, rien trace de pneumonie ancienne pulmonaire, aux ganglions du médiastin ni aux plèvres.

Les ganglions sus-clav. cervicaux n'sont pas altérés.

Cœur de petit volume (260 gr.), rien alteration appréciable des valvules et des parois. Mais phénomènes d'athérome très nombreux sur l'aorte.

Rate 180 gr. rien de particulier.

Le foie pesait volumineux, pesant seul 1100 gr. présente une surface rugueuse une grande quantité de petites taches blanches ou jaunâtres arrondies de la grosseur d'une d'épingle à une lentille, ~~se~~ formant au-dessus.

En pratiquant des incisions, on voit que les taches correspondent à une tumeur jaunâtre située en très petite quantité sous la capsule.

L'examen microscopique de cette tumeur à l'état frais, montre qu'elle est composée de cellules hépatiques renfermant granulations ou de globules de graisse quantité un peu plus grande que sur les cellules prises dans la profondeur de l'organe où le tissu hépatique a son aspect habituel.

06

21e Leçon
22 Xbre 1894

Poids des organes :
Rein droit 150 gr.
Rate — 180 gr.
Foie — 1100 gr.
Cœur — 260 gr.
—

Epithéliome de la vessie avec généralisation ganglionnaire ~~ultérieure~~ ~~multiples~~ du rein.

H. 58 ans — S. de la Bouche

Observation. Malade 16 ans l'hôpital

autopsie le 18 Xbre 1894

Dans l'urine de l'estomac et en enlevant les organes ~~on trouve~~ on trouve les ganglions lombaires manifestement le siège de bruits morbides.

Rien du côté de l'intestin. Le pancréas ~~qui~~ paraît un peu plus volumineux et pourrait être considéré comme ~~atteint~~ d'une ~~maladie~~ primitif pour qui n'y regarderait pas de très près, ainsi qu'il est arrivé dans nombreuses observations qui ~~alors différaient de type~~ étaient jugées du ~~mauvais~~ Rein.

Et lorsque l'on a trouvé une grosse lésion primitive comme un cancer de l'estomac, on a considéré alors le pancréas comme envahi secondairement ce qui ~~est très rare~~ est rare, car le plus souvent ce ne sont que les ganglions qui sont envahis comme dans ce cas.

Dans ce cas, le nerf génito-urinaire et ses décourant de la vessie une tumeur volumineuse lieu d'élection.

aspect de cette tumeur lobulée, de nature C'est vraisemblable un épithéliome gaz unique. D'ici lieu de cette nature Généralisation sous forme des dépôts moins fréquente dans les ganglions en raison ~~des systèmes lymphatiques~~ nous qui ne trouvaient dans les parois vésicales que le fait de l'attention [illegible] qui peut être interprété par [illegible]

Dans ce cas envahissement à un degré très prononcé des ganglions qui se trouvent auprès du pancréas, point que nous n'avons pas trouvé signalé par les auteurs et qui doit attirer notre attention sur ce point soit dans les cas de cancer primitif bien manifeste de la vessie, soit dans les cas où dans celui-ci nous trouverons les ganglions pouvant affectés sans altération primitive évidente (d'autant que nous avons oublié d'avoir la vessie, [illegible] les testicules, les vésicules séminales, etc.)

Ces tumeurs se voient donc préférentiellement à des lésions vésicales, mais rares tout ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ vésicale comme nous avons eu l'occasion d'en observer un cas l'année dernière (tumeur en 1892 in

Le plus souvent il s'agit d'une uretero-pyelo-néphrite suppurée en raison de la réceptivité infectieuse créée dans la vessie par la présence du néoplasme surtout au bout d'un certain temps et après le cathétérisme. Et c'est aussi la cause de la mort du malade.

Les reins du ~~néphrétique~~ sont manifestement altérés. Le siège d'abord unilatéral dans dilatation des ~~bassinets~~, du bassinet et de l'uretère aussi bien d'un côté et l'autre.

Les auteurs décrivent bien deux formes de propagation de la cystite suppurée au rein l'une par dilatation du uretère et l'autre sans dilatation, mais avec inflammation manifeste du parois ~~[illegible]~~ et du bassinet

Dans ce cas pas de symptômes de rétention urinaire pendant la vie pas d'albumine, pas de cylindres. — Et au pas de lésions inflammatoires bien marq après la mort, soit dans la vessie, soit uniquement du côté de l'uretère et du bassinet d'un côté ou de l'autre. Et non calculeux chronique identique sur les deux reins.

D'autre part nous trouvons malade porteur d'un rétrécissement chez le sujet affaibli par une longue maladie et dont l'organe offre moins de résistance, donc sou à des altérations pyélonéphritiques intermittentes dans les reins. Il est donc assez rationnel de rapporter à cette cause certaines des altérations que nous observons dans ce cas et qui diffèrent totalement de celles qu'on observe habituellement chez les urinaires comme nous en avons un exemple cette semaine.

Les autres organes ne présentent rien de particulier comme chez les cancéreux (sauf quelques ganglions pseudo-leucémiques de cause inconnue). Cependant j'ai observé plusieurs cas de tumeurs cancéreuses chez les cancéreux, indépendamment de celle-ci. Et j'ai observé une lésion particulière de cause inconnue

08

— . Mme de la Bondet. — 364

Pommier de 58 a. { Entrée du 24 Mai 94 à X
{ Rentrée du 18 Août 94 mort 16 Déc. 94

— Pas d'antécédents héréditaires ou notés : père mort G.D. et un frère mort G.D.

— . Rien dans les antécédents personnels

— . Au mois de Janvier avant sa 1re entrée : perte d'appétit et des forces ; perte de 20 kilos

Toux fréquente, sans hémoptysie, et expectoration muqueuse.

— . Rien aux poumons

— . Cœur : pointe 5e espace, bruits normaux un peu sourd, un peu d'arythmie. P : 88 assez tendu.

Pas d'œdème

Pas d'albumine

1er Séjour : 18 Août 94. —

— . un peu d'albumine

— . Arythmie considérable ; un peu d'œdème des jambes.

11 Août. — Cœur régularisé par Digitale ; aucun souffle.

— Pâleur extrême, presque teint jaune-paille

— . Aucun trouble digestif ; rien à la

Palpation de l'abdomen :
Vives douleurs sur le sternum
Degout pour la viande
Eschare au niveau du sacrum
17 Dec. 94. Mort le matin

Maladie polykystique du foie et des reins

1re Leçon
8 Xbre 1894

Reins polykystiques
avec hypertrophie du Cœur
et Infarctus du Cœur ayant déterminé mort subite

F. 60 ans (s. de la Berrière) -
présentant les signes d'une maladie
de Bright (albumine non gros cœur et
bruit de galop) et succombant subitement

Autopsie le 8 Xbre 1894 -

Reins augmentés de volume et
remplis de Kystes du volume d'une
noisette à une noix en général
de manière à donner l'aspect
classique d'une grappe de
raisin, présentant des Kystes plus
petits à peine visibles sur 79 p. points
moins affectés. Dans tous
les Kystes liquide incolore et
parois lisses. Epaississement de la
capsule qui est adhérente.

Les deux reins ~~ont~~ subi la transformation kystique à peu près au même degré.

après les avoir incisés, on voit que la partie profonde reste également en grande partie kyste.

Malgré l'écoulement de beaucoup de liquide, les reins pèsent encore l'un 220 gr. et l'autre 250 gr.

Le cœur hypertrophié pèse 550 gr. On remarque à la face antéro-latérale droite du ventricule gauche une tache lie de vin foncée et en faisant une incision à ce niveau, on trouve immédiatement au dessous un tissu musculaire jaunâtre sur une petite étendue en largeur, mais atteignant en profondeur le muscle

papillaire du grand artère correspondant
étaient pour un pilier jaune contrastant
avec la coloration rouge normale des
autres piliers musculaires.

L'examen ~~Gratian~~ à l'état frais,
montre un tissu musculaire en
dégénérescence graisseuse bien manifeste
sur tous les points et donnant à un
moindre plus ou moins accusé la figure
représentée dans les livres où l'on voit
les granulations graisseuses plus ou moins
abondantes et volumineuses remplacer
les éléments musculaires dont les stries
longitudinales et transversales sont
désorganisées, partout avec diminution
du volume des faisceaux musculaires.

Entre autres, en arrachant la coronaire
antérieure, on trouve à deux ou trois cents
de son origine, au niveau de la partie supérieure du
ventricule gauche, une plaque athéromateuse

calcaire au niveau duquel existe un caillot fibrineux obturant complètement la lumière du vaisseau.

Quelques plaques jaunes d'athérome sur l'aorte.

Rien de particulier au niveau valvules du cœur.

29e Leçon (suite)
19 janv. 1895

H. Jean (s. de M. Allin)

Reins kystiques très volumineux pesant ensemble 24 kg 0 qui complètement transformés en kystes de petit et surtout de gros volume (depuis le kyste miliaire jusqu'au kyste du volume d'un œuf de poule) La plupart des kystes ont un volume qui varie de celui d'une noisette à celui d'un œuf de poule au moins. Ce n'est que sur les coupes qu'on rencontre en quelques points des traces du tissu rénal.

Aucun renseignement clinique ni aucun autre détail sur l'autopsie

47. Selon (suite) Reins et foie polykystiques
4 mars 1893 et probablement aussi poumons polykystiques

—

F. 70 ans (v. de M. Mollière).
Pièces présentées à la Soc. de sc. méd. par M. Sarrias.
Reins 240 et 260 gr.
Foie 1150 gr.
Rate — 50 gr.
Cœur — 200 gr.

—

Les lésions des reins offrent en certains points l'aspect du gros rein polykystique complet et en d'autres celui des petits kystes cribleux la substance du rein chez certains vieillards sous forme de petites taches blanches circulaires se détachant nettement sur la surface du rein.
On trouve aussi sur l'un des reins un gros kyste du volume d'un œuf de poule semblable aux kystes de ce genre que l'on rencontre aussi parfois chez certains vieillards seulement avec gros kystes séreux.

Il résulte que ce cas offre toutes les variétés de kystes séreux démontrant les transitions de l'une à l'autre de ces variétés. Il doit servir à démontrer que leur nature est la même et qu'il s'agit d'une tumeur de nature épithéliale.

Autopsie faite le 7 février 1908
à l'hospice d'Albigny.

Reins kystiques.
{ Adénome sur l'un d'eux.

Vieillard de 83 ans mort de pneumonie.

Les deux reins sont absolument criblés de kystes de volume très variable. Les uns sont gros comme des pois, et les plus volumineux atteignent les dimensions d'un œuf de poule.
En outre sur l'un d'eux on trouve un adénome typique, du volume d'une noisette, blanchâtre et lisse sur la coupe. (confié à M. de Kerdrel pour l'examen histologique).

34e Leçon (suite)
8 février 1908

Reins Kystiques

— H. Gbany, hospice d'Albigny (m. Roumet)

Il s'agit de Reins Kystiques trouvés chez un homme très âgé n'ayant présenté aucun trouble en rapport avec cet état des reins et ayant succombé à une bronchopneumonie d'après les renseignements qui nous ont été obligeamment communiqués.

Les auteurs admettent trois sortes de kystes des reins, indépendants des kystes hydatiques : 1° des kystes avec néphrite, 2° des kystes rénaux qui ne paraissent différer des précédents que parce qu'ils sont volumineux et peu nombreux, 3° des kystes confluents dominant chez les reins polykystiques ou à la maladie polykystique. Leur fréquence

il convient que, d'une manière exceptionnelle, les premiers peuvent présenter une certaine analogie avec les derniers et que tous ces kystes présentent en somme une constitution analogue, ~~tout~~ ~~en~~ ~~admettant~~ admettant des hypothèses diverses sur leur mode de production.

Il est certain que dans ce cas la multiplicité des kystes est analogue à celle qui caractérise la maladie kystique proprement dite. Toutefois chaque rein, outre de présenter l'aspect granulé d'une ~~grappe~~ grappe (voisin à) ~~grosseur~~ grosses grappes, offre des saillies kystiques de volume beaucoup plus irrégulières, car tandis que certains kystes ont le volume d'un œuf de poule, d'autres ont celui d'une noix ou d'un grain de raisin,

et de plus il reste une notable portion de substance rénale qui est criblée de petits kystes du volume d'une lentille et d'une fine tête d'épingle, et probablement encore de kystes plus petits qui ne seront appréciables qu'au microscope.

Ce n'est donc que par la persistance d'une portion de substance rénale bien appréciable que ce cas diffère du rein kystique proprement dit, c'est-à-dire par un degré un peu moins prononcé d'altération ou de néoproductions, qui ne saurait indiquer une lésion de nature différente.

Or, nous avons vu que dans tous ces cas le processus consiste dans une hyperplasie cellulaire avec formation de nouvelles cavités de volume très variable, tapissées par des cellules

cylindriques ou cuboïdes ou même plates dans les plus grandes cavités remplies d'un liquide aqueux, incolore.

L'hyperproduction cellulaire dans le tissu du rein qui persiste est analogue à celle du rein enflammé. C'est pourquoi les auteurs admettent une catégorie de kystes qui proviendraient de cette inflammation. Mais alors pourquoi admettre l'existence de kystes constitués de la même manière et qui seraient d'origine congénitale par suite d'une malformation? Lorsque des kystes sont quelquefois rencontrés chez des nouveau-nés, les auteurs se sont ingénié à trouver des malformations concomitantes chez le même sujet ou dans la même famille.

Il est d'abord si l'on a pu trouver parfois ces dernières lésions, c'est d'une manière exceptionnelle, tout comme on peut les rencontrer aussi d'autres affections.

Ensuite il est incontestable qu'il ne s'agit ni d'un arrêt de développement ni d'une malformation quelconque, mais bien d'une néoproduction pathologique, puisque dans tous les cas on trouve des lésions analogues tandis que l'on fait provenir ~~à tort~~ d'une malformation des lésions qui on ne peut distinguer de celles qui sont acquises au cours de l'existence.

Il ne suffit pas, en effet, de ~~trouver~~ constater, au moment de la naissance, des productions anormales pour en faire des malformations; car il faudrait alors placer parmi celles-ci des lésions syphilitiques et d'autres lésions manifestement acquises dans le sein maternel après la formation de l'organisme.

Or tout qu'on n'aura pas constaté ces lésions, quel'on dit être de malformation ou cours du 3me mois de la vie intra-utérine, on ne pourra pas les considérer comme telles, d'autant que l'on ne saurait les distinguer des altérations pathologiques qui peuvent survenir pendant la vie intra-utérine, mais après la formation de l'organisme et même de celles qui surviennent ~~après la naissance~~ à des âges divers.

C'est à tort que les auteurs ~~fondent~~ la sclérose concomitante des reins ~~comme~~ un argument pour ne pas considérer les kystes comme des tumeurs ; car on trouve communément de la sclérose non seulement avec ~~les kystes~~ les tumeurs bénignes, mais encore avec les tumeurs malignes. C'est que c'est le processus pathologique général

qu'on retrouve partout puisqu'il est ~~engendré dans~~ tous les cas pour la continuation du phénomène de production cellulaire, augmenté sous l'influence des troubles circulatoires, quelle que soit la nature des altérations pathologiques, toutes se produisant par le même mécanisme.

Du reste les hypothèses que l'on a faites pour expliquer la production du kyste par la rétention des produits de sécrétion provenant d'un obstacle, sont en contradiction absolue avec les faits expérimentaux prouvant non seulement qu'une obstruction d'un canal excréteur ne produit pas de kyste, mais encore qu'il détermine à l'atrophie des parties de l'organe sécréteur en dépendant.

Depuis comment admettre que la sécréton

peut déterminer une altération des canaux excréteurs aboutissant à leur dilatation ou atrophie, alors qu'on peut constater chez eux que l'état des reins ~~[illegible]~~ est à des degrés très variables sous le moindre kyste !

En définitive il est beaucoup plus rationnel de classer tous les kystes des reins parmi les adénomes, ~~[illegible]~~ ceux qui sont très nombreux comme dans ce cas, mais encore ~~tous~~ ceux qu'on rencontre isolément en petit nombre chez les vieillards. Du reste que les moindres prédilections, adénomes, fibromes, myomes, etc., constatés dans les mêmes circonstances doivent être aussi considérés comme des tumeurs bénignes ; les vieillards étant très sujets à toutes les lésions qui peuvent être de plus bénignes ~~[illegible]~~ pendant un grand nombre d'années ne se présentent qu'un développement insensible ou au contraire qui n'atteignent le développement beaucoup ne se présente ~~[illegible]~~ de se transformer en tumeur maligne.

Toutefois si la cause des tumeurs bénignes et malignes est inconnue, nous savons cependant que les sujets prédisposés à la tuberculose ou sous l'influence d'une infection, soit tuberculeuse, soit syphilitique, sont particulièrement sujets à présenter des tumeurs bénignes. Et nous avons insisté sur ce point, parce que il nous semble prouvé que les tumeurs bénignes ou moins sont susceptibles de se développer sous l'influence de la cause de ces maladies ou d'une cause analogue. Et pour ce qui concerne les kystes du rein chez les nouveau-nés, il nous semble, d'après quelques faits observés, qu'on doit peut-être incriminer la syphilis chez les ascendants. Mais il faudrait des observations précises pour résoudre cette question.

39 – H. 83 ans, s. d'albuminurie
4 février 1908 –
avec éthylisme. Pas d'examen d'urine.

Autopsie – Cicatrices du sommet – Foie un peu granuleux.

Les deux reins fortement sclérosés ressemblés de kystes de volume très variable depuis celui d'une petite tête d'épingle jusqu'à celui d'une mandarine.

En outre on trouve sur l'un des deux reins un adénome du volume d'une grosse noisette.

a – Rein avec kystes. – Il existe, en effet, de nombreux kystes à paroi sclereuse et une sclérose diffuse intense du tissu rénal avec artérites et oblitérations vasculaires incomplètes et complètes.

b – Adénome du rein. L'adénome entouré d'une coque fibreuse est adhérent au tissu rénal par une couche fibreuse épaisse correspondant à une sclérose plus accusée du rein à ce niveau de la surface superficielle de l'organe, une fois dépouillé.

La néoproduction est constituée par un assem
de cavités arrondies ou allongées, de petites dimensions (comme des alv
pulmonaires), remplies par des cellules volum
à protoplasma clair, hyalin et à noyau arr
bien coloré. Du contact des éléments cellulaires
résultent des traits simulant un réticulum
coloration foncée. Enfin on voit sur quelq
points des amas de globules sanguins qui
semblent correspondre à des vaisseaux de
nouvelle formation. Toutefois sur la
plupart de ces points la limitation des
amas globulaires n'est pas parfaite,
et il semble plutôt, au moins sur quelq
points, que les globules sanguins soient
infiltré dans les cavités de nouvelle
formation, dont on aperçoit quelques
portions de parois.

38 – F. 59 ans. Point dans le VIe espace, globuleuse.
13 février 1908
obscurité au sommet gauche avec toux.

Autopsie. Adénopathie trachéo-bronchique avec ulcération des bronches. Dilatations bronchiques à la partie supérieure du lobe inférieur gauche avec pneumonie autour, dilatation bronchique sclérose du lobe supérieur droit – Cœur hypertrophié. – Reins sans lésion apparente bien accentuée.

a – Les cavités considérées à l'œil nu comme se rapportant à des dilatations bronchiques ont leur paroi constituée par un tissu de granulation très vasculaire et très riche en cellules à bords irréguliers sans trace d'revêtement épithélial ni de tissu nécrosé. En dehors de ce tissu zone de sclérose, parois alvéolaires sclérosées et égale de tissu vasculaire avec des conduits cellulaires dans les alvéoles, mais sans trace de néoformations alvéolaires rudimentaires ni de tuberculose.

b. Sur les autres points le tissu pulmonaire est envahi et les parois alvéolaires et interlobulaires sont sclérosées d'une manière diffuse. La plèvre est aussi épaissie par sclérose avec hyperplasie des fibres élastiques.

c. Au sommet tissu xérosa anthracosique cicatriciel

avec épaississement des plèvres adhérentes à ce niveau, sclérose s'étendant sur les parois alvéolaires vivantes, ainsi que sur les cloisons interlobulaires, qui sont épaissies, et emphysème concomitant avec exsudat récent dans les alvéoles.

d. Bronche qui commence à être ulcérée, en dehors de son envahissement par un ganglion sclérosé tout autour qui a pénétré entre deux cartilages.

e. Tissu interstitiel du cœur est manifestement peu épaissi, d'aspect blanchâtre ou hyalin, surtout au niveau des points de bifurcation des vaisseaux les plus gros et sur plusieurs points à ce niveau, il semble que cet épaississement sclérosé tend à envahir les fibres musculaires vivantes à un très léger degré.

f. Sur les coupes du rein, on aperçoit bien un ou deux glomérules diminués de volume et devenus hyalins, mais sans sclérose interstitielle.

Il résulte de l'examen de ces pièces que les cavités du poumon n'étaient ni des dilatations bronchiques ordinaires ni des cavernes, mais bien des ulcérations sans caractère particulier autre que celui qui vient d'être indiqué. Il est fort possible que elles résultent de phénomènes inflammatoires consécutifs à la compression des bronches par les ganglions bronchiques ~~sclérosés~~ et indurés.

Amylose du foie et des reins

Foie cireux amyloïde

H. 32 ans (J. de M. Lépine) -
malade depuis le mois d'août dernier
il y a 2 mois dans un service de Chirurgie
en raison du volume du foie qui avait
tout d'abord fait penser à un abcès.
Sécrétion blanche. Renvoyé en
médecine avec le diagnostic de cancer
du foie. Mais en médecine on
inclinait plutôt pour un cirrhose
hypertrophique en raison de la
teinte subictérique des téguments et
de l'absence d'ascite. Le malade
prétendait ne pas boire, mais il
était cependant employé chez un
marchand de vins. On nous dit
aussi qu'il n'a pas eu la syphilis.
Depuis nous apprenons qu'il avait une diarrhée persistante
on avait constaté des traces d'albumine dans l'urine.
Pas de leucocytoïdème —

Autopsie le 6 février 1895. Le gd épiplo
adhérent au bord antérieur et surtout
la vésicule biliaire; mais il n'est pas
congestionné, ni épaissi. Quelques
anses entre le colon ascendant et le colon
transverse, le premier coude du colon se
voit la face inf. du foie et adhérant au
à la vésicule biliaire par des adhérences
assez lâches et paraissant plutôt anc

Foie volumineux et lourd, 32
à surface lisse, de coloration p
cireuse avec des marbrures brun
irrégulières et diminués, mais p
surtout le lobe gauche et au niveau
des bords. La face inf. du lobe
droit présente aussi un plus g
nombre de ces taches et sur la face su
il en est de même pour le lobe gauche où
elles sont beaucoup plus nombreuses

La surface du foie n'est pas absolument régulière, car on voit çà et là la surface formée de légères élevures de la largeur d'une pièce de 0,50 ou de 1 fr. tout à fait grossières, de manière à donner l'aspect plutôt de légères ondulations de la surface. au toucher ces parties sont manifestement un peu plus résistantes, quoique tout le tissu de l'organe soit assez résistant. C'est ainsi qu'en promenant le doigt sur toute la surface du foie, on remarque que ces parties ~~qui~~ sont légèrement rouillées avec la texture fibreuse donnent une sensation de ~~[illegible]~~ élasticité analogue à celle du caoutchouc. Il existe de même un certain point légèrement élevés ou non, de telle sorte qu'on a comme une sensation de nodules mal limités

et plus ou moins profondément situés dans la sécrétion d'un certain degré d'indu superficielle ou plus ou moins profondément situé.

Sur les coupes nombreuses que j'ai faites, on peut bien se rendre compte que les taches brunâtres apparaissent sur la surface externe correspondant à des de même aspect à reflet vitreux et très regardés au point de vue de leur forme et de leur étendue. Toutefois sur certaines coupes on peut se rendre compte que cette substance brunâtre se trouve située tout autour des branches de bifurcation donnant aussi aux 2/3 points de coupes l'aspect feuille de fougère. Cette substance brunâtre se trouve en amas de la grosseur d'un pois et plus rarement grosseur ou d'une noix, mais à contours irréguliers, isolés ou plus ou moins agglomérés en certains points. Ces parties brunâtres sont moins un peu plus résistantes et cassantes que les parties jaunes constituant la masse principale du foie. Son substance jaune a également un peu l'aspect vitreux. Son surface est également plane et résistante que ~~[illegible]~~ substance environnante. Quelques parties sont le siège de lésions des surfaces brunâtres ou jaunâtres ne sont en tête plutôt vue d'une coloration et d'un aspect uniforme permettant peut de distinguer les petits vaisseaux et les lacunes [illegible] filiaux malgré la résistance qui permet tout [illegible]

les gros vaisseaux contient du sang liquide qui s'écoule sur la coupe.

La capsule n'est pas manifestement épaissie.

En somme ce foie volumineux et dénifié ne paraît pas sclérosé et a tout à fait l'aspect du foie cirrhotique.

En examinant à l'état frais de petits fragments découpés, on voit au microscope que les cellules du foie hélas pour le pneumococcus ont un noyau bien coloré avec un protoplasme plus ou moins modifié. Celui-ci n'a pas l'aspect granuleux jaunâtre qu'on lui trouve à l'état normal, mais il paraît constitué par une substance uniformément claire à peine teintée en jaune et présentant un aspect vitreux. En outre autour dans les parties limitées une grande quantité de cellules mal colorées, à noyau avec vésicule ayant perdu la protoplasme dévoré à contours parfois mal limités; de sorte que ces dernières cellules paraissent en voie de dégénérescence sans qu'on puisse dire si elles ont déjà passé par l'état des autres cellules.

Sur une coupe fraîche, faite sur un pigment brunâtre, colorée au bleu de Lyon on voit que les cellules formant les traînées de cellules sont volumineuses et colorées violet rougeâtre. Il semble sur ces préparations que ce sont les cellules qui sont particulièrement atteintes.

La vésicule biliaire est volumineuse contient une bile assez épaisse et très colorée. Il existe ainsi de la bile dans les canaux biliaires perméables et dans l'intestin.

Sur les tranches des canaux se trouvent des ganglions de volume d'une noisette à une amande de coloration blanchâtre dans les trois composants auxquels ils adhèrent plus ou moins. Ces ganglions sont disposés ovalaires ou triangulaires et de consistance assez ferme. Sur coupes ils blanchâtres saillants et ont d'aspect translucide. On trouve encore ces ganglions de même aspect du volume d'un haricot près du point où le canal cholédoque atteint le duodénum. Enfin les ganglions de la petite courbure et de

bord supérieur du pancréas sont aussi augmentés de volume ou bien surpassent ceux du lobe du foie.

Rate volumineuse, violacée, à trim avec fenêtre, montrant sur les coupes des portions plus colorées (rouge violacé foncé) sous forme de taches irrégulières. En tout cas pas de nodules ou parties blanchâtres. Poids de la rate 450 gr.

Reins plutôt volumineux avec substance corticale un peu mince et blanchâtre, sans sclérose appréciable, pesant le rein droit 200 gr. et le rein gauche 220 gr. capsules surénales sans altération appréciable. Cœur plutôt volumineux de volume, sans altération appréciable, pesant 250 gr.

Poumons ~~contenant~~ partout de l'œdème ou un peu de congestion à la base droite et des adhérences pleurales aux lobes à la vieillesse.

Les ganglions du médiastin, du cou, du bassin et de l'aine n'offrent rien de particulier. Aucune lésion des organes génitaux, ni de la vessie. Corps thyroïde normal.

—

19 - 1898. Foie cardiaque avec endocardite et myocardite rhumatismales.

Au premier abord à un faible grossissement, on croit avoir devant soi un foie gras parce qu'on remarque des îlots de substance hépatique entourés d'un tissu beaucoup plus clair où l'on aperçoit plus de travées hépatiques. Mais à un plus fort grossissement, on se rend parfaitement compte, d'abord que les îlots de substance hépatique occupent au centre un espace porte (déjà constaté précédemment) offrant des travées dont les cellules ne présentent pas la moindre trace d'infiltration ou de dégénérescence graisseuse; ensuite les parties claires ~~tiennent~~ à une dilatation anormale des vaisseaux dont les globules rouges sont sortis probablement par le fait des manipulations, mais qui présentent cependant un aspect normal, de telle sorte que les canalicules hépatiques sont réduits à ce niveau à de petites travées plus ou moins comprimées, dilatation, bien sûr, sous la pression de graisse — dilatation des ~~capillaires~~ des vaisseaux hépatiques —

tiPhiase renale

Autopsie du 13 janvier 1906

- Hydronéphrose chez une morphinomane
- Inflammation légère des méninges avec adhérence à la substance cérébrale (régions occipitale surtout) expliquant des phénomènes nerveux terminaux attribués à des lésions syphilitiques de l'encéphale
- Rosiole syphilitique (?)
- absence de pituitaire s/hépatique malgré des calculs

Femme de 31 ans. Service de M. Bondet

Pour les renseignements cliniques, voir la feuille annexe.

Autopsie

Sujet amaigri. Nombreuses cicatrices blanches en légèrement pigmentées, des piqûres de morphine, surtout aux cuisses. Éruption légèrement papuleuse mais surtout squameuse, par petits taches gros comme des lentilles; ~~abondante~~ diffuse, mais abondante surtout à la face externe des cuisses et des bras; douteuse à la paume des mains.

Abdomen

La vésicule est distendue par un très grand nombre de petits calculs; cependant ses parois sont souples et il n'y a aucune adhérence à son niveau ni à la face inf. du foie. Par contre il en existe quelques unes au niveau du colon sigmoïdien, mais elles sont en relation avec des lésions des organes génitaux; en effet elles s'accentuent à mesure qu'on descend, et dans le petit bassin le péritoine est parsemé de bridles lamelleuses qui se accolent en particulier fortement les ovaires contre la paroi; de plus il est ce péritoine pelvien est assez fortement injecté de sang

Le côlon transverse est incurvé fortement en bas ; il forme un V dont le sommet est à peine à 1 travers de doigt au dessous du pubis. Le grand épiplon n'est pas rétracté, mais un peu déjeté à gauche avec une adhérence filamenteuse à la paroi au niveau de l'anse sigmoïde.

Reins (post) dit De volume normal mais très altéré ; le bassinet et les calices sont très fortement distendus, produisant un amincissement considérable de la substance rénale surtout au niveau du pôle supérieur où elle est réduite à une coque ~~transparente~~ translucide en un point. Ailleurs elle mesure quelques millimètres (en haut) au 1 centimètre (pôle inférieur) environ. L'uretère est sain, non distendu et perméable dans ses parties aussi bien qu'à son origine dans le bassinet. Cependant la poche rénale contenait un liquide séreux, clair, qui la distendait (ce liquide s'écoulait lorsqu'on a donné un coup de ciseau insolutaire sur l'organe en place). 140 gr.

Le rein gauche 160 gr. paraît absolument sain et sa capsule, d'épaisseur normale, se détache très bien. Bouteilles de surface et section présentent consistance.

Rate 140 gr. sans lésions apparentes, de même que le foie (1175 gr.), les capsules surrénales, le pancréas, l'estomac, et l'intestin (on a ouvert tout le gros intestin et 1 mètre environ de la fin de l'iléon).

Utérus normal. Sur la face post. du vagin petite saillie molle, rougeâtre, papillomateuse, grosse comme une lentille.

Les 2 ovaires, adhérents à la paroi et aux trompes sont gros (grosses noix). Ils sont fermes et à la coupe montrent un tissu blanchâtre crénelé de petits cavités assez dilatés contenant un

464 liquide clair, mais sans kystes translucides à la surface.
Rien à la vessie ni au rectum

Thorax

Rien au cœur qui est petit 190 gr.
Pas d'athérome.
aucune adhérence pleurale
Les poumons présentent un léger degré d'emphysème. A la base du poumon gauche, et en général dans toute la partie post. inf. de son lobe inf. il y a une certaine densification du parenchyme ; crépitation faible, cependant les fragments surnagent bien. Coloration rouge brun clair de la coupe avec petits îlots hémorrhagiques gros comme des noisettes, ~~plus~~ un peu + fermes, mais ne paraissant pas complètement hépatisés, et sans grains apparents.

Encéphale

Os du crâne épaissis et très durs.
Rien aux artères de la base.
La méninge molle est sèche et mince, adhérente un peu comme dans la paralysie générale ; elle entraîne un peu avec elle la partie superficielle de la substance corticale. Cette altération est diffuse sur les 2 hémisphères et peu marquée sauf sur tout le lobe occipital gauche où elle est très nette ; à ce niveau l'on la substance sous-jacente est un peu diminuée de consistance, mais il n'y a pas à proprement parler de ramollissement.
[Les préparations intemporanées montrent d'ailleurs l'absence de corpuscules de Gluge et au contraire une grande abondance de petites cellules particulièrement autour des vaisseaux]
aucune autre lésion

29e Leçon
17 janv. 1906

Hydronéphrose calculeuse du rein droit & morphinomanie.
Phénomènes urémiques avec lésions inflammatoires des méninges à la partie postérieure des deux hémisphères.
Eruption cutanée attribuée à une syphilis secondaire, mais qui pourrait bien être sous la dépendance des troubles de la sécrétion urinaire ~~occasionnés~~ par la morphinomanie et même par les injections mercurielles?

F. 31 ans, s. de M. Bouchet.

Histoire de la malade dont le début des accidents remonterait à 13 ans, à la suite d'une coucher douloureuse consécutive à un coliques néphrétiques du côté droit.
La malade aurait rendu de l'urine contenant du sang et des calculs.
C'est à cette occasion qu'elle s'est devenue morphinomane

Pas d'accidents primitifs appréciables, mais éruption généralisée récente considérée comme un accident secondaire.

Continuation de l'emploi de la morphine, puis troubles cérébraux consistant surtout en douleurs de tête, puis en subdélire et enfin, en dernier lieu, un phénomène convulsif suivi de coma.

D'après ces renseignements qui nous étaient donnés et avec lesquels on affirmait l'absence d'hémiplégie, nous avions pu dire que l'apoplexie devait pas être en cause et que il devait s'agir d'une ~~toute autre~~ affection.

Lorsque en enlevant le vieux droit il s'est écoulé un liquide clair, nous n'avons pas tardé de voir qu'on avait ouvert une hydrocéphalie de ce côté; et cette lésion nous a paru immédiatement donner la clef de tous les phénomènes observés.

En effet, on peut suivre l'enchaînement de tous les troubles en partant du moment où le malade a eu des coliques néphrétiques avec urines sanguinolentes et expulsion de calculs. Ceux-ci ont pu, comme il est souvent arrivé, être la cause de l'hydronéphrose quoiqu'bien sûr elle est restée ouverte. C'est sûr probable la raison pour laquelle nous n'avons pas trouvé de calculs dans les calices ou bassinet. Du reste il n'existe aucune dilatation de l'uretère, ni aucune cause de compression sur son trajet; de telle sorte qu'on ne peut rationnellement attribuer l'hydronéphrose à une autre cause sûre dubitative.

Ce rein droit, à l'état d'hydronéphrose est profondément altéré, comme on peut s'en rendre compte à l'œil nu. Et l'on voit

qu'en pareille circonstance l'examen microscopique permet de constater un sclérose interne qui annihile presque complètement la fonction de ce rein.

Quant à l'autre rein qui paraît sain, il est ordinairement le siège d'une sclérose plus ou moins prononcée qui diminue plus ou moins son fonctionnement; d'où la tendance, à un moment donné, à la production de troubles dits urémiques, résultant de l'élimination incomplète des déchets habituellement éliminés par la secrétion urinaire.

De plus l'habitude qu'a le malade avait prise de la morphinine à l'occasion de ses crises de coliques néphrétiques et de s'injecter de fortes doses de morphine

devait encore rendre plus difficile la secrétion urinaire ; puisque une de petites doses de morphine sont souvent capables de produire des accidents dans les néphrites, ainsi qu'a démontré Mr Bouchard.

Dans ces conditions les lésions rénales devaient bien plus rapidement donner lieu à des phénomènes urémiques qui se sont traduits d'abord par des douleurs de tête persistantes, puis du subdelirium par des convulsions et du coma.

Pour notre part nous n'avons jamais vu de troubles de ce genre sous l'influence de lésions syphilitiques de l'encéphale, nous n'avons, de suite, jamais rencontré les prétendues gommes de la substance cérébrale sous la forme

à tumeurs. Et lorsque on nous en a présenté au laboratoire, nous avons toujours pu constater qu'il s'agissait de nous ~~gommes~~ tuberculeuses parfaitement bien caractérisées. Nous avons vu des gommes de la boîte crânienne intéressant la dure-mère et le plus souvent une artérite ~~d'une~~ ou de plusieurs artères de la base donnant lieu à une oblitération incomplète ou complète avec production d'une nécrose, c'est-à-dire d'un ramollissement dans la partie du centre nerveux ~~correspondant~~ en rapport avec l'artère oblitérée. C'est pourquoi lorsque ~~nous~~ nous avons pu examiner le malade n'avait pas eu d'hémiplégie, nous avons dit immédiatement que les lésions cérébrales devaient être tout autre que syphilitiques.

et, du reste, sous une oblitération ni altération appréciable des artères de la base de l'encéphale qui ont été examinées avec beaucoup de soin.

Mais comme les lésions constatées sont en somme, celles d'une méningo-encéphalite, on peut se demander si elles ne seraient pas d'origine syphilitique, comme celle de la paralysie générale?

Or, le malade n'a présenté aucun signe de paralysie générale et les lésions ont été un siège bien différent. Du reste ces lésions peuvent parfaitement relever d'accidents dits méningés vus les lésions du rein expliquant suffisamment, surtout si l'on y ajoute l'action de la morphine et peut-être même des injections mercurielles, tous les médicaments actifs étant susceptibles de produire ~~indres~~

médicamenteux un effet toxique lorsqu'ils sont difficilement éliminés, comme c'était le cas chez cette malade.

Du reste nous n'avons constaté chez elle aucune lésion syphilitique, non seulement dans l'encéphale, mais encore dans les divers organes examinés très attentivement à ce point de vue.

Il résulte de ce fait qu'on peut même se demander si la malade a eu réellement la syphilis?

En effet, on n'a pas constaté d'accident primitif, ainsi qu'il arrive le plus souvent chez la femme où il passe généralement inaperçu, rendant le diagnostic de syphilis ne résulte que d'une petite lésion non caractéristique de la muqueuse buccale et de l'éruption cutanée assez douteuse.

Or, cette éruption n'était rien moins que caractéristique, n'existant pas à la plante des pieds, étant fort douteuse à la paume des mains et offrant, par contre, une confluence excessive sur les membres, surtout sur les membres inférieurs, coïncidant en de productions épidermiques, ~~[illegible]~~ si elles avaient été précédées de la formation de ~~[illegible]~~ vésicules. C'est ainsi que à la périphérie arrondie de chaque tache blanchâtre, il existe un liseré soulevé de l'épiderme détaché de l'autre épiderme contrôle. En outre la coloration particulière (chair de jambon ou cuivré) aux éruptions syphilitiques faite absolument défaut dans le cas. Enfin pas de ganglions notablement tuméfiés.

Il nous semble qu'il y a beaucoup plus de probabilités pour que cette éruption ait été produite par suite de la rétention

des **déchets habituels** qui n'ont pas pu être éliminés et peut-être aussi pour le fait du défaut d'élimination des médicaments. Et il y a ~~par~~ conséquent toute probabilité pour que la recherche des spirochètes soit négative.

On voit, par ce cas, combien on peut être entraîné à un diagnostic erroné, pour n'avoir pas tenu un compte suffisant des premiers accidents ~~qui~~ marqués le délire de l'affection et qui, en général, sont très importants à ne pas perdre de vue ~~pour~~ si l'on veut ~~faire~~ ~~préciser~~ le diagnostic, et pour avoir interprété comme lésion syphilitique de l'encéphale un ensemble symptomatique qui n'y rapporte jamais et qui devrait de suite attirer l'attention du côté des reins.

C'est ce qui il faut toujours faire lorsque on est en présence de troubles cérébraux et surtout de troubles qui ne se rapportent pas à une lésion déterminée, tellement il est fréquent de les observer avec des lésions rénales. En se rapprochant ces troubles des phénomènes relatés dans les antécédents pathologiques de la malade, on devait arriver facilement au diagnostic exact, tout au moins à celui de néphrite, car il devait y avoir de l'albumine dans l'urine qui n'a point été examinée ou dont l'observation ne fait pas mention pendant le dernier séjour de la malade à la clinique médicale prouve que l'attention n'avait point été attirée spécialement de ce côté. Il devait probablement exister de la polyurie intermittente.

Et dans ces conditions on comprend combien les injections de morphine sous les injections mercurielles étaient contre-indiquées et combien un traitement rationnel eut été préférable et surtout capable d'éloigner les accidents mortels.

Tuberculoses génito-urinaires

28e Leçon 440
18 février 1905

Autopsie du 17 février 1905

984

- Tuberculose pulmonaire avec productions fibreuses abondantes. Coeur presque pas augmenté de volume.
- Tuberculose caséeuse du rein droit, et des canaux uninaires de ce côté.
- Noyau caséeux du testicule gauche
- ulcérations intestinales d'apparence très scléreuses.

Homme de 42 ans. Service de M. Bondet

Renseignements cliniques

Deux frères morts de tuberculose, certaine au moins pour l'un d'eux, probable pour l'autre.

Alcoolisme. Pas de syphilis.

Aurait eu déjà il y a 10 ans une bronchite dans le genre de celle qui l'amène cette fois-ci à l'hôpital.

Ecoulement urétral dont il n'est pas complètement guéri; il souffre encore dit-il, du côté de la prostate. Pas d'autres renseignements génitaux ou urinaires.

Actuellement toux et dyspnée; sonorité mauvaise aux 2 sommets avec râles sous-crépitants et respiration soufflante. — Constipation —

Autopsie

Thorax

adhérences localisées aux deux sommets.

Poumon droit

On trouve au sommet du lobe supérieur des travées fibreuses qui dans ces emphysèmes, forment une coque épaisse au dessous de la plèvre, puis rayonnant de là dans le parenchyme. Çà et là sont semés quelques rodules caséeux très petits et fermes. Il existe en outre au moins deux petits cavernes centrales (noisettes) à parois lisses blanches. Les parties inf. de ce lobe sont encore sclérosées mais à un moindre degré. On retrouve des bandes de sclérose dans les parties sup. des lobes inf. et moyen, mêlées à quelques tubercules crus mais aussi avec tendance à la sclérose. Emphysème des parties non sclérosées, avec tacheté anthracosique.

Extérieurement le poumon avait l'aspect emphysémateux avec quelques rétractions profondes au sommet et un état mamelonné aux parties sup. des 3 lobes, résultant de la cavernisation de la sclérose interne et de l'emphysème.

Poumon gauche

Même aspect général : tuberculose avec prédominance fibreuses abondantes au sommet des deux lobes. Mais de ce côté il existe moins de sclérose dense, et davantage de tubercules clairs à anneaux fibreux, diffus dans tout le parenchyme. Emphysème.

Les deux poumons ensemble : 2180 g.

Coeur de volume à peu près normal, sans lésions 330 g.

Abdomen

Rein au foie 1470 g. rate 100 g.

Rein droit 235 g. augmenté de volume, capsule épaisse, blanchâtre, non pas adhérente. A la coupe se montre des caverns caséeux occupant les places des calices ; elles ont une cavité anfractueuse contenant des pus grumeleux et communiquant largement avec le bassinet ; leur paroi est formée par une masse caséeuse épaisse au moins de 1 centimètre, dans laquelle la perte de substance se creuse irrégulièrement. Autour le parenchyme est congestionné, puis entre les lésions il est pâle, assez résistant. Il existe quelques

points caséeux plus petits non désintégrés ne paraissant pas en rapport avec les calculs, plus près de la capsule.

Le bassinet a ses parois épaissies, blanchâtres à surface interne caséeuse; il est dilaté.

Même dilatation et épaississement du fragment de l'uretère contigu avec points paraissant ulcérés ~~sur~~ sur sa surface interne caséeuse.

Les parties inférieures de l'uretère, vi la vessie ni les vésicules vésicales ni la prostate n'ont pu être examinées.

Rein gauche 165 gr. ne présente aucune altération apparente; la surface de coupe est cependant un peu lisse et ferme. La capsule se détache bien. droit poyau caséeux

Testicule ~~gauche~~ ferme, gros comme un gros pois dans l'épididyme.

A ~~droite~~ gauche l'épididyme est un peu épaissi et fibreux; le ~~testicule~~ est flétri et présente de très légère travées scléreuses.

Intestin

A 0.50 centimètres au dessus du cæcum on trouve dans l'intestin grêle une ulcération, assez grande comme 50 centimes, à caractères

particulier. Le fond est piqueté de noir et d'aspect un peu rétracté, les bords ~~[illegible]~~ un demi-centimètre à largeur ~~[illegible]~~ blanchâtre, de consistance fibreuse, puis un léger bourrelet de muqueuse.

On retrouve un peu plus haut une autre ulcération ayant les mêmes caractères mais allongée transversalement, faisant tout le tour du canal, sur une largeur de 1 centim. environ.

On trouve encore 3 autres ulcérations à aspect analogue à la première, arrondies, mais à bords plus mous.

Toutes ces ulcérations ont des granulations blanches visibles sous la séreuse ; celle qui est transversale détermine un très léger degré de rétrécissement.

—

Autopsie du 24 novembre 1905

1011

8e Leçon
9 nov. 1905

- Tuberculose des voies génitales
- tuberculose pulmonaire ancienne très discrète.
- granulie pulmonaire, rénale, hépatique - inflammation considérable de l'épiploon
- anciens adhérences péritonéales sous-hépatiques.

Homme de 29 ans. Service de M. Lépine

Renseignements cliniques.

La mère et la sœur étaient mortes tuberculeuses.

alcoolique invétéré

Serait malade, à son dire, depuis 1 mois environ ; mais aurait déjà commencé à perdre ses forces encore 1 mois auparavant

A l'hôpital : fièvre élevée, subdélire, état typhoïde. Sérodiagnostic négatif. Le diagnostic était hésitant entre typhoïde et granulie ; il pencha pour cette dernière cependant le malade avait pris quelques bains.

Cyanose seulement tout à fait à la fin.

Autopsie.

Sujet encore vigoureux. Pas d'œdème. La partie antérieure du thorax est couverte de traces de pointes de feu.

A l'ouverture on note dans le ~~thorax~~ abdomen une vascularisation exagérée de toutes les anses intestinales

avec surcharge graisseuse de toutes les franges épiploïques qui paraissent fortement enflammées : elles sont fermes et comme rétractées. En outre le grand épiploon forme une masse compacte, ferme, grenue, rougeâtre s'étendant sous la forme d'un triangle à sommet arrondi depuis l'ombilic jusqu'au pubis.

Cette masse est aussi épaisse que large et adhère légèrement au péritoine pariétal qui est très rouge à ce niveau. Par sa partie inférieure elle plonge dans le petit bassin en s'agglutinant à tous les organes. Elle envoie un prolongement long de 5 centim. au moins dans le trajet inguinal gauche en adhérant légèrement à la paroi du sac. A la coupe la masse épiploïque montre un tissu ferme, rougeâtre, les lobules adipeux sont inclus dans une gangue assez résistante et infiltrée de sang mais sans formations particulières apparentes, tuberculeuses ou autre.

Il y a en outre quelques petits amas fibrineux dans les parties latérales déclives en particulier au niveau du cæcum, la paroi abdominale est très vascularisée à ce niveau.

Il existe enfin de nombreuses traces d'inflammation ancienne : la vésicule biliaire est a des parois épaissies, très blanches ; adhérences lamelleuses de la vésicule et de la face inf. du lobe droit

au colon ; brides accolant le colon ascendant et le cæcum contre la paroi abdominale ; appendice sain. Rien dans la région splénique.

La dissection des organes du petit bassin qui sont agglutinés mais encore isolables montre :

vésicules séminales fortement tuméfiées et tendues, grosses comme de gros saucissons. A la coupe elles sont transformées en masses caséeuses dessinant encore les petits diverticules normaux, mais déjà nécrosés et suppurés en la plupart des points. Les lésions sont à peu près équivalentes à droite et à gauche.

Le verumontanum est gros comme un pois et légèrement ulcéré à sa surface.

Rien à la vessie sauf un petit diverticule en hernie à la partie postéro-supérieure. L'urine était claire mais au moment de l'extraction des organes il s'est écoulé tout d'abord par l'urètre, avant l'urine claire, un petit peu de pus provenant sans doute de la région du verumontanum ou des conduits spermatiques.

Epididyme droit contient un noyau caséeux en voie de fonte, gros comme un pois. On avait pu le sentir par la palpation avant d'ouvrir le scrotum. A gauche l'épididyme n'est pas caséeux, mais ses tubes sont augmentés de volume

et blanchâtres.

Le rectum est accolé aux autres organes mais ne présente d'autres lésions qu'une vascularisation intense très remarquable.

A noter que le gd épiploon avec les caractères ci dessus signalés s'infiltrait profondément entre le rectum et la vessie, en leur adhérent, ~~pa~~ jusqu'au contact de la partie supérieure des vésicules séminales. Il adhérait aussi, en certains points aux anses grêles.

— Coupe idéale verticale indiquant la situation et le volume du grand épiploon. Les parties adhérentes sont marquées d'un trait.

Foie volumineux (2.295 g.) un peu gras. Très nombreux petits tubercules (petites têtes d'épingle) bien reconnaissables malgré la ligature des surfaces de section.

Reins très volumineux et fermes (220 et 240 g.) à la coupe nombreux petits tubercules gros comme de petites têtes d'épingle ou même plus petits, visibles seulement par un examen prolongé. La capsule se détache difficilement mais sans enlever de fragments de la substance corticale, qui est lisse au dessous.

Les capsules surrénales n'ont pas été examinées mais n'attirèrent pas l'attention. Rien au pancréas

Rien d'apparent à la rate - 160 gr.

L'intestin ne présente aucune lésion des amas lymphoïdes ; les plaques de Peyer sont minces, difficilement visibles ; il existe à peine 4 à 5 petits follicules peu saillants un peu avant la valvule. mais dans tous les points qui étaient au contact avec le paquet épiploïque la vascularisation est intense.

Rien à l'estomac

Aucun ganglion tuberculeux.

Thorax

Du côté droit il n'y a qu'une adhérence insignifiante vers le bord antérieur du lobe inférieur. Au contraire, à gauche existe une symphyse lamelleuse presque complète, respectant seulement la calotte du sommet qui est absolument libre.

Poumon gauche 770 gr. Volumineux, à bord antérieur emphysémateux. Le parenchyme tout entier est semé de granulations fines, grosses comme des petites têtes d'épingle, assez confluentes pour former même par endroit de petites agglomérations, sans toutefois que soient figurées des îlots de pneumonie lobulaire. La confluence est plus marquée dans les lobe supérieurs

mais les granulations sont encore très serrées dans tous les autres points du parenchyme. Le centre des tubercules miliaires est blanc, déjà mêlé un peu jaune sur certains et il semble bien qu'il y ait de la sclérose autour. En tout cas il existe manifestement de la sclérose diffuse légère, visible en raclant la surface avec le scalpel, et plus intense aux sommets.

Un centre existe en plein parenchyme du lobe inférieur un petit nodule (pois) caséeux-crayeux, ferme, non crétacé encore, entouré d'une coque fibreuse. Pas d'autre cicatrice.

Poumon droit 760 g. présente le même aspect volumineux, et à la coupe, les mêmes lésions de granulie et de sclérose diffuse. Les tubercules miliaires sont peut-être un peu moins abondants, mais la différence est légère; de même la sclérose est moins facilement perceptible. Pas de cicatrices.

Les ganglions trachéobronchiques sont petits anthracosiques. Ils n'en trouvent aucun de caséeux.

Coeur 335 g. augmenté principalement de volume, mais avec une prédominance plus marquée de l'hypertrophie des cavités droites. Aucune lésion valvulaire ni du myocarde. Pas d'athérome coronaire.

Il existait une petite plaque laiteuse au dessus de la pointe au lieu d'élection

et une très petite quantité de liquide dans la séreuse, mais pas de péricardite

Encéphale

Epaississement diffus et blanc nacré de la méninge molle, généralisé mais plus marqué dans les deux régions pariétales.

Pas d'autre altérations et en particulier aucune lésion récente appréciable.

—

8e Leçon — Tuberculose granulique
25 nov. 1905 — des poumons, du foie, des reins,
— du gd épiploon? avec des lésions tuberculo-caséeuses
des vésicules séminales et de l'épididyme droit.

1011

Autopsie le 24 nov. 1905. H. 29 ans, s. de Mr. Lépine.

Lorsque le malade est entré récemment à l'H.D., il se disait malade depuis un mois, et, depuis encore un mois auparavant il aurait commencé à perdre l'appétit et ses forces. Enfin on sait qu'il s'adonnait aux boissons alcooliques.

Sa mère et une tante seraient mortes de tuberculose pulmonaire.

Le sujet paraît bien constitué et non amaigri, présentant seulement des points de feu sur la partie antérieure du thorax à chaque côté.

A l'ouverture des cavités thoracique et abdominale, on constate seulement une adhérence pleurale vers le lobe supérieur du poumon droit,

tandis que du côté gauche il existe une synéchie pleurale presque complète.

Le péricarde ouvert il s'écoule seulement quelques cuillérées d'liquide clair sans trace d'exudat fibrineux. Et on trouve seulement sur le cœur qui paraît assez volumineux une tache laiteuse un peu au dessus de la pointe du ventricule gauche.

Le foie paraît volumineux et la vésicule biliaire a une paroi blanc jaunâtre un peu épaissie et adhérente au colon transverse.

Les anses intestinales sont anormalement distendues et plus vasculaires que à l'état normal. En outre on remarque dans les parties déclives latérales quelques exudats fibrineux récents, indices d'une pneumonie péritonitique dont on trouve l'origine un peu plus haut dans la partie médiane et antérieure par la présence à ce niveau de

grand épiploon épaissi au point de forme comme un gros gâteau ~~auquel adhérait~~ la paroi abdominale dans sa portion sus-pubienne.

On voit, en effet, cette masse d'aspect conique dont l'extrémité sup. ~~[illegible]~~ un peu au dessous de l'ombilic tandis que la base paraissant reposer sur le pubis se confond avec les organes contenus dans le petit bassin.

D'après les renseignements qui nous étaient donnés sur le moment, le diagnostic porté pendant la vie était celui de granulie tuberculeuse du poumon. Toutefois comme le malade ne s'avait eu de la cyanose que dans les derniers jours et qu'il avait présenté précédemment un état typhique avec de subdelirium, on pouvait aussi songer à une fièvre typhoïde.

mais comme en même temps nous percevions un petit nodule induré dans l'épididyme droit dont l'incision montrait que il s'agissait d'une production caséeuse ramollie à sa centre, nous pûmes immédiatement affirmer, non seulement que il s'agissait bien d'une tuberculose, mais aussi que les vésicules séminales devaient être également affectées puisque nous les avons toujours trouvées atteintes en même temps que l'épididyme.

On procéda donc à l'éviscération générale en ayant soin de prendre la vessie avec la prostate et les vésicules séminales, ~~de~~ manière à bien se rendre compte de l'état de tous les organes à l'examen desquels il fut procédé ultérieurement.

Les deux poumons ne sont pas très volumineux, surtout le gauche presque entièrement recouvert par les plèvres adhérentes (surfaces). L'un et l'autre incisés de haut en bas montrent que ils sont criblés de fines granulations tuberculeuses partout confluentes dans un tissu encore assez souple et aéré. Ces granulations sont toutes blanchâtres surtout celles des parties supérieures qui sont un peu plus volumineuses que celles de la base.

On remarque en outre du côté gauche, à ~~deux~~ travers de doigt au dessous du sommet et en arrière ~~dans~~ contiguë de la surface postérieure, un nodule de volume d'un gros pois constitué par une substance analogue à du mastic entouré d'une membrane rétractée. De plus le tissu pulmonaire est manifestement le siège d'une sclérose

diffusément prononcé dans ce lobe et qui est moins accusé dans le lobe inférieur.

Au examen attentif, on voit aussi qu'il existe de la sclérose diffuse dans le poumon droit, mais à un bien moindre degré qu'à gauche.

On a vu aussi la preuve que le malade a dû avoir autrefois une lésion tuberculeuse localisée dans le lobe sup. du poumon g. et qui a parfaitement guéri, puisqu'il a eu de la sclérose diffuse consécutive, tous phénomènes qui ont dû être considérés pendant la vie comme de bronchite plus ou moins persistante, ainsi que cela arrive si communément (S. g. 770 gr. S. d. 760 gr.).

+ Quelques ganglions bronchiques volumineux et sclérosés sur le hile du poumon surtout à g. se rapportent à ces anciennes lésions.

+ Du côté droit, le poumon dit. m. à. calculeux, surtout le lobe supérieur, qui est très sclérosé et très infiltré. Le lobe inférieur est

On trouve aussi un gros ganglion noirâtre sous la bifurcation de la trachée dans lequel deux stries se détachent ayant points blancs se rapportant à des tubercules récents.

Le cœur examiné attentivement ne nous a rien offert de particulier, si ce n'est un peu d'augmentation de volume et de poids (339 gr.).

Le foie qui est volumineux et manifeste graisseux, présente sur les surfaces de section des points blanchâtres arrondis qui semblent bien se rapporter à des tubercules, mais qui sont difficiles à distinguer des points de même couleur et du même aspect se rapportant aux lobules glandulaires. Sentiez vous avons-nous fait cette confusion? Ce qui il y a de positif, c'est que sur les coupes du foie durci avec l'a. carbonique, nous trouvons bien des tubercules en très grand nombre, mais tellement petits qu'ils ne devaient pas être perceptibles

à l'œil nu rien ne nous ~~n'a~~ découvrons aucun se rapportant à ceux que nous avons ~~eus~~ vus ainsi. De nouveaux examens seront faits après durcissement à l'alcool. (Foie - 2299 gr.).

Les reins sont volumineux et, sur les surfaces de section, nous apercevons en quelques points blanchâtres parfaitement ronds, qui semblent, de points de même nature à peine perceptibles en grand nombre. Or, sur les préparations provenant de coupes sur un frag. durci par l'a. carbonique, nous ne pouvons découvrir aucun tubercule manifeste, ni même aucun trait bien évident d'inflammation. Déjà nous avons eu plusieurs fois l'occasion de croire à la présence de tubercules du rein dont l'examen microscopique avait été aussi négatif. Toutefois nous ne conclurons dans ce cas qu'après l'examen fait sur des frag. durcis à l'alcool. (Reins: g. 240 gr. d. 220 gr.).

La rate est petite sans tubercules appréciables à l'œil nu. (160 gr.).

La masse formée par le grand épiploon épaissi offre un aspect granuleux, jaune rougeâtre ou rouge, suivant les points et d'une très grande densité, rappelant un peu l'aspect du pancréas mais à grains plus gros et plus accusés. Elle a 6 à 8 cent. d'épaisseur et sa base se confond avec les organes contenus dans le petit bassin avec lesquels elle adhère intimement, en se prolongeant surtout sur les parties latérales.

En incisant cette masse, on voit qu'elle offre partout bien aspect granuleux et dense, mais avec du rouge infiltré en quelques points dans son tissu. Il est très manifeste à l'œil nu qu'elle est constituée par du tissu granuleux qui forme les grains jaunes saillants

avec une charpente fibreuse très dense dans laquelle se trouvent de nombreux vaisseaux et des extravasations sanguines.

L'examen microscopique fait sur les coupes après durcissement à l'ac. carbonique montre bien cette constitution par un tissu graisseux très abondant avec une charpente fibreuse à gros travées sur lesquelles sont branchés des travées plus petites, et des vaisseaux en grande quantité autour desquels se trouve toujours un manchon épais de petites cellules dont les noyaux sont bien colorés par le carmin. Beaucoup de ces cellules sont régulièrement réparties dans tout le tissu sauf jusque vers les résidus adipeux sous-cutanés. Enfin on trouve de grandes cavités remplies d'un coagulat fibrineux et cellulaires qui paraissent correspondre à des vaisseaux lymphatiques ?

C'est aussi en vain que nous avons cherché des follicules tuberculeux bien caractérisés. Nous avons bien trouvé quelques amas cellulaires arrondis, mais qui peuvent aussi bien se rapporter à des cellules accompagnant des vaisseaux qui pourraient ne pas apparaître sur certains coupes obliques. Mais pour être fixé sur la présence de tubercules ou non dans cette masse du grand épiploon enflammé, nous attendrons des examens histologiques faits dans de meilleures conditions.

En tout cas il est à remarquer que tout le gd épiploon n'est pas aussi transformé et que persiste la partie sup. sur 3 ou 4 travers de doigt de hauteur où il est parfaitement souple, mais moins épaissi par une surcharge graisseuse générale,

également manifeste sur le fromage épiploïque du gros intestin et sur le mésentère.

On ne peut donc pas dire que l'augmentation de volume et de densité de la partie inférieure est due à une simple surcharge graisseuse. Et, du reste, l'examen prouve qu'il y a à l'origine une inflammation interne.

Mais dans d'autres cas le gd épiploon est enflammé, mais avec des productions tuberculeuses sans produire un épaississement notable ou avec un faible épaississement.

Il est vrai que dans ce cas toutes les conditions semblent avoir favorisé le développement de cette lésion : d'abord l'inflammation d'organes contenus dans l'excavation pelvienne auprès desquels ~~[illegible]~~ se contient, ~~le gd~~ épiploon interne adhère, puis sous l'influence de ~~la parasitisme~~ et du

développement de l'épiploon, la continuation de l'inflammation se propageant d'autant plus de bas en haut que le développement avait fini par faire corps avec tous les organes intimement adhérents entre eux et au pourtour de l'excavation.

Or, comme nous avons en l'occasion de l'observer dans d'autres circonstances, une inflammation persistante du voisinage sans rétrocession d'un tissu spécial a toujours de la tendance à engendrer l'hyperplasie de ce tissu qui, dans ce cas, a été d'autant plus prononcé que le sujet avait portant, et notamment dans tout son tissu cellulo-adipeux sous-péritonéal, une surcharge graisseuse bien acquise, certainement sous l'influence de son alcoolisme. C'est ainsi que nous pouvons expliquer la production de cette masse surtout prononcée

immédiat, au dessus du pubis pour aller ensuite en diminuant de plus en plus jusqu'au voisinage de l'ombilic où le ~~[illegible]~~ épiploon était revenu à son état normal sans inflammation. Et cela, qu'il y ait eu une inflammation simple ou avec production de tubercules.

Sur la partie latérale gauche la masse épiploïque offrait un prolongement du volume de l'index et de cinq cent. au moins de longueur, qui avait été pris tout d'abord pour un varicocèle oblitéré et qui a été reconnu pour un prolongement de cette tumeur dans le canal inguinal gauche.

Il est vraisemblable que sous l'influence de la présence de cette tumeur enflammée la paroi a dû subir une inflammation qui lui a permis de céder devant la pression de la masse; ~~[illegible]~~ tout qu'elle a pu venir s'introduire dans le canal inguinal de ce côté.

après avoir séparé avec beaucoup de difficulté le rectum de la vessie, nous ouvrons celle-ci sur sa face antérieure en pénétrant par le canal de l'urètre préalablement sectionné au niveau de la portion membraneuse. Mais auparavant, en guettant attentivement, nous avons vu sortir du canal, avec de l'urine claire, un peu de mucosité purulente. Car le canal de la vessie ouvert à leur portée supérieure, nous voyons les mêmes produits purulents sur le verumontanum plus volumineux que de coutume et légèrement enflammé. Il est probable que ces mucosités purulentes ont été apportées à cet endroit par le canal éjaculateur.

En tout cas nous voyons immédiatement que les vésicules seminales sont volumineuses (du volume d'un doigt) bosselées et indurées. Une incision faite au chorion à leur portée médiane donne le

sans doute longtemps montrer qu'elles sont le siège de lésions caséeuses qui occupent les parois de leurs cavités lorsqu'elles sont remplies d'un liquide purififorme épais, tout cela autour d'un intestin intact lésion.

Ces mêmes lésions existent de chaque côté, mais avec prédominance du côté droit où l'une des cavités paraît agrandie par ulcération et renfermait une plus grande quantité de magma caséeux.

C'est de ce côté aussi que se trouve l'épididyme où nous avons déjà constaté la présence d'un noyau caséeux du volume d'une noisette, sans lésions du testicule du même côté.

Mais à gauche, quoique le testicule soit également sain et que l'épididyme ne renferme pas de nodules caséeux, on remarque cependant quelques tubes efondrés dans lesquels on voit quelques bacilles de Koch à

l'état habituel dans lequel ils sont probablement déjà le siège d'un commencement d'inflammation.

Car dans ces organes génitaux, on ne sont pas des tubercules que l'on aperçoit, mais bien une inflammation caséeuse canaliculaire, ainsi que nous avons eu souvent l'occasion de constater, et qui est analogue à l'infl. caséeuse du poumon, les follicules tuberculeux se produisant seulement secondairement dans le tissu interstitiel, c'est-à-dire, comme dans les poumons, au voisinage des productions caséeuses.

La veine de la prostate étant saine on ne saurait faire provenir de ces organes, les bacilles tuberculeux des vésicules séminales et de l'épididyme. Et puis il est bien irrationnel de faire développer les lésions par un courant rétrograde du liquide dans ces organes. Cependant les vésicules ont certainement été plus avant l'épididyme, comme nous croyons que c'est la règle.

mais nous avons plutôt de la tendance à incriminer la circulation de ce transport de germes infectieux, débutant sur un point des organes génitaux et surtout au niveau des vésicules séminales pour se répandre sur les autres parties, avec d'autant plus d'intensité que l'affection a duré plus longtemps ; fort peu dans ce cas en raison du peu de durée de la maladie.

Quant à l'infection granulique qui l'a abrégée, elle a certainement son origine dans les vésicules séminales dont les lésions tuberculeuses déterminent fréquemment cette infection parce qu'elles constituent à proximité parfaite des vaisseaux très propices à une infection générale.

C'est un point qui ne laisse de doute sur le diagnostic d'une granulie généralisée, quand

quand on n'a pas de signes se rapportant manifestement à une lésion caséeuse qui en est ~~évidemment~~ l'origine, il ne faut pas manquer, non seulement de palper les testicules, surtout les épididymes, mais encore de pratiquer le toucher rectal pour s'assurer de l'état de la prostate et des vésicules séminales. Dans ces, si ce toucher est pratiqué, on n'aurait pas conservé le moindre doute.

Les lésions caséeuses se produisent tout d'abord au niveau des organes génitaux, ou les considère comme des tuberculoses locales infirmant la loi de Cornil. Or, il n'en est rien dans le cas, et probablement dans beaucoup d'autres, où les lésions anciennes que nous avons constatées indiquent certainement de la tuberculose pulmonaire antérieure qui a guéri, mais beaucoup d'observateurs n'attachent pas d'importance et négligent de noter.

Nous avons encore à signaler sur notre sujet un épaississement blanchâtre des méninges, au niveau des deux hémisphères cérébraux et qui doit être rapporté à une inflammation chronique sous l'influence de l'alcoolisme. Mais malgré ces lésions certaines anciennes, il n'y avait pas trace de méningite tuberculeuse. Et, du reste, les méninges de la base ne paraissaient pas atteintes.

Il est à remarquer enfin que cet alcoolisme a dû favoriser l'éclosion de la tuberculose surtout chez un sujet prédisposé par ses antécédents héréditaires. C'est dans les cas de ce genre que l'on observe les tuberculoses dites aiguës non seulement sous la forme granulique, mais aussi sous la forme pneumonique dont nous allons maintenant montrer un spécimen.

Rein caséeux. Cœur hypertrophié
17 X bre 1900 avec péricardite tuberculeuse.

Rein volumineux présentant sur la coupe plusieurs cavités, du volume d'une amande à une grosse noix, remplies d'une matière caséeuse, au sein d'un substratum rénale ferme et pâle parsemé partout sclérosé. On y voit aussi nombreuses granulations blanc jaunâtre du volume d'une tête d'épingle.

Capsule très épaissie et très adhérente avec son atrophie adipeuse manifeste sclérosée.

L'autre rein est peu augmenté de volume. ~~Il est~~ plutôt un peu pâle et assez ferme, très certainement plus ou moins sclérosé.

Cœur hypertrophié, pesant 500 gr., sans la moindre trace d'altération ancienne - sans altération appréciable du muscle, mais péricardite récente, probablement avec des granulations dans l'exsudat.

Hypertrophie de la prostate

568
39e Leçon (suite)
17 février 1900

649 1

Adénomyomes de la prostate ayant occasionné une rétention urinaire, une hypertrophie des muscles de la vessie sous la forme de vessie à colonnes, une double hydronéphrose avec sclérose rénale et de l'hypertrophie du cœur. — Goître concomitant. — Adénopathie trachéo-bronchique ancienne. Gros calculs dans la vésicule biliaire. Bruits de sclérose diffuse dans les poumons avec emphysème et congestion récente.

—

H. 76 ans, s. de M. Gonnerand où il est entré le 6 février et mort le 16 février 1900.

Au début le malade n'avait attiré l'attention que du côté de ses voies respiratoires. Mais ce n'est qu'en dernier lieu qu'on s'est aperçu des troubles considérables de ses voies urinaires.

Renseignements cliniques recueillis sur la feuille d'obs. qui nous est obligeamment communiquée par le chef du service.

Rien à noter sur les antécédents héréditaires et personnels.

Le malade entre à l'H. D. parce que il tousse depuis un mois environ. Un [illegible] d'hémoptysie.

Bonne santé habituelle. Il y a 6 mois le malade aurait fait une chute depuis il urinerait mal. Il aurait eu autrefois une blennorrhagie dont aurait été obligé de lit vers 1857.

à l'entrée toux et crachats muco-purulents. T. 38,5.

Thorax non globuleux. Sonorité partout. Râles à la base droite. Resp. très atténuée au sommet droit, en arrière. Sibilances et ronchus diminués partout. Rien en avant comme dans le 5e esp. légèrement en dehors. Pas de gargouillement ni d'anfractuosité. Pas d'œdème des jambes.

7 fév. Hémoptysie assez abondante de sang rouge mélangé à l'expectoration. Veines du cou dilatées. Pas de gonflement.

Il tousse comme un vieux catarrheux et quitte cependant en toussant que depuis 1 mois 1/2. Pas de bruits de Roch.

Dilatation veineuse au niveau de l'aisselle et des mamelles de la paroi thoracique antérieure du côté droit. Un petit ganglion axillaire à droite.

9. Rien encore légère hémoptysie. Le malade continue à perdre ses urines. Il semble qu'existe le bord sup. de la rate à 3 travers de doigt au dessus du pubis.

12. Mêmes état général. Le malade crache du pus.

15. Depuis hier soir, râles trachéaux, coma. Le malade meurt par asphyxie. On sonde le malade et on retire un demi-litre d'urine purulente, à odeur légèrement ammoniacale.

Autopsie le 17 février 1900. On constate un peu d'œdème du membre du côté gauche et surtout du membre inf. On nous dit alors que le malade se tenait couché de ce côté pendant son séjour à l'hôpital.

L'ex. des organes est fait ~~dès qu'il~~ dès qu'il est été enlevé avant notre arrivée.

Le rein est volumineux, manifestant d'une plus grande capacité que l'état normal et avec une augmentation d'épaisseur des parois.

Aussitôt qu'elle est ouverte, on constate au devant de l'ouverture de l'urètre la présence d'une tumeur globuleuse de coloration rosée, blanchâtre, en forme de bottant de cloche, dont l'extrémité saillante, arrondie, a le volume du pouce et qui ~~se~~ ~~est~~ suite en se rétrécissant un peu pour s'insérer sur la lèvre gauche de la prostate, avec trois centimètres environ de longueur.

Lorsque la veine est en place, on ne voit que l'extrémité arrondie de la tumeur obliterant l'orifice urétral. Mais après avoir incisé cet orifice et écarté les parties latérales, on voit bien que la tumeur appartient au lobe gauche de la prostate sur lequel elle repose et avec lequel elle se continue par son pédicule.

Sur ce pédicule même, près de son point d'implantation, on voit une petite tumeur sous-muqueuse du volume d'un gros pois, mais paraissant lobulée et roulant peu sous le doigt. Deux autres petites tumeurs semblables à des petits pois, également lobulées et fermes, ~~rouges~~ mobiles sous le doigt, se remarquent sur le lobe gauche de la prostate à proximité du point d'implantation de la plus grosse tumeur. Ces petites tumeurs donnent tout à fait l'aspect des petites tumeurs utérines.

On constate aussi que les lobes latéraux de la prostate sont très volumineux, sans faire de saillie bien notable. Mais ils sont larges et épais. La portion prostatique de l'urèthre est notablement allongée.

Une section faite sur ces lobes montre qu'ils sont constitués par un tissu blanchâtre formé par ~~l'agglomération~~ une agglomération d'îlots arrondis, au centre desquels on voit quelques petites cavités.

La tunique est constituée par une membrane; mais la tunique est un peu moins dense, les cavités étant plus nombreuses et plus grandes. Tout à fait à l'extrémité on en trouve plusieurs qui sont remplies d'un liquide uniforme. Mais d'une manière générale la substance absolument résistante disposée en îlots arrondis, qui constitue la tunique des lobes prostatiques, semble tout à fait entière de nature

Son venin offre une hypertrophie très prononcée de ses muscles qui font saillie à la surface interne, en donnant l'aspect clairsemé aux veines à colonne bien caractérisé.
L'épaisseur de parois est très notable en même temps que l'augmentation de volume de l'organe.

Les uretères sont notablement distendus et à peu près de volume égal, d'une manière à peu près égale.
Les deux bassinets sont également très distendus et leur paroi très épaisse.
Dilatation des calices très notable avec épaisseur de la paroi. Enfin tissu rénal entier épaisse, mais blanchâtre, d'aspect presque hardoné en vrai point, en tout cas la coloration de parois est

plutôt uniformément rouge blanchâtre ou jaunâtre, de telle sorte qu'on distingue à peine les pyramides dont la teinte se confond plus ou moins avec celle de la substance corticale. Le tissu rénal est également plus dense, plus résistant. La capsule épaissie est tout à fait adhérente à la substance rénale, de telle sorte qu'on ne parvient qu'avec la plus grande difficulté à la séparer en quelques points. Elle entraîne toujours plus ou moins de substance rénale. D'autre part la couche cellulo-adipeuse qui recouvre la capsule est plus dense et bien adhérente aussi d'une manière intime.

L'adhérence de la capsule à la substance rénale est remarquable et telle qu'on ne l'observe jamais à un tel degré dans les néphrites dites spontanées.

Le cœur est manifestement hypertrophié, pesant 370 gr., sans aucune lésion appréciable à l'œil nu.

L'aorte n'offre que vers rares traces de plaques jaunes et une seule petite plaque calcaire à la partie inf. de la crosse.

Les poumons sont très emphysémateux surtout aux dépens des lobes sup. et du bord antérieur plus particulièrement. Ils présentent l'un et l'autre une congestion intense dans les régions postérieures et inférieures, avec prédominance marquée du côté droit. Il semble que les bronches soient plutôt en voie d'ectasie d'une manière générale et la trachéo-bronchite est particulièrement vive. Mais il est difficile de préciser l'état des pneumo-bronches, en raison de la congestion intense sur les points décrits et de son emphysème antérieur des parties supérieures.

bronchiques, ce qui est bien évident. C'est la présence de ganglions bronchiques atrophiés, moins sclérosés, qui fait adhérer intimement les bronches aux vaisseaux voisins de la trachée à l'aorte et aux bronches de l'artère pulmonaire.

Autrefois sur le côté droit de l'un des poumons, on aperçoit une bronche dont la muqueuse offre des taches noires (comme si elle était truffée) par suite de la pénétration du ganglion noirci sclérosé à travers la paroi jusque sous la muqueuse.

Poids du 6 90 g. du poumon g. 4 90 g.

Le corps thyroïde est très volumineux aux dépens surtout de ses parties, mais surtout de ses lobes latéraux.

Après avoir pratiqué des incisions, on reconnaît que le lobe g. est surtout constitué par un tissu analogue au tissu normal, mais dont les cavités folliculaires présentent

plus volumineux ont un aspect bulleux dû à la présence de substance colloïde.

à droite la tête est plus dense et toute fait en avant on trouve une portion du volume d'un rein encore plus dense et décoloration blanchâtre ou bizarrement entouré de petites cavités. Dans un point même il existe un peu d'infiltration calcaire, tandis que sur un autre point on aperçoit plusieurs petites cavités kystiques du volume d'un gros pois.

Enfin on remarque des vaisseaux dilatés au niveau ~~des faisceaux~~ saillants des lobes latéraux.

La foie n'offre rien de particulier si ce n'est la présence d'un gros caillot dans la veine hépatique.

Rate plutôt diminué de volume.

Réflexions. Le cas de ce malade qui se présente assez fréquemment, est celui qui est connu sous le nom d'hypertrophie de la prostate occasionnant la rétention de l'urine et les lésions consécutives de la vessie, des uretères et des reins. Il est généralement attribué à des blennorrhagies antérieures et à l'artério-sclérose.

Cependant les histologistes ont démontré qu'il s'agit dans les cas de ce genre de la production de fibromes ou tissus d'adénomyomes et on a mis vraisemblablement avec raison l'allongement de la portion prostatique de l'urèthre à l'allongement de la cavité utérine dans les cas de myomes utérins.

Les pièces que nous avons sous les yeux sont absolument caractéristiques de la production de tumeurs multiples sur le lobe gauche de la prostate, faisant saillie dans la vessie, l'aspect extérieur et l'aspect des coupes à l'œil nu sont tout à fait en faveur de cette interprétation et il n'y a pas de doute qu'elle soit confirmée par l'ex. histologique. mais indépendamment du tissu musculaire, il y a des cavités glandulaires, comme dans le tissu prostatique, dont les tumeurs ne constituent en somme que des productions de nature ± désordonnée.

Comme dans les tumeurs utérines les tumeurs ont de la tendance à s'isoler en prenant la forme arrondie ou à se pédiculiser lorsqu'elles font saillie à la surface.

Enfin comme dans les moyens utérins aussi, l'organe qui avait le siège, prend un développement anormal qui est très manifeste dans ce cas; les deux lobes latéraux étant devenus très longs et très épais, avec allongement ~~[illegible]~~ de la portion prostatique de l'urèthre.

Quant à la structure même de la prostate, elle paraît modifiée par l'hyperproduction de ses éléments constituants; de telle sorte qu'il y a à l'œil nu une grande analogie entre le tissu des lobes de la prostate et celui de la grosse ~~[illegible]~~. L'ex. histologique permettra de dire si cette analogie est complète ou non.

Déjà, avec ces éléments, on peut conclure qu'il s'agit non d'une hypertrophie simple de la prostate, mais d'une néoproduction ayant une tendance constante à s'accroître pour constituer de véritables tumeurs, tout à fait analogues aux tumeurs utérines dont personne ne conteste la nature néoplasique, tout en les rangeant parmi les tumeurs qui sont ordinairement bénignes.

Il est encore une circonstance qui plaide dans ce sens en faveur de l'assimilation de ces tumeurs de la prostate avec les tumeurs utérines et qui me me semble pas avoir été signalée par les auteurs, c'est leur coïncidence avec une grossesse, comme il arrive si souvent pour les tumeurs utérines.

Dès lors, puisqu'il s'agit de véritables tumeurs de la prostate dont la cause est inconnue comme celle de toutes les tumeurs, il n'y a pas lieu de s'arrêter aux causes indiquées par les auteurs, d'autant que la ~~hémorrhagie~~ hémorrhagie des lésions athéromateuses des artères sont bien connues pour expliquer suffisamment les cas de véritables tumeurs qui en sont pas fréquents. Du reste ~~dans ce cas~~ ~~[illegible]~~, il n'y avait pas d'athérome notable des artères. Il est plutôt rare d'en trouver aussi peu chez un homme de cet âge. Il avait en effet une hémorrhagie cérébrale, mais sans rien que les causes d'hémorrhagie puissent favoriser la production de ces tumeurs, on ne peut pas raisonnablement invoquer cette seule cause qui, dans d'autres cas, pourra certainement faire défaut.

Cependant il est incontestable que les infl. blennorrhagiques de la portion prostatique du canal de l'urètre peuvent déterminer des infl. aiguës et chr. de la prostate avec augmentation de volume. Il s'agit donc en ces cas de véritables prostatites aiguës suppurées ou non, pouvant passer à l'état chronique ou bien se développer lentement en devenant d'emblée chroniques, notamment lorsque les sujets atteints d'urétrite blennorrhagique font usage du vin, des liqueurs alcooliques et de moutarde à entretenir une irritation constante d'où la production d'une infl. chronique avec hypertrophie de l'organe qui peut aussi aboutir par une atrophie scléreuse, comme dans toutes les inflammations chroniques.

Les auteurs ont bien décrit comme ces inflammations chroniques de la prostate ~~tous~~ les confondre absolument avec celles qui sont vraisemblables à celle qui fait l'objet de ~~ces réflexions~~, mais ils considèrent encore ces données comme de simples hypothèses prostatiques, alors qu'il s'agit de tumeurs dont la cause est encore inconnue depuis les recherches ~~récentes~~ à la manière des tumeurs bénignes qui ont leur analogie dans les muqueuses utérines.

Quoique ces tumeurs soient absolument bénignes, elles peuvent donc lieu ~~en~~ dans ce cas à des graves accidents en raison des troubles fonctionnels qu'elles peuvent occasionner.

au point de vue pratique, il est à remarquer que les lésions peuvent se développer d'une manière insidieuse chez des sujets âgés qui pouvaient depuis longtemps avoir eu quelques troubles urinaires et qui ne se préoccupent pas de troubles plus accusés pouvant causer dans ce cas ~~pouvant~~ pressque inaperçus et déterminer la mort du malade.

C'est un cas où une intervention chirurgicale faite de manière à enlever la tumeur dès les premiers troubles aurait permis peut-être une longue survie. Mais pour cela il aurait fallu que le malade eût consulté un chirurgien au début de ses troubles urinaires et que l'examen eût été fait avec soin pour arriver à un diagnostic précis.

Lyon
janv. 1901

Autopsie du 19 Janvier 1900.

710

Michalon Antoine - 70 ans - (Service de Mr Bondet)

—

Résumé de l'observation clinique.

Athérome cérébral - Démence sénile - Pas de troubles du côté des organes - Pas d'œdèmes.

Résumé de l'autopsie. Léger athérome cérébral - Symphyse pleurale, presque totale à gauche - Quelques adhérences à droite - Athérome très marqué à la partie interne de la valvule mitrale - Pas de lésion des orifices du cœur - Léger athérome de l'aorte - Hypertrophie de la prostate (Myomes prostatiques)

Examen rendu de l'autopsie.

A l'ouverture du thorax, les poumons apparaissent nettement emphysémateux, ils recouvrent le cœur - la plèvre gauche est adhérente sur la plus grande partie de son étendue, remonte en haut et en arrière - La plèvre droite présente aussi quelques adhérences, mais plus minutieuses.

Poumon droit (620 gr) pas de noyaux isolés; le sommet montre un emphysème généralisé à tout le

poumon avec prédominance au niveau du lobe supérieur. Quelques mucosités dans les bronches.

Poumon gauche (640 gr) Pas de noyau indurés, de noyaux résistant au doigt. Emphysème généralisé tout le poumon, avec prédominance au niveau du lobe inférieur. Sclérose diffuse sous tout le lobe supérieur. Quelques noyaux de sclérose dans la partie supérieure du lobe inférieur.

Coeur (395.) Rien le péricarde contient une ou deux cuillères de liquide citrin. Pas de trace de péricardite. A l'ouverture des oreillettes on constate un noyau dur, calcaire d'athérome situé à la partie interne de la valvule mitrale. Ce noyau se prolonge le long du bord postérieur de la valvule mitrale. Il est situé au point de jonction, c'est à dire sur la face ventriculaire de la valvule. La valvule est suffisante et ne semble pas sclérosée. Rien à la tricuspide. Le cœur ne semble pas hypertrophié. Sclérose légère du cœur gauche. L'orifice aortique présente un épaississement assez notable des nodules d'anantium, insuffisance de la valvule. Rien à la pulmonaire. Les coronaires sont libres sous toute leur étendue et souples.

L'aorte présente un certain degré d'athérome, avec plaques jaunes situées au lieu d'élection. Retrait cortique assez marqué entre les lipomides et l'origine des gros vaisseaux.

Vessie abdominale ne contient pas de liquide. Bonnes adhérences du caecum. Signes d'ancienne péribonite localisée au niveau de l'appendice.

Foie (1450) ne présente absolument rien de particulier. Pas de calculs ds la vésicule.

Rate (135) normale, un peu diffluente.

Reins : droit 155 - gauche 125. Pas de traces de lésions bien appréciables. La capsule n'est pas adhérente, elle n'est pas épaissie.

Estomac ne présente rien de particulier.

Organes génito-urinaires. La vessie est fortement distendue. ~~Les parties sont effondrées, blanchâtres avec~~ tendues à droite vers à gauche en haut ~~en bas~~ ~~en bas~~ Elle montre au niveau de l'urètre, une ~~nouvelle~~ petite tumeur du volume d'une noisette et obturant presque complètement l'ouverture du canal. La portion prostatique de l'urètre fendue montre plusieurs autres petites tumeurs du volume d'un grain de millet, ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ environ 2 centimètres en

l'ouverture de l'urèthre dans la vessie, on rencontre une petite tumeur en la présence d'un noyau de cerveau et qui s'enchatonne dans la partie correspondante de l'urèthre - la plus grosse de ces tumeurs située à l'ouverture de la vessie dans l'urèthre est fendue et est reconnue un myome développé aux dépens de la prostate.

Le testicule gauche présente une hydrocèle vaginale tumeur a le volume d'un oeuf de poule - l'épidydyme présente des signes non douteux d'épidydymite ancienne

Rien au testicule droit.

à l'examen du cœur bruits d'anormal,

Les varicéeux de la base du cerveau, ainsi que les sphyxiques présentent des lésions athéromateuses diffusées. Les oblitérations ni même athérome de la varicéeuse

Les coupes pratiquées sur les hémisphères, le bulbe et protubérance ne montrent ni hémorrhagie ni foyer de ramollissement cortical ou lenticulaire.

Rien aux méninges

Myome de la prostate au niveau du lobe moyen et des lobes latéraux, ayant occasionné de la rétention d'urine prouvée par la dilatation de la vessie avec épaississement des parois, chez un homme de 70 ans présentant seulement un peu d'athérome à l'état diffus avec dilatation de l'aorte ; aussi que ~~quelques~~ traces de sclérose pulmonaire avec emphysème généralisé des poumons.

Cet homme présentait dans les derniers temps de sa vie des troubles cérébraux dits de sénilité et que

l'on attribuait probablement à de l'athérome des artères cérébrales.

Or l'examen de l'encéphale a permis de constater que les artères sont bien non présentant que quelques rares points d'athérome, incapables de donner lieu à des troubles cérébraux ; d'autant que l'on rencontre souvent ces artères très athéromateuses chez des sujets qui, pendant leur vie, n'ont présenté aucun trouble de ce genre.

Nous n'avons rencontré aucune lésion de l'encéphale capable d'expliquer les troubles cérébraux observés.

Ce qui existe du côté du poumon, de l'aorte et du cœur ne suffit pas non plus à en rendre compte.

Enfin les reins ne nous ont pas paru manifestement affectés, tout au moins à un degré appréciable à l'œil nu ; car il peut exister des lésions histologiques qui échappent à cet examen.

Mais nous avons trouvé du côté de la veine des lésions sur lesquelles je vais attirer votre attention, en raison de leur fréquence, et qui, peut-être, doivent être incriminées dans la production des troubles cérébraux.

Description des lésions de la prostate comportant non pas tout dans une hypertrophie considérable de la prostate, que dans ce que l'on a désigné sous le nom d'hypertrophies partielles portant à la fois sur le lobe médian et sur les lobes latéraux.

J'ai eu l'occasion de vous montrer des préparations se rapportant à une hypertrophie totale qui coexiste toujours avec des phénomènes infl. aigus ou chroniques plus ou moins prononcés.

Les hypertrophies partielles ne diffèrent notablement, en ce que l'on

peut toujours constater des kystes se rapportant tantôt au tissu musculaire et tantôt au tissu glandulaire. Ce sont à proprement parler des kystes ou des adénomes, c'est-à-dire des tumeurs bénignes de la prostate ; mais qui peuvent avoir des conséquences très graves par l'effet de leur présence locale qui entrave l'émission de l'urine.

Ex. des préparations se rapportant à chacun de ces types.

Les plus communs sont certainement les kystes, comme dans ce cas. Ils peuvent infiltrer la prostate comme les parois de l'utérus dans fibrome saillir à l'intérieur de l'organe.

Les cystocèles sont ~~[illegible]~~ que ceux dont pour les plus graves parmi ceux qui entravent le plus l'écoulement de l'urine, moins que celui-ci est plutôt empêché par la production d'un bourrelet médian qui vient fermer le canal ou par une occlusion résultant de l'engrènement de deux bourrelets latéraux, et parfois par ces divers productions réunies comme dans ce cas.

Ces lésions sont particulièrement importantes à connaître pour pratiquer le cathétérisme ou des sondes convenables dénommées à prises ~~[illegible]~~ les obstacles, ainsi que

les interventions chirurgicales où la prostatectomie s'adresse surtout à ces productions néoplasiques plus ou moins localisées et non à toute la prostate.

Nous ne savons pas comment la maladie urinaire et que connaît nous ne pouvons pas conclure absolument à la présence de ces lésions à une rétention d'urine capable de donner lieu à des troubles cérébraux par atrophie. Cependant en l'absence de toute autre lésion, on peut parfaitement faire cette hypothèse ; car si certains malades supportent longtemps une rétention d'urine sans aucun désordre

beaucoup plus grands ; il arrive aussi que d'autres maladies ont des phénomènes urémiques ou moindre obstacle à l'écoulement de l'urine.

Indépendamment de quelques circonstances particulières qui ne peuvent se produire, comme une lésion de la muqueuse par un cathétérisme, ou la brusque cessation de l'évacuation de la vessie, nous connaissons mieux tout le rôle des divers substances nocives qui peuvent être retenues dans l'organisme et causer beaucoup les plus graves.

En tout cas, ~~il est bien~~ retenir, c'est que chez tout malade qui délire, on doit pas oublier de faire au le plus grand soin l'examen des voies urinaires, parce qu'elles peuvent être ~~primitivement~~ ou secondairement affectées

Autopsie faite par le service de M. Rogue le 24 novembre 1906.

Néphrite ascendante
Cystite – Lobes latéraux de la prostate augmentés de volume.

Homme de 65 ans. Service de M. Rogue.

Résumé clinique.

Malade paraplégique. Incontinence d'urine.
Urines purulentes.
Mort avec des escarres.

Autopsie

La moelle n'a pas été examinée convenablement.
Les poumons et le coeur ne présentent rien de bien particulier à signaler.
Le foie présente une constriction extérieurement

marquée qui sépare les deux lobes. Le lobe gauche est très réduit de volume ; il est gros comme une mandarine et il est tout entier d'une coloration rouge noirâtre qui tranche avec la coloration normale du lobe droit.

La vessie a ses parois épaissies. La muqueuse est rouge, tomenteuse, baignée par de l'urine purulente et soulevée par les colonnes musculaires.

Les lobes latéraux de la prostate sont augmentés de volume.

Les reins sont très malades. L'un d'entre eux, le droit, présente une notable quantité de pus dans les calices et le bassinet, dont la muqueuse est très vasculaire. Les reins sont gros. La capsule adhère en dehors à une trame cellulo-adipeuse qui est sclérosée, et en dedans au parenchyme rénal dont la surface affleurant grenue. Le volume rénal ~~est notablement augmenté~~.

Examen histologique : lobe gauche du foie.

Réflexions. — Cette observation est malheureusement incomplète. Cependant il semble bien que le malade atteint de paraplégie par lésion médullaire a eu de la rétention d'urine et une large escarre sacrée, qu'il a dû être sondé et que sa vessie a été infectée ; d'où cystite et ultérieurement néphrite dite chirurgicale. Au lieu de cette présentation du rein, il importe de montrer la différence qui existe entre les altérations du rein dans les cas précédents dits de néphrite spontanée avec celui-ci. En effet, dans ce dernier cas les reins sont beaucoup plus atteints. Le bassinet est uniformément affecté. Il est rouge sombre et induré avec adhérence intime à la largeur épaissie par rétraction envahissant le tissu cellulo-adipeux. Et les mamelons des calices et du bassinet recouverts de pus offrent un aspect rouge tourmenté.

Du reste l'ex. hist. montre aussi que dans les cas de cette nature les lésions sont beaucoup plus uniformes sur tout l'organe, contrairement à ce qu'on voit dans les autres néphrites où beaucoup de tubes sont dilatés par compensation. Aussi la néphrite chirurgicale est elle toujours plus rapidement grave

27e Leçon
11 janv. 1896

Rétention urinaire par hypertrophie de la prostate et cystite chr. avec pyél. phénomènes infectieux
– bouill. hypergastrique et prostatectomie, suivie deux jours après de la mort du malade âgé de 74 ans s. d'un sarcome
autopsie le 10 janv. 1896.
infiltration purulente du tissu cellulaire lâche situé entre la paroi ant. de la vessie et le pubis.

vessie augmentée de volume
ses parois épaissies, de couleur dont la muqueuse est de coloration brunâtre. on y voit une perte de substance partout sur la partie inf. en avant du col et qui correspond au lobe moyen saillant de la prostate dont on a fait l'ablation –

Les uretères ne sont pas dilatés, la hauteur de chaque ~~rein~~ égale à deux quatre côtés distendus présente ~~seul~~ ~~nombreux~~ anomalie de la muqueuse ~~en aspect~~ adhérence de l'athérosphère cellulo-graisse du rein, lentement détachée à la capsule ~~mais~~ épaisse et lamineuse adhérente.

Les reins sont le siège de nombreux abcès unilatéraux se présentant lorsque l'on enlève la capsule sous la forme d'un point blanc ~~de~~ de volume d'une fine tête d'épingle parfois entouré d'une zone rouge foncée. Sur les coupes on aperçoit aussi des abcès de même ~~aspect~~ et aussi des ~~taches~~ ~~de la~~ lésions d'un point important blanchâtre, des points noirâtres qui correspondent manifestement à des abcès en voie de production et d'extension. On trouve aussi des points ou plusieurs abcès unilatéraux réunis au sein d'une tumeur conjonctive cicatricielle.

L'examen histologique du contenu d'un abcès unilatéral montre qu'il est constitué par des amas cellulaires dont les cellules ont un noyau se colorant très bien comme un protoplasme

granulo-graisseux plus ou moins marqué
mais intact avec voie à désintégration,
et telle sorte qu'on trouve des cellules
avec volumes ~~déformés~~ divers, arrondis
ou plus souvent coniques ou cylindriques avec
fuseaux, puis ~~disparaît~~ suivant des noyaux ~~disparaît~~
que gros. débris de protoplasma ou
même tout à fait libres. ~~Peut-être~~
~~[illegible]~~ ~~y a-t-il~~ aussi gros. jeunes cellules
à contours réguliers, mais il n'est
pas facile de les distinguer des cellules
dont le protoplasma graisseux a disparu.
Ces éléments cellulaires sont ~~déposés~~
ou en amas dans un liquide
chargé de granulations graisseuses.
Dans les amas de cellules on voit tout de suite des noyaux bien colorés
mais seulement entourés d'un protoplasma granuleux en quantité, ou
bien on peut voir le contour des cellules.
Le tout est que le liquide jaunâtre
qui constitue les abcès miliaires est
composé des cellules des tubules en
dégénérescence graisseuse (cellules ovoïdes, anormales)
et peut être aussi gros. cellules jeunes normales
altérées ?

Rein de 210 gr et R. g. 160 gr
Les chiens sont bien plus nombreux sur le rein droit que sur le gauche

à la base de chaque poumon en arrière, on trouve de la bronchopneumonie avec de la tendance à devenir lobaire à la partie inférieure avec prédominance des lésions du côté gauche.

Oedème presque complète du plèvre de chaque côté.

Cœur augmenté de volume pesant 600 sans lésion orificielle, mais avec athérome de l'aorte.

Anomalie consistant en ce que la s. droite part de l'aorte descendante, immédiatement au dessous de la s. clavière gauche, puis passe de gauche à droite en arrière de l'œsophage.

Foie d'aspect un peu cirrhotique pesant 1270 gr.

Rate assez petite, sans abcès, 140 gr.

145
41e Leçon (suite)
16 février 1895

Rétrécissement traumatique de l'urètre
Cystite et pyélonéphrite ascendante
ancienne pleurésie droite, avec plaque
fibrocalcaire de la plèvre diaphragmatique
correspondant à une cicatrice étoilée
de la plèvre viscérale du lobe inférieur.
Pleurésie purulente récente du
même côté et péricardite purulente
Délentons du côté droit dans
la partie du péricarde qui adhère
à la plèvre ~~droite~~ enflammée.

H. 48 ans (s. de Mutonnet) -
autopsie le 15 février 1895 - Vessie
rétractée avec épaississement des parois et
muqueuse brunâtre recouverte d'exsudats
purulents çà et là.
Uretères dilatés avec parois très épaissies.
La dilatation de ces canaux porte aussi
sur leur ouverture dans la vessie qui
permet presque l'introduction du petit doigt
Les uretères sont aussi rétractés dans leur moitié inférieure

Les deux reins sont malades ; mais les lésions prédominent sur le rein gauche qui est fortement sclérosé avec adhérence de la capsule épaissie d'une part au tissu du rein et d'autre part à l'atmosphère qui est également sclérosée - on voit aussi une dilatation des calices et du bassinet. La muqueuse est tourmentée brunâtre indique le tissu rénal est rouge grisâtre uniforme et résistant à la coupe, du volume.

Le rein droit présente les mêmes altérations mais à un moindre degré. C'est aussi que le tissu du rein est encore rougeâtre et paraît moins sclérosé.

Le péricarde renferme un peu de sérosité purulente et présente des soudures fibreuses adhérentes avec deux feuillets à droite et surtout du côté droit dans une région où le péricarde adhère à la plèvre droite qui est le siège d'une pleurésie purulente avec soudures sur les plèvres, mais pas de liquide purulent dans la cavité. En outre on trouve de ce côté une ancienne adhérence de la

lobe du poumon au diaphragme — après avoir ~~enlevé~~ le poumon en le séparant au peigne du diaphragme on ~~trouve~~ que la plèvre diaphragmatique est le siège d'une plaque fibro-calcaire parfaitement arrondie de 4 à 5 cent. de diamètre et de 1 à 2 mill. d'épaisseur ; que la face ~~inférieure~~ du poumon adhérente à environ et que l'effectivement la plèvre viscérale présente tout juste au milieu de la face inférieure une cicatrice filiforme étoilée ~~très régulière~~ et exposant les mêmes dimensions que la plaque fibro-calcaire de la plèvre diaphragmatique.

Foie enfin du poumon un peu atteint superficiellement.

Cœur sans particulier — 355 grs.

Rate — 220 grs —

Foie — 1750 grs —

~~Il est particulièrement~~ à remarquer le rapport de la plaque fibro-calcaire et de la cicatrice étoilée et d'ailleurs pour le retour d'un plumé de ce côté on avait en lieu une plumé antérieure — à noter aussi la propagation de ~~l'infiltration~~ de la plèvre au péricarde par continuité (Colrat) —

194
Hôl. Lecon (suite)
16 fév. 1899

Sr de M. Poncet

391

Homme de 48 ans. Coup de pied de cheval reçu en 70 sur le perinée.

Rétrécissement traumatique de l'urètre, dilaté à plusieurs reprises.

Apparition d'abcès urineux à répétition s'ouvrant au périnée et sur le raphé scrotal

Apparition de la cystite, et enfin pyélonephrite ascendante et mort —

168

19me - Secon

18 Xbre 1897

1

560

Rétention d'urine pour hypertrophie prostatique; dilatation avec hypertrophie de la vessie, de l'uretère, du bassinet et des calices du rein droit, mais avec prédominance notable du côté droit, et avec avec sclérose du rein. -

En dessous bien fermé route arrivant jusqu'au milieu du lobe gauche de la prostate qui a probablement donné lieu à des phénomènes infectieux d'où sont résultés une pyurie et une pleurésie du côté droit.

Obs. 67 mes S. de M. Drivon

entré le 1er décembre à l'H.D. mort le 16 Xbre 1897

Malade complètement sourd, d'où renseignements incertains et incomplets.

Bien soutenu dans sa jeunesse. Une fièvre, peut-être f. typhoïde au régiment. Pas de syphilis. Alcoolisme ou dire des voisins qui l'ont amené.

Il y a 3 ans affection du poumon droit pour laquelle le malade fit un séjour de 2 mois à l'H. de la Croix-Rousse où on traita par des vésicatoires.

Depuis 1 an, troubles urinaires : gêne, dès la miction au début, puis véritables accès de rétention survenus à trois reprises différentes et qui ont nécessité des cathétérisme. C'est à peu près à cette époque que le malade fait remonter les symptômes actuels.

Au commencement il aurait présenté des vomissements sans fièvre, phénomènes qui sont probablement liés aux accidents de rétention ; puis il a présenté successivement : des troubles respiratoires très accusés, dyspnée au moindre mouvement, toux peu d'expectoration, des céphalées, des vertiges et troubles de la vue, enfin l'œdème des jambes.

Il est amené dans un état très grave : facies pâle et légèrement bouffi, langue sèche et saburrale ; corps très amaigri, la peau présentant le pli cachectique, respiration courte, œdème aux mollets et jambes.

Estomac, gastralgies peu accusées. Sauf de l'inappétence, on note ni vomissements, ni diarrhée, l'estomac paraît normal au point de vue de la forme et des dimensions. Rien du côté du pylore. Le côlon est un peu tendu et douloureux à la palpation. Pas d'ascite, constipation assez marquée.

Pas de troubles urinaires en ce moment. Les mictions sont augmentées de fréquence, mais ne font aucun peu de gêne. Pas de rétention, pas de miction par regorgement. Les reins ne paraissent pas douloureux. Les urines sont un peu troubles, mais ne contiennent pas de pus et n'ont pas l'odeur ammoniacale. filtrées, elles présentent par la réactif au diazo d'abundance assez marquée des jaunes.

Rien au cœur. Le point est un peu dévié en dehors du mamelon, mais bat dans le 5e espace. Le choc est régulier, sauf ggs. sous intermittences. Les battements sont un peu rapides de la bouche à tous les âges. Pouls radial sous hypertension.

Deux poumons, on note aux sommets une respiration normale, un peu emphysémateuse avec ggs. râles au tiers moyen. Rien à la base gauche. Dans le tiers inf. du poumon droit, obscurité tiers moyen avec submatité sans râle, sans souffle, sans égophonie.

Toux et expectoration insignifiantes. Dyspnée assez vive.

Foie et rate normaux.

θ = 37°,7 le soir à l'entrée.

Pas de phénomènes cérébraux, ni agitation, ni délire.

8 décembre. Amélioration sous l'influence du repos et du régime lacté. La dyspnée s'est diminuée, les troubles gastriques sont moins accusés, le malade mange sans fièvre. Toujours pas de troubles de la miction, les urines recueillies en 24h ont les mêmes caractères.

10. Sueurs de fièvre (38°,2) et grosses sueurs. Pas d'autres symptômes.

12. Fièvre vive (39°,5), langue sèche, agitation, délire. Le malade se plaint d'un point de côté à droite et il a eu des frissons hier soir. Dans tout le tiers inf. du poumon droit on trouve: matité absolue avec diminution des vibrations, souffle très net à timbre un peu voilé, râles à timbre humide très nombreux avec des sibilances. Aegophonie très nette. Pas de pectoriloquie aphone? — Dyspnée beaucoup plus vive. Toux fréquente.

13. Le malade s'affaiblit de plus en plus; les extrémités sont froides, le pouls perceptible filiforme avec de nombreuses intermittences. Mêmes signes que précédemment au poumon droit. Les urines sont très rares. La θ se maintient au dessus de 39°.

15. Rien de nouveau à signaler. Le malade extrêmement prostré et on peut l'examiner que difficilement.

(Obs. communiquée par M. Chauvel interne des h. à la Charité)

Autopsie le 18 Xbre 1897 – Œdème des extrémités inférieures.

Vessie volumineuse contenant 150 à 200 grs d'urine trouble, mais non purulente. Les parois sont affaissées et très épaissies offrant à la surface interne la disposition dite vessie à colonnes à un degré très prononcé. L'ouverture des uretères sur les extrémités de la saillie transversale du trigone, est ponctiforme. Cependant on trouve les uretères dilatés uniformément sur un peu d'épaisseur de leur paroi. Au niveau du rein droit on constate une dilatation très prononcée du bassinet et des calices dont les parois sont manifestement épaissies et présentent à la surface interne

une coloration blanchâtre. Le rein est diminué de volume, de coloration blanchâtre, avec indentation ~~manifeste~~ de son tissu qui est en ~~tassée~~ et manifestement diminué d'épaisseur. Sa capsule épaissie est très adhérente, d'un côté à la substance corticale et d'autre côté à l'athrophie cellulo-adipeuse sclérosée et rétractée.

Le rein gauche présente des altérations de même nature, moins à un degré bien moindre. Le bassinet et les calices sont moins dilatés et leur muqueuse interne est encore rougeâtre. Le rein est moins diminué de volume, de coloration rougeâtre et avec des lésions bien moins accusées de la capsule et de l'athrophie cellulo-adipeuse.

Rein droit, 130 gr. et Rein gauche, 170 gr.

Lorsqu'on recherche la cause de la rétention

d'urine et de toutes ces lésions survenues consécutivement; on voit qu'il faut incriminer la prostate dont les lobes forment au canal de l'urèthre un anneau épais et dur. après l'avoir incisé, on voit aussi que le lobe médian formait un obstacle immédiat au passage du Vérumontanum; d'où résultait une coudure du canal presque à angle droit. On voit aussi qu'une fausse route a été pratiquée par les cathétérisme antérieurs et qu'elle arrive jusqu'au milieu du lobe latéral gauche où existe une cavité pouvant contenir un haricot. Une sonde introduite par le canal de l'urèthre gagnera très facilement. cette lésion ne pouvait pas très vite c'est à elle qu'il faut probablement attribuer

les lésions pleuro-pulmonaires.

On trouve, en effet, dans la plèvre gauche 7 à 8 verres de sérosité claire avec les plèvres recouvertes d'exudats blanchâtres récents au niveau de la moitié inférieure du poumon droit. Plus haut les plèvres sont en ordre, partie adhérentes entre elles. Les lobes sont assez intimement soudés.

Le lobe inférieur est augmenté de densité, et, sur les coupes, on voit qu'il est le siège d'une dégénérescence rouge, moins plutôt avec un peu d'affaissement par compression de la portion inférieure du lobe. On ne trouve pas manifestement d'infarctus au sein de ce tissu.

Le poumon gauche ne présente qu'une congestion pleurale presque complète sans lésions pulmonaires appréciables.

Le cœur est manifestement augmenté de volume ; les parois sont épaissies surtout aux dépens du cœur gauche. Mais il n'existe aucune lésion orificielle et les cavités ne renferment pas de caillots anciens. Il pèse 420 gr.

La rate est petite ne pesant que 100 gr. avec une capsule fibreuse très épaissie surtout au niveau de l'organe où elle offre l'aspect cartilagineux.

Le foie est également diminué de volume sans lésion appréciable. Il pèse 1065 gr.

9e Secon (suite)
24 nov. 1894

Cysto-pyélo-uretero-néphrite chr. suppurée avec péritonite purulente localisée et perforation secondaire de l'estomac

H. 43 ans (s. de M. Poncet), considéré depuis longtemps comme atteint d'une cystite tuberculeuse pour laquelle on a pratiqué une cystostomie sus-pubienne. Le malade après un séjour à Longchêne est rentré à la clinique chirurgicale où il a succombé sans que nous ayons aucun renseignement précis sur ses antécédents, sur la marche de sa maladie et notamment sur l'état du canal de l'urèthre que nous n'avons pas vu pu ouvrir après sa mort parce qu'il n'est réclamé pour enterrement.

Autopsie le 24 nov. 1894. Sac d'adhérences, pas de liquide dans les cavités séreuses, mais seulement des adhérences péritonéales de la région diaphragmatique gauche entre le diaphragme d'un part, la rate et l'estomac d'autre part.

En cherchant à détacher le rectum, on trouve dans une poche pouvant au moins contenir le poing, contenant un peu de liquide purulent, quelques parois irrégulières recouvertes d'un exsudat purulent. C'est la face inf. du diaphragme ~~et non pas~~ la face extérieure du sup. de la ~~poche~~ est augmentée de volume et devenue la cap. est notablement épaissie. C'est encore la face antérieure du grand cul-de-sac de l'estomac devenue supérieure qui présente en outre un bourrelet blanchâtre de 4 centimètres environ de longueur donnant l'aspect d'un bouton. Et effectivement la sonde canulée introduite en ce point pénètre immédiatement dans une cavité qui n'est autre que celle de l'estomac. Où commence l'incision à la partie médiane de la face antérieure, mesurant le gd. diamètre de l'organe, de manière à pou

bien examiné la surface interne qui est recouverte absolument intacte sur tous les points, y compris aux voisins de la perforation qui a dû se faire de dehors en dedans sous l'influence de la péritonite purulente localisée.

L'attention est portée ensuite du côté de la veine qui est pour ainsi dire effacée, car on n'aperçoit dans le pelvis que une saillie du volume d'une grosse noix au sommet de laquelle on trouve l'ouverture faite par le chirurgien. La veine adhère en avant et enlève avec elle une partie veineuse. Il en est de même pour les uretères et les reins. Tous ces organes sont dissociés et enlevés simultanément en conservant les relations qui existent entre eux.

Sous la veine, on voit que la partie qui attirait tout d'abord l'attention lorsque elle était en place ne constitue

qu'une petite portion de l'organe dont les parois sont épaissies et qui s'étale en avant en un peu plus lacs. Elle forme ainsi une corne volumineuse, représentant près du tiers du volume de l'organe, qui s'étale à droite immédiatement au dessous de l'uretère droit.

Lorsque la veine est ouverte, on constate indépendamment de l'épaisseur ~~de la~~ consistance des parois qui sont beaucoup augmentées, que la muqueuse est rouge tomentueuse avec des marbrures brunâtres, violacées noirâtres.

On voit sur la paroi latérale inférieure droite une petite dépression, qui d'abord comme une ulcération et qui n'est qu'une petite ouverture d'un demi-centimètre de diamètre faisant communiquer la cavité avec une petite cavité pouvant contenir un [illegible] et qui n'est autre chose qu'un diverticule [illegible]

Mais il existe immédiatement au dessous de l'orifice de l'uretère droit dans la vessie une ouverture où l'on peut facilement introduire deux doigts, qui fait communiquer la vessie avec un diverticulum représentant à peu près le tiers du volume de la vessie et qui contient seulement un peu d'urine purulente.

Il s'écoule également un peu de liquide purulent de l'ouverture de l'uretère droit considérablement élargie au point de pouvoir y introduire un doigt. Mais ensuite après qu'on a ouvert l'uretère, on voit qu'entre le grand diverticulum et ce canal il n'existe qu'une paroi membraneuse mince qui s'élargit énormément à l'ouverture de l'uretère. Cette paroi étalée à environ et presque aussi large que l'ouverture de l'infundibulum. L'ouverture de l'uretère gauche est également agrandie, mais à un moindre degré que celle du côté droit.

Surtout les parois de la vessie sont très épaissies par le fait de l'augmentation de toutes les parois : muqueuse boursouflée sclérosée ; muscles augmentés de volume et sclérosés, enfin tissu conjonctif sous-péritonéal épaissi, sclérosé ; de telle sorte que tous les tissus constituant une paroi comporte une épaisseur sur tous les points y compris le infundibulum.

Les uretères sont dilatés avec des parois épaissies. Ces lésions sont manifestes plus marquées sur l'uretère droit qui est aussi beaucoup moins long que le gauche : uretère droit 15 cent. uretère g.

Les reins sont plus volumineux ~~[illegible]~~ plus ou moins dilatation du bassinet. Ces lésions paraissent plus accusées du côté droit. On ouvre l'uretère et le rein du côté droit par la convexité. On trouve dans l'uretère

et le bassinet très dilatés, un peu de liquide purulent avec ggs. petits granulations blanchâtres. Les calices sont aussi très dilatés et paraissent un peu comprimés à l'empreinte. Pièce dans laquelle rénal plutôt pâle et manifestement sclérosé.

La muqueuse qui tapisse l'uretère, le bassinet et les calices est de coloration rouge plus ou moins intense avec des stries ou taches plus ou moins grandes de coloration brunâtre. En outre les plis des calices qui étaient remplis de pus longtemps les ~~[illegible]~~ présentent comme incrustés dans la muqueuse un sondat jaunâtre renfermant çà et là des granulations jaunes. Dans certains points ce sondat s'enlève assez facilement et mets à nu la muqueuse très vascularisée d'un rouge sombre, tandis dans d'autres points il fait corps avec la muqueuse et ne peut être enlevé sans qu'elle en soit rayée avec l'ongle ou avec un instrument.

On trouve aussi quelques points à sondat jaunâtre dans le bassinet et à l'origine de l'uretère.

Il est impossible de découvrir manifestations de granulations tuberculeuses, soit sur la tumeur, soit dans le tissu rénal.

Les parois des calices dilatés sont épaissies et d'aspect fibreux, quelques marques nettement les contours arrondis des cavités. Elles adhèrent intimement au tissu du rein qui présente manifestement par le raclage de la surface section des travées selérieuses reliant les calices à la capsule épaissie. Cette capsule très épaisse adhère fortement à la substance rénale dont la surface est irrégulière, granuleuse et offre sur un point une petite portion jaunâtre homogène du volume d'un pois qui paraît caséeux. Surtout il est impossible de trouver aucune lésion de cancer, ni aucune tuberculose. Non seulement la capsule est épaissie mais la sclérose se poursuit dans l'intermyélin cellulo-graisseuse du rein qui forme comme une couche compacte appliquée au rein avec lequel elle fait corps. Bien plus on peut voir que la capsule fibreuse

comprise dans cette atrophie est comme prise au milieu de cette atrophie avec une sclérose très marquée de sa capsule.

On trouve de même l'uretère et le rein gauches qui offrent les mêmes lésions à un degré un point moindre.

Même dilatation avec épaississement sclérosé de l'uretère, du bassinet et des calices à un degré un peu moins prononcé qu'à droite, mais sans qu'il soit à ce point de vue une différence bien notable. La muqueuse de ces parties est également plus ou moins vasculaire; mais ce qui est surtout moins ~~[illegible]~~ abondant, c'est l'exudat purulent granuleux qu'on ne rencontre qu'en petite quantité au fond des trois ou quatre calices seulement. Enfin la sclérose du rein, de sa capsule et de l'atrophie cellulo-graisseuse est également très manifeste. On ne trouve pas non plus de granulations tuberculeuses sur les parties.

Les autres organes situés au voisinage de la veine ne présentent pas de granulations tuberculeuses, ni de nécroses. Certains ganglions de la prostate qui sont volumineux, sont seulement hypertrophiés ou sclérosés. Les vésicules séminales contenant un liquide d'un brun sclérosé paraissent avoir des parois plus épaisses, mais elles ne présentent pas d'autres altérations.

Le foie assez volumineux et plutôt gras.

La rate est aussi augmentée de volume.

Poumons volumineux sans tubercules, mais seulement congestionnés. Le poumon gauche présente de adhérences pleurales, légèrement plus épaisses au niveau du diaphragme dont la face inf. dans

la portion correspondante pour la partie supérieure de la cavité produite par la péritonite localisée décrite ci-dessus.

On trouve encore à 3 ou 4 travers de doigt au dessous du sommet du poumon g. et sur la région latérale externe un nodule induré du volume d'une noisette qui correspond à un substratum blanchâtre crayeux entouré d'un liseré pelvien. Un autre point vulnérable dans la partie sup. du lobe inf. en arrière.

Le cœur ne présente aucune lésion originelle.

Réflexions. Il est difficile de se prononcer sur la nature des lésions et sur leur pathogénie. Le canal de l'urèthre était-il sain? En tout cas il semble que la lésion ait été élaborée par la veine; non seulement parce que les lésions sont considérables, mais aussi en raison de la dilatation

De l'ouverture du ureter dans la veine
de la dilatation des ~~[illegible]~~ et de la
des deux reins qui présentent la lé-
sion du rein chirurgical.

38e Leçon
6 février 1896

Calcul dans l'uretère gauche
Chez un prostatique avec
dilatation et hypertrophie de la vessie
et cystite chronique, hydronéphrose
double avec prédominance à gauche.

H. 61 ans, s. de Mr Gonzolphe.
Le début des troubles urinaires remontant
à dix ans – Première cystostomie sus-pubien
il y a trois ans pour rétention d'urine –
Le canal serait ensuite redevenu perméable.
Il y a deux mois nouvelle cystostomie sus-pubien
en raison des signes de calculs vésicaux
(douleurs vives surtout pendant la marche et
hématurie), bien que la sonde n'ait pas
permis de s'assurer de la présence d'un calcul
dans la vessie. On a trouvé effectivement
un petit calculs du volume d'un haricot s'engageant dans le
col vésical. Malgré tous les soins pour
faciliter l'écoulement de l'urine et empêcher
la production de phénomènes d'infection, le
malade s'est affaibli et a succombé.

on n'a mis à notre disposition que
les organes urinaires.

On constate d'abord une hypertrophie prononcée des deux lobes latéraux de la prostate et du lobe médian qui forme comme une valvule membraneuse épaisse en devant de l'orifice du col vésical.

Epaisseur considérable des parois de la vessie dilatée avec tendance à production de colonnes musculaires recouvertes d'une muqueuse rougeâtre ou brunâtre.

L'uretère g. présente au niveau du point où il pénètre dans la vessie un rétrécissement permettant avec peine le passage de la sonde cannelée et équivalant à peu près à une oblitération.

Sur le côté droit au dessus de ce point se trouve un calcul bilobé ayant depuis le volume et la forme d'un cacahouet, de couleur blanchâtre, dont l'on a rompu dans la partie

rétrécie. On voit alors qu'il est uniquement constitué par une substance blanchâtre et qu'il présente au centre une petite excavation dans laquelle on peut introduire l'extrémité d'une fine sonde cannelée.

L'urètre époniné est immédiatement appliqué sur le calcul où ce dernier se trouve comme enchatonné. Sur ou dans l'urètre est dilaté, mais toujours avec épaississement des parois, et il aboutit à un bourrelet très dilaté en forme d'entonnoir. Toutefois il existe un certain degré de rétrécissement sur le point où se termine l'extrémité de l'entonnoir à laquelle fait suite l'urètre. C'est au point qu'une sonde cannelée ~~devrait~~ introduite pour le bourrelet est d'abord arrêtée en ce point et qu'il faut plus tâtonnements avant de pénétrer dans l'urètre, parce qu'il y a un petit cul-de-sac au voisinage de l'ouverture de l'urètre qui est d'autant rétréci en ce point et que la sonde aboutit plutôt au cul-de-sac qui forme ~~[illegible]~~ après avoir [illegible].

À la dilatation du bourrelet succède une dilatation des calices et un refoulement en dehors de la substance rénale sclérosée, mais sans qu'on découvre dans le rein aucun calcul.

À droite l'urètre n'est pas notablement dilaté

prolonger sa portion terminale dans le rein soit plus large que de coutume. Mais le bassinet est manifestement dilaté. Il n'est de même des calices. Ces lésions existent à un degré bien moindre que du côté gauche mais elles sont de même nature, aussi que les lésions du rein.

Mycoses utérines
Salpingite

Myome utérin

Volumineux volumineux enlevé au
le fond de l'utérus autour duquel
se trouvait toute petite myome
du volume d'une noix, le tout
pesant 47 Kgr.

On peut constater très manifestement
le développement intrinsèque de la tumeur
principale dont la surface est
extrêmement tendue, tandis que elle
forme à son extrémité supérieure
plusieurs rouleaux volumineux, mollets,
donnant la sensation de fluctuation.
Sur la coupe tissu gélatiniforme
blanc-grisâtre, qui n'est pas autant
dégénéré et se trouve surtout sur les
points qui sont le plus en voie d'accroissement.
En outre dans le tissu fibreux de la tumeur, nombreux points
gélatiniformes indiquent la tendance à l'accroissement et intensité
des [illegible] en cours.

24e Leçon (suite)
29 Xbre 1899

Myome utérin

Myome arrondi du volume du deux poings réunis, ~~très dur~~, blanchâtre, à surface bosselée, ressemblant à une pomme feuillée, il est situé dans la paroi ant. de l'utérus, près du fond et pouvant être assez facilement enucléé.

Au dessous myome du volume d'une noix situé dans la paroi, presque immédiatement au dessous du myome et qui devait occasionner la hémorrhagie ayant nécessité une hystérectomie.

Enfin troisième Myome en arrière et en haut du volume d'une pomme et qu'on avait pris pendant la vie pour le fond de l'utérus. Coloration et aspect du volume non de paroi de coloration rouge pâle dont les fibres musculaires sont régulièrement disposées, tandis que les myomes offrent des fibres blanchâtres, dures et entrecroisées ~~très irrégulières~~ comme on peut juger par la surface extérieure et par les surfaces de section.

440

Epithéliome de la lèvre inférieure.

Tumeur de la lèvre inf. du volume d'une olive un peu allongée irrégulière, ovoïde, recouverte d'une croûte noirâtre, présentant à sa surface une petite zone de tissu jaunâtre granuleux, croûte qui se continue sur la surface de la lèvre tout le long de la partie inf. la tumeur se détache à la base qui est nettement pédiculée.

441

Ganglions cervicaux tuberculeux

au nombre de 4 dont deux du volume d'une amande et deux du volume d'une noisette. Ils sont constitués par une enveloppe fibreuse épaisse de 1 mill. immédiatement appliquée sur une masse caséeuse jaune occupant surtout sur l'un des plus gros ganglions dont une partie est en voie de ramollissement.

Ces ganglions ont été enlevés sur une jeune fille de 21 ans qui avait ces ganglions depuis l'âge de 15 ans.

20e Leçon (suite)
19 Xbre 1895

Myome utérin énorme (4 kg 750 gr. avec l'utérus considérablement augmenté de volume) présenté par M. Bérard à la Soc. des Sc. méd. le 18 Xbre 1895.

Cette tumeur offre des portions devenues fibro-calcaires tandis que d'autres sont rouges molles et en voie d'augmentation rapide.

Sous le bec histologique, on a pris une portion rouge molle et une portion rouge plus ferme, puis un fragment d'un petit myome sous-péritonéal d'un ton blanchâtre avec des points jaunes crayeux de dégénérescence manifeste.

—

21e Secon
22 Xbre 1900

Salpingite suppurée ou ovaro-salpingite suppurée avec pelvipéritonite et abcès du foie consécutifs chez une f. agée de 25 ans, mariée depuis 7 mois, sans grossesse antérieure.

—

Histoire clinique faisant penser d'abord à des lésions péridéjunatiques, peut-être à un abcès sous-phrénique, puis à de la péritonite avec une appendicite comme point de départ.

Laparotomie exploratrice faisant croire à une rupture du foie, en raison de la présence de gros caillots infiltrés de sang et de la teinte hématique d'un peu de liquide dans le péritoine; d'où suture de la plaie cutanée sans autre tentative d'intervention.

Quelques jours après thoracentèse du côté droit qui permet de retirer 3/4 de litre de pus.

Après quelques jours, plus tard nouvelle ponction donnant un liquide très légèrement teinté de sang ; ce qui permet de faire le diagnostic d'abcès du foie avec épanchement pleurétique séro ou séro sanguinolent.

Malgré la malade allant de plus en plus mal, on tarde pas à succomber.

Autopsie le 21 xbre.

Reste abcès du foie au niveau de la portée post. ~~et sup.~~ du lobe droit.

Difficulté du diagnostic dans ce cas, surtout avec épanchement pleural.

Péritonite avec cordons fibrino-hémorragiques ~~probablement consécutifs~~ consécutifs d'une légère déchirure du foie.

ce sont les lésions du péritoine surtout prononcées au niveau de la cavité pelvienne qui ont fait croire à une appendicite. Et cela n'est pas étonnant en raison de ce fait anatomique constaté qu'il n'y a pas d'appendice ou mieux de cæcum appendiculaire sous péritoine.

Mais dans la cavité pelvienne, lésions importantes qui complètent les phénomènes du péritoine et qui parfois ont déjà été confondues avec celles de l'appendicite : il s'agit d'une salpingite double suppurée avec phénomènes infl. intenses englobant les ovaires, les ligaments larges ou leur revêtement péritonéal, donnant lieu à une pelvipéritonite ~~[illegible]~~ de leurs conjonctifs sous-jacents

Lorsqu'on trouve réuni dans l'organisme plusieurs foyers de suppuration, on peut être certain qu'il existe entre eux des relations, soit qu'ils aient été produits en même temps par la même cause, soit, lorsqu'il n'en existe que deux, qu'ils dépendent l'un de l'autre.

Le ulcère du foie ne se rencontrait, jamais que l'a l'état normal.

Une infl. suppurée survenant dans la cavité péritonéale peut certainement amener une infl. suppurée du foie, qui est alors secondaire. Mais ce n'est pas le cas, puisque l'ulcère du foie n'était pas ouvert dans la cavité abdominale. Il est vrai qu'il y avait de la péritonite perihépatique et qu'elle aurait pu s'étendre à la cavité pelvienne.

moins alors les lésions seraient plus prononcées sur les autres parties du péritoine affecté ; toutefois elles sont au contraire particulièrement intenses et manifestent environ autour des organes génitaux.

D'autre part ces lésions sont ordinairement primitives. Elles ne sont pas sans quelque hémorrhagie et n'ont pas eu de grossesse. C'est ainsi une hémorrhagie qui en est la cause et bien souvent dans les premiers temps du mariage.

Comme c'est ici le cas. [illegible]
En diagnostic aurait probablement été fait pour perforation
Les abcès lorsque ils sont libres peuvent s'ouvrir dans l'intestin ou dans le vagin.
L'intervention chirurgicale peut faciliter les ouvertures.

Il est vraisemblable que les foyers de suppuration, manifestant primitifs, sont été le point de départ de la production des abcès du foie.

On peut objecter que les veines utéro-ovariennes se rendent dans la veine cave et dans la veine rénale, mais il y a des veines qui se jettent dans la veine hypogastrique, laquelle a une communication avec la mésaraïque inférieure par les veines hémorroïdales; de telle sorte que les organes inférieurs peuvent cependant passer dans la veine porte pour atteindre le foie.

Ils peuvent aussi y arriver par la circulation générale et par la lymphatique. Du reste les infections sont toujours générales, mais on comprend que les imperfections des vaisseaux et tissus, aient les conditions qui déterminent les foyers.

Tumeurs malignes de l'utérus
et des ovaires

Autopsie du 16 février 1905

28e Leçon (suite)
16 fév. 1905

— Cancer du col utérin avec envahissement du corps et du vagin — Pas de généralisation
— Dilatation légère de l'uretère, et des bassinets et calices à droite.

Femme de 33 ans. Service de M. Pic.

Renseignements cliniques.

On ne sait pas si la malade a eu des enfants.

Douleurs continues dans les reins depuis 6 mois avant la date de la mort.

Pertes jaunes.

Mictions très fréquentes avec peu d'urine. Constipation.

Au toucher : col ulcéré avec végétations.

Anémie considérable.

Autopsie

Utérus adhérent assez fortement à la vessie et au rectum ; la paroi rectovaginale est infiltrée et à cédé sous le doigt pendant l'extraction des organes.

Le col est le siège d'une ulcération circulaire assez étendue,

haut de plusieurs centimètres, creusée superficiellement sur un tissu blanchâtre légèrement saillant. Ce tissu se continue avec quelques bourgeonnements aplatis sur la moitié sup. du vagin et dans le corps dont la muqueuse est ainsi altérée sur sa moitié inférieure. Les limites du col sont ainsi très effacées. Le corps lui-même est fortement augmenté de volume (poing) ses parois épaissies et blanchâtres.

L'uretère droit est légèrement dilaté (petit doigt) ; le rein droit a aussi une dilatation légère du bassinet et des calices ; la substance parenchymateuse est peu diminuée de volume. Capsule non adhérente. Rien au rein gauche

On ne trouve pas de vaisseaux de généralisation.

Rien au foie ni au cœur

Poumons fortement emphysémateux sans cicatrice des sommets mais avec 5-6 taches pleurales blanches légèrement dures sur le lobe sup. gauche.

— à remarquer surtout l'augmentation de volume de l'utérus par suite des processus prolifératifs accusés chez une femme jeune qui dans le cas où le cancer ne produit après la ménopause l'hypertrophie des fibres lisses reproductrices [illegible] qu'elle se trouve [illegible] du sexe [illegible] d'un [illegible]

8e Leçon
9 Xbre 1893

Cancer de l'utérus

294

F. de 44 ans (s. de Mr Bernier)

Autopsie le 6 Xbre 1893 -

Tumeur bourgeonnante décoloration rosée sur toute la surface vaginale du col dont on peut distinguer les lèvres ant. et post. divisant la tumeur en deux portions à peu près égales.

La muqueuse qui recouvre le cul-de-sac vaginaux est aussi envahie au préalable sur le cul-de-sac post. où la muqueuse est manifestement bourgeonnante. Il n'en est pas de même dans le cul-de-sac postérieur où la muqueuse est lisse blanchâtre. C'est qu'au delà de l'extrémité du col et à partir du point où cette extrémité aboutit que la muqueuse vaginale présente les altérations les plus prononcées sous forme d'un bourgeonnement pédiculé de 3 ou 4 cent de largeur avec une ulcération profonde à la partie postérieure. En outre on remarque qu'il existe une adhérence intime du vagin avec l'utérus d'une

point dans la vessie d'autre part, ces parties adhérentes offrent au niveau du tiers moyen gauche la région un épaississement, les deux ligaments paraît envahi par le néoplasme en raison de sa teinte blanchâtre translucide.

Sur certains points de la muqueuse du rectum on trouve un peu d'épaississement avec induration et coloration rougeâtre; ce qui semble indiquer que cette muqueuse commence à être envahie des parties profondes à la superficie.

Extension avec à la partie inf. de la ... au niveau du trigone qui paraît rétracté et indépendant de 3 ou 4 points blanchâtres qui font saillie à la muqueuse et sont l'indice de l'envahissement de la muqueuse vésicale; on remarque une transformation des parois avec de chaque orifice des uretères; de telle sorte chaque orifice se trouve placé au sommet d'un mamelon formé par une transformation des parois à ce niveau dont la muqueuse a une teinte blanchâtre.

Dilatation des uretères, des bassinets et des calices de chaque rein avec prédominance à droite d'un rénal pâle, aminci et demi-fié, mais ...

Femme de 44 a. Entrée le 1er Décembre
Morte le 5 Décembre 1893 Ovaridienne.
(S. à M. dessins)

A l'entrée : obnubilation, peu de renseignements.

Le début de l'affection semble remonter à 8 mois : métrorrhagies quotidiennes, douleurs vives hypogastriques et lombaires.

Depuis 1 semaine aggravation de l'état et symptômes cérébraux : torpeur intellectuelle et logémanie.

— <u>Etat actuel</u> : amaigrissement et anémie, sans teinte cachectique

θ : 34°. Langue rôtie. Pupilles égales, pas de Cheyne-Stokes.

Constipation opiniâtre. Ventre dur et rétracté.

Léger œdème des malléoles.

Pertes sanglantes très fétides.

Rétention d'urines - Albuminurie

Le toucher vaginal : vagin rempli par

une masse rogétante dure et irrégulière, immobile, se laissant effriter par l'ongle. Impossible de reconnaître le col.

3 - Décembre - Frottement péricardique intense.

9 ——. La malade meurt d'hypothermie, sa dernière θ a été 32° 8.

Toutefois il n'y a pas d'oblitération des uretères, mais il existe seulement un rétrécissement prononcé de ces conduits au niveau de leur passage à travers les parois de la vessie : on ne peut y introduire qu'une fine sonde cannelée qui mène dans la cavité de renseignement.

Les deux cloisons dans les voies urinaires sont tout ces jours de pus.

Les ovaires et les trompes sont rétractés et fixés sur l'utérus du côté droit. mais à gauche on remarque un prolongement dilaté dans le repli du ligament postérieur de l'utérus, et moins à forme un noyau du volume d'une orange qui est coiffé par la trompe dilatée de volume d'un pouce au moins et qui renferme un liquide clair.

On remarque de plus que tout le tissu conjonctif qui relie les organes de la cavité pelvienne et se trouve sous le péritoine est épaissi et envahi par la tuberculose, de telle sorte que l'utérus forme avec les organes voisins une

mamelons durs dont les deux pointes sont intimement soudées. Mais la cavité péritonéale n'est pas envahie, la lésion étant restée interstitielle et sous-péritonéale.

Si toute la surface vaginale du col est envahie, il n'en est pas de même de la cavité cervicale où la lésion n'empiète que sur une étendue de 6 à 7 millimètres. L'orifice est intact ainsi que la partie sup. du col et la cavité utérine.

L'utérus est volumineux, son tissu paraît manifestement augmenté dépaisseur et de densité. Il n'y a pas de prolongation de la tumeur à la tissu musculaire. On y découvre seulement un petit noyau ayant la forme et le volume d'une tête d'épingle.

Les autres organes n'offrent rien de particulier et consécutifs de noyaux de généralisation.

Poids des organes :

Cœur — 230 gr.
Reins — 155 et 200 gr.
Foie — 1200 gr.
Rate — 100 gr.

658
43e Session
27 février 1902

Autopsie du 27 février 1902
Grange Jeanne âgée de 63 ans.
Service de Mr Bérard

819

Rapport clinique

Cancer de l'Utérus.

Résumé de l'autopsie

- Cancer du col de l'utérus (ou de la partie la plus supérieure du vagin).
- Propagation locale intense :
  - ramollissement et effondrement de la paroi postérieure de la vessie
  - ramollissement du tissu cellulaire péri-vaginal jusqu'à l'os iliaque ~~droit~~ gauche qui est pénétré par la tumeur tête du fémur à un doigt la cavité pelvienne
- Volumineuse généralisation ganglionnaire ~~du~~ inguinale droite
- Pas de généralisation viscérale.
- Double Hydronephrose modérée.
- Thrombose de la veine fémorale profonde gauche.

Femme âgée et cachectique
On constate un œdème unilatéral avec accès du membre inférieur gauche.
Au niveau de la région inguinale droite il existe une tumeur volume de la grosseur d'une mandarine qui à la coupe on se rend compte qu'il s'agit d'un volumineux ganglion lymphatique néoplasique.

Cancer utérin

En enlevant tous les viscères contenus dans le bassin utérus, vessie, rectum, on s'aperçoit que il existe

une masse néoplasique volumineuse située dans le tissu cellulaire du côté gauche du pelvis et adhérente en dehors intimement à l'os iliaque. La tumeur constituée par une infiltration blanchâtre grisâtre granulée du péritoine, du tissu cellulo-graisseux pénètre les fibres du muscle de telle sorte que tout le rectum est impossible et qu'il faut tailler en pleine tumeur. En faisant ainsi on ouvre aux la tumeur quelques aiguilles onc une bile. La tumeur s'étend dans la moitié gauche du bassin, on voit la tête fémorale libre et polie qui fait saillie à travers le fond de la cavité cotyloïde défoncée.

Après avoir ouvert la vessie sur la paroi antérieure, on se rend compte que la paroi postérieure n'existe plus qu'elle a été rongée par la néoplasme et que par conséquent il n'existe plus qu'un cloaque vagino rectal dont la paroi antérieure est formée par la vessie, la paroi postérieure par le rectum. Le plafond de ce cloaque est formé en haut par la moitié du corps utérin qui le surplombe à la façon d'une calotte. Le col semble avoir été complètement détruit par la néoplasme ainsi que la moitié du corps. Il l'utérus dont les parois sont ulcérées, irrégulièrement, lisses.

Vu le rectum offre une paroi épaissie, mais la muqueuse est absolument saine. Pas d'adhérence apparente à la portion restante de l'utérus.

Reviens abdominaux.

Reins. gauche 95
droit 145

Les uretères paraissent un peu plus distendus que de coutume le droit surtout, mais le gauche assez nettement.

On dirigeant les entrailles inférieures : à gauche la sonde rencontre périnée assez profondément jusque dans la vessie. mais un peu au dessus du point d'abouchement de l'uretère dans la vessie, il existe comme un petit repli muqueux formé par les muqueuses plissées, mais qui peut s'étendre à droite. Il est accolé à droite au ligament appelé l'uretère, sans présenter de bifurcation à droite.

La sonde pénètre plus difficilement, il existe ~~un~~ quelques plis au niveau de l'extrémité inf. de l'uretère mais 40 à 5 cm au dessus de l'abouchement vésical. Ceci-ci étant également dépourvu à la temporaire.

Le rein droit présente une légère dilatation du bassinet et des calices. Cette dilatation est beaucoup plus marquée dans le rein gauche et elle est plus nette encore qui laissait présager le peu de dilatation de l'uretère.

Les deux reins présentent aussi une surface un peu grenue et quelques kystes.

Les autres viscères abdominaux ne présentent rien de spécial.

Foie	1490
Rate	120

Il existait des traces de péritonite ancienne : adhérences de l'estomac en dehors à la paroi abdominale, en dedans avec la portion moyenne du mésocolon transverse. Il existait les mêmes brides fibreuses qui paraissaient au devant du colon et formaient des adhérences ~~avec~~ à l'épiploon. Quelques adhérences au niveau du lobe inférieur du foie.

Cavité thoracique

Un demi litre de liquide dans la cavité droite pleurale.

Poumons. dr. 640.
g. 740.

Sont sains

Cœur. 305

normal

Il existe un caillot noirâtre et très peu adhérent dans le sinus femoral gauche, se prolongeant jusque dans l'iliaque.

90
43e Leçon
27 février 1903

Réflexions. - Ce qui frappe principalement dans les lésions consécutives à l'autopsie, c'est d'abord la caractère destructif intensif de la tumeur et, d'autre part, sa constitution par une substance blanche, grisâtre, granuleuse, friable constituée au niveau de toutes les parties envahies et qui rappelle celle des tumeurs malignes, de telle sorte que l'on paraît avoir affaire à une tumeur ayant débuté au niveau de la portion vaginale du col et ayant envahi et détruit tout le col et une portion du corps dont les bords sont ulcérés irrégulièrement et envahis par la substance néoplasique en désintégration.

Sur ces ~~ob~~ restes du vagin que quelques lésions irrégulières, la destruction étant à peu près complète. La paroi postérieure de la veine est également détruite, de telle sorte que la cavité forme avec celle du vagin agrandie par la destruction de ses parois, un immense cloaque irrégulier, limité en avant par la paroi antérieure de la veine et en arrière par le rectum, sur les parties latérales par des masses néoplasiques irrégulières développées dans le tissu cellulo-adipeux des parois de la cavité pelvienne, prédominant à gauche où cette masse occlue à l'os iliaque également infiltré et ramollie jusqu'au niveau de l'urètre, ulcéré au niveau de la tête humérale qui on aperçoit dénudée dans

parfait modèle. Des aiguilles osseuses sont restées adhérentes à la moitié enlevée de la côte. Mais les ganglions du même côté n'ont pas été enlevés, tandis qu'au niveau du pli de l'aine du côté droit, on voit une tumeur du volume d'une mandarine enlevée à la partie supérieure, et réunie à forme une ouverture donnant l'apparence d'un ovaire contenu auquel nous avions pensé tout d'abord.

Cette tumeur, enlevée récemment qu'elle est constituée par une masse néoplasique ayant toujours bien aspect de tubercules blanchâtres, grisâtres, granuleux et fibreux, parsemés

avoir pour origine l'envahissement des zoogloées poumons ~~du~~ ~~[illegible]~~ arrondis, mais avec extension du néoplasme au tissu cellulo-adipeux voisin pour constituer l'ensemble de cette masse qu'est bien isolée et dont l'envahissement a dû se faire par les lymphatiques, sans que ceux-ci présentent de altérations sur leur parcours, comme c'est du reste la règle.

Par contre à gauche où l'envahissement a été plus étendu et plus profond, il s'est produit un thrombus veineux, comme il arrive si fréquemment en pareille circonstance, soit par ralentissement de la circulation à ce niveau, soit aussi par infection probable.

L'examen histologique permettra sans doute de dire si l'on a bien affaire à un néoplasme malignes qui est ordinairement le plus bénin, mais qui peut aussi prendre un caractère destructif très prononcé, comme on le voit sur certaines parties du corps et notamment sur la face.

Il est à remarquer qu'avec ce caractère destructif et la grande extension locale, la tumeur n'a envahi que les ganglions de l'aine droite, elle ne s'est généralisée au delà ni dans le système lymphatique, ni dans les vaisseaux sanguins, comme c'est la règle en pareille circonstance.

il existait une hydronéphrose très apparente à gauche, beaucoup moins prononcée à droite, avec les uretères larges par dilatés, soit parce que la pression est moins augmentée à leur niveau, soit parce que leur paroi résiste plus facilement au ch-ème lorsque le liquide s'est écoulé, et qu'il y a en son moins de distension permanente.

L'hydronéphrose qui est fréquente dans le cancer de l'utérus, est attribuée à la compression tant l'obstruction plus ou moins prononcée des uretères au voisinage de la vessie. Nous avons donc cherché à nous rendre compte dans quelles conditions ~~l'obstacle~~ à l'écoulement de l'urine était produit.

En poussant une sonde cannelée dans la dernière portion de l'urètre droit pour arriver dans la vessie ou plutôt dans le cloaque formé par la tumeur ulcérée, nous avons rencontré un léger obstacle, que nous avons facilement franchi et la sonde est apparue ~~dans le vide~~ au niveau de la surface ulcérée. Ayant alors ouvert l'urètre sur la sonde, nous avons vu que si l'extrémité de l'urètre était ulcérée au point correspondant à cette surface, il n'y avait point de production néoplasique à la surface de la muqueuse présentant bien sûrement, sans rétrécissement appréciable mais que l'extrémité de l'urètre ulcéré était environnée par du tissu néoplasique

lui adhérent intimement sur tout son pourtour et faisant corps avec elle sur une hauteur de 1 cent 1/2 à 2 cent. cette portion de l'urètre a été prise pour l'examen histologique.

En recherchant comment la sonde avait d'abord pu être arrêtée avant de pénétrer jusqu'à l'extrémité de l'urètre, nous avons pu nous rendre compte que c'était parce qu'elle était d'abord venue butter contre un pli de la muqueuse formé immédiatement au dessus de la portion adhérente à la tumeur, lorsque les parties étaient en place, mais qui disparaît complètement lorsque l'on tire sur l'urètre pour le mettre dans l'extension.

à droite, nous avons eu encore plus de difficultés pour faire passer la sonde

jusqu'à l'extrémité de l'urètre bien que celle-ci fût adhérente au tissu ligneux sur une moindre étendue. Cela provenait de ce que, vers dessus, l'urètre formait plusieurs plis contre lesquels l'extrémité de la sonde venait butter nécessairement, ce dont nous avons bien pu nous rendre compte après l'ouverture du conduit. Toutefois, ces plis disparaissaient complètement sous l'influence de son extension et on ne trouvait aucune altération appréciable, si ce n'est l'ulcération moins profonde qu'à gauche, portant sur l'extrémité de l'urètre au point de son abouchement dans la vessie et quelque rétrécissement notable du conduit.

Comment l'obstacle à l'écoulement de l'urine a-t-il pu se produire dans ces conditions ?

Et d'abord y aurait-il compression de l'extrémité de l'uretère par la tumeur? Ce n'est pas probable; car après l'incision de ce conduit il était parfaitement étalé sur une certaine étendue que l'on devine. Tout au plus pourrait-on supposer que pendant la vie, la tumeur avait le volume plus grand pouvait présenter une pression plus accusée; mais cela ne pourrait être au point de retenir l'urine.

Le cause de l'obstacle provient certainement de l'adhérence de l'extrémité inférieure de l'uretère à la tumeur; car il est de règle dans tous les cas où cette extrémité se trouve entraînée d'une tumeur néoplasique ou inflammatoire et quand bien même il n'y a pas de rétrécissement appréciable à l'œil nu.

On peut dès lors se demander, en raison de quoi l'extrémité de la sonde a été arrêtée par les plis de la muqueuse, formés au dessus de l'extrémité oblitérée de l'uretère, si l'obstacle à l'écoulement de l'urine ne provenait pas de semblables plis formés au moment de la contraction de l'uretère arrivant près de la portion oblitérée. Mais outre que sur le cadavre les plis existaient sans contraction de l'uretère dans certaines parties à la lassitude du conduit, rien fait penser qu'ils doivent plutôt s'effacer au moment de la contraction; il est à remarquer que les plis étaient les plus nombreux à droite où il y avait le moins de rétrécissement et que les bords des plis formés artificiellement par le bistouri étaient tous les points où il existait le moins d'étendue ou condés.

La répétition du conduit devait la détendre et sans doute effacer le pli. Une autre fois, en pareille circonstance, on pourra essayer, avant d'introduire une sonde cannelée dans le urètre, d'injecter pour un courant d'eau pour s'assurer s'il y a ou non un obstacle physique.

Ce que il y a de pénible, c'est que, à l'examen de la surface interne de l'urètre, on n'en trouve pas qui soit appréciable, lorsque l'obstacle. Mais il ne faut pas oublier que on a affaire à un conduit musculeux double chemin de l'urine et bien non seulement par l'action de la prostate, mais encore par la contraction de ses parois.

En conséquence, on comprend bien que si la paroi vient à être atteinte en un point, la contraction soit diminuée ou anéantie à ce niveau, d'où une difficulté plus ou moins grande à la progression subséquente des phénomènes de rétention. C'est pourquoi nous pensons que l'on doit incriminer surtout l'inaction de l'extrémité de l'uretère sur un centimètre ou deux à deux centimètres qui sont intimement adhérents à la tumeur dont l'envahissement va détruire la musculeuse. C'est, du reste, un point qui sera complètement éclairé par l'examen histologique.

C'est encore un phénomène qui n'est

pas particulière à l'urètre, car partout où il y a un organe à parois musculeuses, on peut remarquer que à la suite de cette attention sur un point, que il y ait un peu un certain degré de rétrécissement, les parties situées en amont se dilatent, parce que il y a un phénomène de retention, comme s'il y avait un rétrécissement très prononcé. C'est que l'obstacle provient du défaut d'action en continuité avec celle des parties en aval, d'où l'obstacle qui n'est pas en rapport avec le degré de rétrécissement lorsque il existe à un certain point.

à remarquer mieux dans ce cas un peu d'hypertrophie de rein droit prédisposé préalablement alors que le rein gauche était de moins entaché dans

29
16e Secon
16 Xbre 1905

Autopsie du 15 Decembre 1905

1026

Femme de 67 ans — Service de Mr Boudet

Diagnostic Clinique
- Tumeur abdominale kystique
- Neoplasme de l'Utérus ?
- Cachexie progressive
- Epanchement de la Base gauche
- Phlegmatia alba dolens gauche –

Resumé Autopsie
- Néoplasme de l'utérus
- Volumineux Kystes Ovariens proligères –
- Symphyse pleurale droite – Sclerose diffuse du P. droit
- Pleurésie gauche recente.
- Endocardite aigue de la Mitrale – Caillots fibrineux recents de l'oreillette droite –
- Phlegmatia alba dolens gauche – caillot fibrino-cruorique de la Veine fémorale

---

Resumé Clinique – Pas de renseignements sur les antecedents –
C'est depuis 10 mois environ que la malade s'était mis à souffrir du ventre en meme temps qu'elle s'apercut que son ventre augmentait de volume –.
A son entrée dans le service, il y a 3 semaines, on constatait que le Ventre était très volumineux, mais était plus saillant du coté droit. – ce qui faisait de suite eliminer l'ascite – et penser à une Tumeur très probablement liquide – à un Kyste –
Au toucher = le doigt était enserré dans un anneau vaginal très dur et arrivait sur un mogmon de col lequel on sentait des vegetations ramollies – L'utérus était complètement immobilisé – Le toucher faisait un peu saigner, mais on n'avait pas l'odeur repoussante habituelle du neoplasme utérin. On pensait toutefois à une tumeur utérine

La malade cachectique s'affaiblit progressivement et meurt dans le marasme le 14 décembre.
Les derniers temps on avait constaté une Phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche l'œdème était relativement peu marqué aux bourrons. Des signes d'épanchement de la base gauche. avec signes de bronchite et d'emphysème ~~de ceté droit~~ au sommet gauche
Au cœur. on ne percevait rien d'anormal
Les urines n'avaient pas d'albumine

Autopsie le 15 Décembre 05 -

On est frappé de suite par le volume anormal et exagéré du ventre - qui est distendu surtout à droite et adhérences de l'ombilic -

A l'ouverture de l'Abdomen - on constate — Abdomen

de suite une volumineuse Tumeur kystique, multiloculaire - qui remonte en haut jusqu'au niveau de l'ombilic, sur laquelle on voit les anses intestinales qu'elles très intimement adhérentes dessinent de nombreux sillons - Cette grosse tumeur molle, renfermant manifestement du liquide ou des substances semi liquides et mucilagineuses adhère assez intimement en avant à la paroi abdominale antérieure dont on est obligé de la décoller - ainsi qu'à la paroi droite du hypochondre droit -
En bas elle plonge dans le petit bassin qu'elle ~~comble~~ comble entièrement en englobant avec elle tous les organes qui y sont contenus - Elle adhère de tous côtés aux parois du petit bassin - Cette tumeur est loin d'être unique, mais est manifestement constituée par de nombreuses poches kystiques

d'inégales grosseurs dont les unes contiennent un liquide clair, les autres un liquide glaireux d'autres enfin d'une consistance demi-liquide, molle translucide au toucher, une véritable gelée.

Après avoir péniblement libéré cette masse kystique du petit bassin, on constate que les organes génitaux-utérus et annexes, sont complètement pendus au milieu de ces masses kystiques.

Le Rectum très dilaté au niveau de l'ampoule est ouvert difficilement tellement il est tordu et contourné par les masses kystiques.

Quant à l'utérus, même le vagin étant ouvert on arrive difficilement à le dégager, à trouver le col et à ouvrir le corps.

On constate que la saillie du col a ~~[illegible]~~ totalement disparu et est remplacé par une masse ramollie sur les parois de laquelle on distingue plusieurs petits kystes ou oeufs de Nabothi.

Dans le fond du corps utérin, la muqueuse très épaissie forme une saillie blanc jaunâtre qui fait penser à un adénome des glandes du corps mais la paroi utérine elle-même semble aussi atteinte et dans la partie moyenne du corps, le muscle utérin présente aussi cet aspect blanc jaunâtre, ramolli de la muqueuse.

Les deux ovaires sont le siège de kystes volumineux. On distingue nettement la trompe gauche qui vient se fixer sur le kyste ovarien gauche.

Les annexes droits sont le point de départ de la grosse masse polykystique qui envahit tout le côté droit de l'abdomen - et même la partie médiane. Cette grosse masse kystique a déterminé la compression des uretères et particulièrement de l'uretère droit qui est bien dilaté

Le Rein droit présente ~~un effet~~ aussi un peu de dilatation du Bassinet et des calices, en outre on constate l'aspect scléreux, blanchâtre, de la pointe des pyramides —
Le Rein gauche a aussi un peu de sclérose de la pointe de quelques pyramides. mais la dilatation des calices est bien moins marquée —

Au niveau du foie — traces évidentes de péritonite ancienne hépatique — adhérences nombreuses partant de la vésicule — En outre diaphragme très adherent à la face convexe du foie qui est aussi couverte d'exsudats et d'adherences. La Rate ne présente rien de spécial — ni la Rate qui est plutôt petite — Rien à signaler du coté du tube digestif —

Thorax

A l'ouverture du Thorax on constate une Symphyse pleurale droite ~~ancienne~~ complète ~~ancienne~~. Sclérose diffuse du poumon droit mais particulièrement marquée au sommet qui l'on voit ~~p~~ tapissé de tractus noirâtres ou quelques de tubercules —
Du coté gauche on trouve une Pleurésie récente avec 3 à 400 gr. d'un liquide séreux.
Le Poumon gauche est très emphysémateux — mais il y a de l'atelectasie des 2/3 inférieurs du lobe inférieur —.
Le Coeur est manifestement gros — (320 gr.) et présente des traces évidentes de Endocardite ancienne et récente de la Mitrale — La grande valve est en effet manifestement épaissie et sclerosée ainsi que les piliers qui y attachent.
De plus on trouve quelques végétations récentes discrètes sur la gde et la petite valve — l'un aux lignes de

Dans l'oreillette droite on trouve sur la face postérieure d'assez nombreux caillots fibrineux et cruoriques. ils adhèrent assez intimement à la paroi auriculaire — on en trouve d'autres franchement cruoriques dans les replis de l'auricule — droite —

Enfin il reste à signaler la Phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche — L'autre fémorale est absolument normale En aval de la veine fémorale on trouve un caillot fibrino-cruorique relativement récent qui, adhère pas aux parois de la veine et qui mesure bien 20 centimètres de long —

16e Secon
16 Xbre 1905

Cancer du corps de l'utérus
Kystes prolifères des ovaires
Endocardite ancienne récente de la mitrale
avec un peu d'hypertrophie du cœur
Synéchies pleurales droites avec sclérose diffuse
du poumon & emphysème du poumon
gauche avec pleurésie récente de ce côté.
Phlegmatia alba dolens du membre inf. gauche.

F. de 67 ans, s. de Mr Bouchet :
Il résulte des renseignements qui nous ont été fournis que cette malade avait été considérée comme atteinte d'un cancer de l'utérus avec une tumeur abdominale probablement kystique & qu'elle avait présenté en dernier lieu une phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche. Toutefois le diagnostic était resté un peu incertain en raison de difficultés de l'examen.

Autopsie le 15 décembre 1905.

Sujet très amaigri avec souffle anormale de l'abdomen prédominant dans sa partie sus-ombilicale qui est plutôt arrondie. Œdème des membres inférieurs prédominants à gauche.

A l'ouverture du sujet, on constate au niveau de l'abdomen qu'il existe une énorme tumeur kystique sur laquelle adhèrent de anses de l'intestin grêle en haut tandis que, au dessous de l'abdomen la paroi abdominale lui adhère complètement et que il faut la détacher de toute sa surface pour ouvrir la cavité abdominale.

Quelques adhérences de péritoine sus-hépatique surtout le reflet de la vésicule, mais rien d'adhérence complète de la face supérieure du foie au diaphragme.

Adhérences complètes de plèvres du côté droit et emphysème pulmonaire très prononcé à gauche de telle sorte que le cœur est à peu près complètement recouvert par le bord du poumon. Mais épanchement de la séreuse péricardique estimé à 4 à 500 grs.

On éprouve de grandes difficultés pour
la [illegible] toujours contenu dans la cavité pelvienne avec
enlever la tumeur abdominale qui adhère aussi
au rectum
au pourtour de cette cavité, et à la vessie.

Enfin après avoir tout enlevé, on
voit qu'il ~~s'agit~~ d'une tumeur kystique
~~qui~~ a cédé sur qqs. points en donnant
issue à une petite quantité de liquide ~~[illegible]~~
~~[illegible]~~ à un mucus épais, filant et
luisant ~~[illegible]~~ très épais, mucilagineux
~~De~~ telle sorte qu'il y a un peu d'affaissement
de la surface de la tumeur sur ces points,
tandis que sur d'autres points elle
apparaît bombée ~~et fluctuante~~
ou plus ou moins consistante, mais
toujours de coloration blanchâtre
et d'aspect gélatiniforme ~~[illegible]~~
et hyalin.

Il existe une masse principale
qui a 20 à 25 cent. de largeur sur 15
environ de hauteur, ~~se~~ continuant avec

un nom mass du volume d'un poing qui paraît avoir son origine au niveau de l'ovaire droit, tandis qu'une autre masse semblable à cette dernière se trouve au niveau de l'ovaire gauche, la tumeur de ce côté s'opérant très bien au niveau de cette dernière tumeur.

Quant à l'utérus compris entre ces tumeurs auxquelles il est intimement adhérent, nous avons eu beaucoup de peine à le découvrir.

Ayant ouvert le vagin, nous arrivions sur le col où se trouvent de petites saillies formées par des amas de Nabloth résultant d'une hypertrophie des éléments glandulaires de cette région.

Ce sont ces saillies qui avaient été considérées pendant la vie comme se rapportant à un col fongueux cancéreux.

nous avons eu beaucoup de difficulté à faire pénétrer une sonde cannelée dans la cavité utérine, car à deux ou trois centimètres de profondeur nous pénétrions dans un trou qui cédait devant la sonde dont l'extrémité venait sortir près de la tumeur gauche.

Cependant après avoir ouvert le col jusqu'à une portion ramollie dans laquelle la sonde a pénétré, nous finissons par découvrir du côté droit la continuation de la cavité utérine dévié de ce côté. Depuis nous ouvrons. Nous avons vérifié avec les yeux l'utérus entier ouvert et nous avons pu juger les altérations.

Il existe très manifestement dans le fond une tache anormale de la muqueuse de coloration après jaunâtre comme la graisse de l'organe, mais distincte d'elle et se rapportant manifestement à la muqueuse tuméfiée

cette transformation se continue au niveau de la partie moyenne du corps de l'utérus qui présente à gauche un ramollissement très prononcé à travers lequel la sonde a passé. A ce niveau il n'est plus possible de distinguer la muqueuse transformée de la paroi utérine, de telle sorte qu'il est possible que l'on ait affaire à un cancer de l'organe ou plutôt à un épithélioma provenant de la transformation maligne d'un adénome dont le fond de l'utérus présente encore les caractères habituellement bénins, comme celui dont il a été question dans la précédente séance.

L'examen histologique de l'utérus et de son contenu ne les deux points permettra probablement de dire s'il s'agit bien d'un adénome devenu malin ou seulement d'un

adénome accompagné d'un ramollissement de la paroi utérine par suite de entraves à la circulation qui ont pu se produire dans les conditions où se trouvait l'utérus comprimé par des tumeurs ~~avec~~ quelle ~~la~~ paroi était complètement adhérente.

S'il s'agit d'un simple adénome, c'est ~~la~~ coexistence assez fréquente avec une tumeur ordinaire bénigne des ovaires, c'est ordinairement avec un adénome kystique.

Il n'y aurait rien d'étonnant non plus à ce que l'un des adénomes soit devenu malin ou bien que tous deux aient cette tendance à la malignité.

Les kystes des ovaires ~~[illegible]~~ sont ceux-ci, tantôt ~~[illegible]~~ que l'on désigne sous le nom de kystes prolifères ou prolifères, sont considérés comme des tumeurs bénignes

on ne voit que dans l'immédiat des cas, ils ne se généralisent pas.

Cependant on voit tant considérable de volume, ils peuvent causer des désordres graves pour les compressions des organes vitaux et surtout par les adhérences qu'ils contractent avec eux, et telle sorte qu'ils deviennent des productions qui ne sont pas exemptes de danger.

Mais aujourd'hui, grâce à la technique chirurgicale aseptique, on procède ord. à leur ablation avant qu'ils aient occasionné ces accidents.

Toutefois il y a des kystes qui comportent un pronostic plus ou moins grave.

Ce sont les hydatiques sont ceux qui sont dits uniloculaires. Non que ils le soient véritablement, mais parce qu'ils n'ont qu'une plus ou moins grande cavité avec peu de petits kystes

voisins ou seulement dans le pédicule. Ces kystes, en général n'entretiennent aucun d'adhérences avec les parties voisines. Ils sont facilement isolés et enlevés.

Il arrive tout autrement des kystes ~~dits~~ multiloculaires et d'autant plus que le liquide qui les remplit est plus épais, gluant ou mucilagineux ou bien de nature qui provoquent ~~des~~ parties solides, comme dans ce cas.

Ces kystes sont alors doublés avec prédominance ~~dans~~ tout. Ils s'accroissent rapidement, en contractant des adhérences avec toutes les parties voisines, notamment avec les intestins, au point que leur ablation devient très difficile et dangereuse. C'est ainsi que ~~dans ce cas~~, cette ablation eut été sans doute impossible.

Et dans les cas où la chirurgie

paraissent avec beaucoup de peine à séparer le kyste de toutes ses adhérences et en faire l'ablation, il arrive que des récidives se produisent, non pas comme dans les tumeurs bénignes où une partie de l'organe a été laissée en place, sur cet organe, mais sur les parties voisines et notamment sur les points où existaient des adhérences, sur les surfaces où les éléments de la tumeur ont été en quelque sorte ensemencés.

Plus les tumeurs paraissent constituées par des mauvaises composantes à rapide développement et plus elles ont cette tendance à la malignité.

C'est avec elles tout alors constituées par une grande quantité d'éléments

cellulaires doués d'une grande vitalité en raison d'une riche vascularisation. C'est ce qui doit exister dans ce cas. Et c'est ainsi que ces dénutrissons de ~~cerveau~~ et de la muqueuse utérine ont pu prendre une allure maligne, très vraisemblablement sous l'influence de la même cause que nous ne connaissons pas.

~~La congestion, avec adhérence, exercée par les tissus au niveau du petit bassin~~ a dû se faire surtout sur les uretères, car nous trouvons les bassinets un peu dilatés et les papilles pour l'extrémité des pyramides ~~du~~ peu blanchâtres et parfois aplatées.

Rien de particulier du côté du foie, si ce n'est ~~des fausses~~ péritonite sous-hépatique et autour sus-hépatique.

La pneumonie droite présente une symphyse

pleurale complète se rapportant à une sclérose diffuse, surtout bien appréciable au niveau du lobe supérieur. C'est, en effet, la cause la plus fréquente de cette symptomatologie complète ou incomplète que nous rencontrons si souvent, et l'on peut dire sur la plupart des sujets; ce qui fait voir, comme dans ce cas, l'autre poumon est, ou contrôle emphysémateux pour compensation.

~~Ensuite~~ Il est survenu en dernier lieu des phénomènes infectieux surajoutés aux lésions viscérales et qui se sont manifestés à plusieurs reprises pour une pleurésie récente localisée naturellement du côté qui était resté sain, nous trouvons, en effet, une atélectasie dans les deux tiers inférieurs du lobe inférieur avec quelques rares foyers à la surface du poumon et dans le liquide pleural.

Il existe une endocardite récente de la mitrale caractérisée par un groupe de végétations à la partie moyenne de la grande valve immédiatement au dessus de la légère d'occlusion, et qui doit être attribuée à la vieille infection. Cette localisation qui n'est pas très rare en pareille circonstance, peut trouver dans ce cas une cause prédisposante dans une endocardite ancienne dont on constate la trace dans un épaississement de la partie centrale du bord de cette valve beaucoup plus ancien que ne le comportent des végétations récentes, comme celles qui viennent à cet endroit. C'est vraisemblablement parce qu'il existait déjà une lésion d'endocardite ancienne que une localisation nouvelle s'est manifestée à l'occasion d'une nouvelle infection. C'est pourquoi il faut tenir grand compte des

antécédents pathologiques dans la recherche des lésions multiples qui peuvent aboutir à un moment donné

A notre avis la présence de zoog. [illegible] fébriles. Débuts à la paroi dans l'oreillette droite sur l'infarctus [illegible] consécutives

Enfin la phlegmonie consécutive devait relever de la même infection.

Cette lésion qui est ordinairement bien manifeste doit toujours faire rechercher s'il n'existe pas d'autres localisations provenant de la même cause infectieuse surajoutée à la maladie organique, notamment du côté des poumons et des plèvres, du cœur et du péricarde, etc.

C'est ainsi, comme on le voit depuis Bouillaud, une affection qui doit faire rechercher, en dehors de l'état puerpéral, s'il n'existe pas une lésion organique quelque part.

J'ajouterai que cette affection est également très souvent d'origine tuberculeuse et que, si l'on a pu éliminer l'hypothèse d'une tumeur, il faut surtout songer à la possibilité d'une tuberculose [illegible]

Lyon (suite)
1907

1189

Autopsie faite par le service de M. Vallas le 19 décembre 1907.

Cancer de la muqueuse utérine. Myome utérin concomitant.
Généralisation hépatique et pulmonaire.

Résumé clinique. Femme de 49 ans.

Début de l'affection en mai 1907 par des pertes hémorragiques devenues quotidiennes
Col utérin ulcéré au toucher.
Teinte jaune paille et amaigrissement.
Douleur au cou-de-pied droit.

Autopsie.

La pièce concernant les organes génitaux est en mauvais état, il est assez difficile de s'orienter. Cependant on voit nettement que le col utérin ulcéré a

en partie disparu. Toute la muqueuse du corps est déchiquetée, formée de bourgeons friables. Enfin, à la partie postérieure et supérieure du corps, un petit mufome fait une saillie très nette. Les ovaires et les trompes paraissent englobés dans la masse.

Le Foie pèse 1800 g. Il est envahi dans sa totalité par des noyaux secondaires très nombreux, mais de volume assez réduit, gros comme des lentilles, des pois ou des noisettes. Ils sont blanchâtres et à bords très irréguliers. Autour de chacun d'eux le tissu hépatique présente une vascularisation exagérée.

Les reins : P: 330 ensemble. Les calices et les bassinets sont un peu dilatés. Les uretères n'ont pas été vus, et devaient être comprimés.

Rate : P: 170 g.

Thorax.

Un peu de liquide dans les deux plèvres.
Les bases des deux poumons sont atelectasiés.
A la surface des plèvres on voit de petits nodules blanchâtres, tous superficiels, ressemblant à ceux des granulations tuberculeuses, mais dus probablement à la généralisation cancéreuse.
Il n'y a pas de noyaux dans le parenchyme pulmonaire. Mais à chacun des sommets on trouve un petit point très sclérosé et probablement tuberculeux.

Cœur: P: 340. Rien au péricarde. Rien aux orifices.

7e Leçon (suite)
11 Xbre 1907

Cancer de la muqueuse utérine avec myome utérin ; généralisation hépatique et pulmonaire.

—

F. 49 ans, s. de M. Vallas.

Il résulte des renseignements fournis que la malade avait une teinte jaune paille du tégument, comme on en voit à ce degré que dans le cancer utérin ou viens dans le cancer de la muqueuse utérine, accompagné d'hémorragies répétées ; toutes les conditions étaient réalisées pour aboutir à un état d'anémie intense ou cachexie.

En même temps que le néoplasme malin ulcéré, il y a un petit myome interstitiel. C'est là un phénomène fréquent. On trouve même plus fréquemment des myomes ou de simples adénomes de la muqueuse ; ce qui est encore un argument pour considérer ces dernières lésions, non comme des inflammations, mais bien comme des tumeurs.

La maladie n'a duré que quelques mois, non seulement parce qu'une grande partie de l'utérus a été détruite, mais parce que les lésions ont donné lieu à des hémorragies répétées et que ces deux phénomènes ont accéléré rapidement la cachexie. En outre la terminaison a dû être encore avancée par la production des phénomènes de généralisation favorisés par l'état des lésions ulcérées et portant en quelque sorte une cavité presque close. C'est une éventualité dont il faut toujours tenir compte dans le pronostic de cette affection.

La généralisation au foie est intéressante sous la forme de petits noyaux tout à fait contours irréguliers, bien différents de ceux provenant des tumeurs primitives du foie ou de l'intestin.

Phénomènes de généralisation très discrets sur les poumons, sans que il existe de lésion appréciable ~~xx~~ parenchyme pulmonaire.

Probable [illegible] de composition de urines.

Dr Lecon (suite)
9 Xbre 1906

1109

Autopsie du 18 decembre 1906

Néoplasme de l'ovaire
Généralisation péritonéale

Femme de 58 ans – Service de M. Poncet.

Résumé clinique.

Entrée pour une tumeur abdominale.
Laparotomie. On referme sans avoir rien fait, lorsqu'on s'aperçoit de la généralisation.

Autopsie

Ascite considérable.

On trouve dans le petit bassin une grosse tumeur, bourgeonnante, probablement développée

au dépens d'un ovaire, car on retrouve l'autre ovaire intact, et l'utérus n'a rien.

Généralisation péritonéale caractérisée par la présence de petits nodules péritonéaux ressemblant sur quelques points à des granulations tuberculeuses dont ils diffèrent sur d'autres, lorsqu'ils apparaissent sous forme de plaques ou de gros boutons isolés.

Rien à signaler aux autres organes sinon :

le Cœur qui est particulièrement petit. P : 200.
Il présente un peu de surcharge graisseuse cachectique

Foie : 1170. gras.

Poumons : 1180 (Ensemble)

Reins { 139 / 120 } sans lésions apparentes

Rate : 60 grammes, très petite.

Examen histologique { Rein / Cœur

Réflexions. Rien présente surtout pour montrer la carcinose péritonéale et montrer les différences avec la tuberculose, égale et à forme ascitique en faisant encore remarquer le petit volume de la rate se rapportant à un néoplasme abdominal.

22 — 15 Xbre 1906. F. 58 ans. Cancer de l'ovaire non opéré.

Rx. hist. du cancer ovarien : rien de particulier, le substratum hyalin interstitiel, périvasculaire, paraît très ancien, probablement en raison du petit volume du cancer.

Lecon (suite)
n. 1906

1088

Autopsie faite par le service de M. Gangolphe
le 17 novembre 1906

Tumeur maligne de l'ovaire droit.
Generalisation peritoneale et hepatique
Hydronephrose double.

Femme de 39 ans. Salle St Martin.

Résumé clinique.

Malade entrée avec une grosse tumeur abdominale.
Aucune intervention ne fut faite.
Mort après 18 jours d'année.

Autopsie

La tumeur est formée au dépens de l'ovaire droit;
elle est grosse comme une tête d'adulte. Il y a un
gros noyau central d'où émanent les prolongements.
Quelques points paraissent kystiques à la periphérie.

mais tout le reste de la masse est formé d'un tissu blanchâtre, un peu sec et granuleux.
Nombreuses adhérences de l'intestin et de l'appendice avec la tumeur.

L'ovaire gauche est indemne.
Le péritoine du petit bassin est parsemé de grosses granulations cancéreuses
La muqueuse utérine est normale.
Le foie présente quelques noyaux de généralisation dont le volume est variable : petit pois, noisette, noix.
Le rein droit est volumineux, et présente une hydronéphrose bien évidente. L'uretère est dilaté : et on voit le point aplati où la compression s'exerçait.
Le rein gauche présente les mêmes lésions mais beaucoup moins marquées.

Examen histologique : noyau hépatique

6
7e Secon
6 février 1905

autopsie du 16 février 1905

983

- Tumeurs kystiques et végétantes des deux ovaires, particulièrement de l'ovaire gauche ; propagatives à la paroi du petit bassin par contact ; généralisation à la paroi abdominale sous la forme kystique.
- Myomes utérins calcifiés
- Péritonite chronique avec ascite volumineuse ; exsudats récents, probablement en partie néoplasiques

Femme de 55 ans. Service de M. Bondet

Renseignements cliniques.

Au moment de la ménopause, il y a 8 ans eut une tumeur du côté gauche de l'abdomen pour laquelle elle fut opérée par M. Jabouley.

Le ventre a commencé à grossir progressivement depuis 3 ans.

Elle a fait 3 séjours à l'hôpital.

Dans le premier séjour (fin 1903) on constata de l'ascite avec hernie ombilicale, sans circulation collatérale. Ponctions 15 à 18 litres de liquide un peu lourd : foie non volumineux.

le toucher rectal montrait un utérus
fixé en position normale.

Dans le second séjour (mai-juin 1904)
signes analogues avec circulation
veineuse assez marquée de la
115 centimètres de tour
autée la plus
d'une
de liquide
foie n'est
La palpation du
douloureux et
prisonnement.
donne les
que
rejette l'hypothèse
ses à une

nir.
t dans le
l'avant-veille
ne ascite toujours
tat cachectique.
surtout à

avait pas été
t dans les

le tableau rapporté montrait un utérus fixé en position normale.

Dans le second séjour (mai-juin 1924) signes analogues avec circulation veineuse assez marquée de la paroi. 1/5 centimètre de tous de ventre dans la partie la plus saillante. Ponction d'une quinzaine de litres de liquide épais, trouble. Le foie n'est pas gros ni la rate. La palpation du ventre est un peu douloureuse et l'on perçoit quelques frottements. Le tableau rapporté donne les mêmes renseignements que précédemment. On rejette l'hypothèse de cirrhose pour penser à une péritonite chronique.

Elle peu d'albumine.

La malade revient dans le service une 3e fois l'avant-veille de la mort avec une ascite toujours considérable, un état cachectique, obnubilité et matité surtout à la base droite.

L'albumine n'avait pas été trouvée antérieurement dans les séjours antérieurs.

Autopsie

Sujet petit, amaigri, mais avec un ventre ~~ex~~ proéminent à un degré extraordinaire, refoulant et écrasant très largement la base du thorax. Sur la vaste saillie formée par l'abdomen, ~~[illegible]~~ déplissement de l'ombilic formant une poche grosse comme le poing.

Abdomen

On s'écoule une très grande quantité d'un liquide jaune un peu ambré, très légèrement trouble, et contenant quelques rares flocons fibrineux ; on le recueille en grande partie dans un vase et l'on peut ainsi constater qu'il y en a au moins 15 litres.

Le péritoine est partout fortement épaissi, gris sombre ; sur les viscères il a le même aspect ; il les recouvre tous d'une teinte uniforme, sans qu'il y ait des adhérences entre eux, et au premier abord on ne peut les distinguer, le foie ayant des bords mousses et arrondis comme s'il s'agissait d'une anse du colon. D'ailleurs tout le tube digestif est fortement distendu par des gaz.

Il existe cependant des adhérences anciennes en deux points :

1° le gd épiploon, rétracté contre le colon sur presque toute son étendue

est cependant libre vers son milieu et forme là une corde épaisse plongeant dans le petit bassin et adhérent à l'utérus.

Il en outre il existe une bride isolée allant de la vésicule au colon.

Les organes de la partie sup. de l'abdomen sont très fortement refoulés dans la concavité du diaphragme qui est très élevé : à droite la coupole remonte j. au 2e espace sur la ligne mamelonnée à gauche jusqu'à la 4e côte. +

Le colon transverse forme vers le foie un coude qui remonte très haut.

Indépendamment des signes de péritonite chronique il existe des exsudats récents sous formes de lamelles fibineuses étendues çà et là à la surface des viscères ou de la paroi. Et même dans un point, sur la paroi antérieure de l'abdomen à un doigt de ~~quelques~~ centimètres au dessus de la symphyse, sur une surface grande comme la paume de la main les exsudats ~~en~~ ont l'aspect de très petites masses gemmes, un peu jaune brun ; ~~qui~~ il faut penser aux végétations du néoplasme que l'on va trouver sur l'ovaire droit. ~~et~~

Dans la paroi abdominale antérieure, en dehors des muscles, existe à peu près

+ Cependant en dehors on constate que le point du cœur correspond au 2e espace où l'on devrait percevoir le bruit de la bulle du cœur.

30 au même niveau un kyste gros comme un
œuf de pigeon, à paroi blanche,
fibroïde de 1 millim. environ, répétition
ovoïde ; il contient un liquide
filant légèrement brun ; sur la
surface interne, blanche se détachant
de très petites élevures grennes, comparables
à celles qui existent dans le kyste de l'ovaire et sur les points
précédemment indiqués du péritoine.

L'ombilic est déplissé et à sa
place s'est formée une poche lisse
grosse comme le poing communiquant
avec la cavité abdominale par un
orifice entouré d'une sorte de
collet, et dans lequel on peut
faire passer largement 3 doigts. Il
ne contient que du liquide.

Utérus. allongé, sa cavité
mesurant 8 1/2 centimètres. Les avant
de lui et à gauche, myome aussi gros
~~comme~~ que l'utérus lui même,
ovoïde, dont les 3/4 sup. sont
complètement calcifiés, le 1/4 inf.
étant plus mou, d'aspect un peu
myxoïde, avec quelques points calcaires.
Ce myome est sous-péritonéal, et
indépendant de l'utérus. Un autre
gros comme une noisette, d'aspect
normal existe en arrière de l'utérus,
également sous-péritonéal et sans
connexions avec lui.

Ovaire gauche Transformé en une

masse dont le volume total est environ celui d'un poing et dont la moitié droite est kystique, la moitié gauche étant bourgeonnante et d'aspect papillaire, blanchâtre, rosé, formée d'un amas végétant à petits pédicules. La partie kystique est représentée par une poche à 3 diverticules, ayant l'aspect ordinaire des ovaires kystiques, parois blanches minces, transluides, lisses, liquide jaune légèrement filant. La partie bourgeonnante est également cernée à la périphérie de petits kystes mais la portion périphérique forme des saillies en chou-fleur très friables, jaune pâle, à papilles très délicates. Sur la paroi latérale gauche du petit bassin, au contact avec l'ovaire mais sans lui adhérer, existent de saillies végétantes ayant absolument les mêmes caractères, et dont l'ensemble est gros comme une mandarine.

La trompe, normale, malgré l'ablation V, X vait près de l'ovaire.

L'ovaire ~~gauche~~ droit forme un seul kyste gros comme une mandarine, tout à fait analogue à la partie kystique de l'ovaire gauche. A la face interne de la cavité, quelques très petites végétations sessiles jaune clair.

L'adhérence du g^d épiploon signalé plus haut se faisait en réalité sur le moyeu utérin calcifié. La corde

épiploïque ainsi formé contenait, à un doigt de centimètres au dessus un nodule dur, en partie calcifié, en partie blanc gris assez ferme, ayant l'aspect d'un ganglion, et gros comme une amande.

Rien à la vessie

Aucune trace de tumeur ailleurs. Aucun ganglion mésentérique.

Foie 1360 g. engainé dans le péritoine épaissi, à bords mousses, avec des sillons de corset également mousses sur leurs bords. A la coupe aucune trace de sclérose, mais parenchyme fortement comprimé, d'aspect cholémique.

Vésicule contenant 2 calculs; un autre gros comme une amande enclavé dans le cystique.

Rate petite avec épaississements cartilagineux de la capsule. 75 g.

Reins 115 et 105 g. contenant chacun quelques kystes gros comme des pois au même des noisettes; capsule un peu adhérente; surface irrégulièrement bosselée et finement chagrinée.

Rien à l'estomac

Thorax

Organes fortement refoulés et comprimés: la pointe correspondant à la 3e côte et même au 2e espace (du bord [illegible])

53

Rien au coeur 245 g.

Rien aux poumons sauf une atélectasie incomplète (aspiration légèrement persistante — les fragments surnagent) étendue à tout le lobe inf. droit et localisée à gauche à l'extrême base.
Sommets emphysémateux. { Poum. dr. 385 g.
— g. 260

Rien dans les plèvres.

Corp. thyroïde : rien.

27e Leçon
16 février 1909

983

Tumeur kystique des ovaires d'origine papillaire avec péritonite ascitique considérable.

F. Eggers, s. de M. Boudet.

Cette observation est particulièrement intéressante à beaucoup de points de vue et notamment au point de vue du diagnostic différentiel avec une cirrhose hypertrophique que l'on avait fini par éliminer tout en pensant pour rattacher l'ascite à une péritonite chronique causée par une affection des organes génitaux.

Au premier abord il semblait qu'on avait affaire à ces kystes doubles des ovaires ayant pour origine leurs follicules et qu'il y avait surplus sur l'ovaire gauche

un tumeur papillaire d'aspect solide, mais irrégulière et disposée et qui s'était propagée à la paroi latérale de la cavité pelvienne à la façon de certains kystes de l'ovaire.

Or, en ouvrant les kystes, nous avons vu qu'il existait dans chacun, mais surtout dans celui du côté gauche, des amas papillaires de même nature que ceux de la périphérie. Enfin l'ex. micr. de ces productions fait immédiatement après durcissement par l'acide nous a montré qu'il s'agissait de petits kystes utérins à stroma cellulaire abondant et doublés cavités étaient tapissées par un épithélium cylindrique, le protoplasma entourant les cellules étant clair translucide et peu abondant.

Son tumeur a donc évolué d'une manière très lente et plutôt bénigne, à la façon de ce qui se passe dans la plupart des kystes de l'ovaire, mais des kystes volumineux, dits prolifères.

Cependant, dans un cas de ce genre, nous avons vu la paroi pelvienne envahie comme dans ce cas; mais c'était aussi après une intervention, de telle sorte que cette extension à la paroi pelvienne dans ce deux cas après une intervention opératoire où la tumeur a été ouverte dans la cavité, me fait croire que cette circonstance peut expliquer l'extension aux parois qui ne se produit pas autrement des kystes les plus prolifères lorsqu'ils sont restés ~~[illegible]~~

par leur membrane d'enveloppe.

Il est probable aussi que, dans ce cas, le kyste trouvé dans la paroi abdominale en dehors des tissus fibro-musculaires où il semblait faire hernie dans le tissu sous-cutané, doit provenir de la même intervention et non d'une infection par les voies lymphatiques ou sanguines, vu qu'il n'existait ailleurs aucune trace de généralisation, ni dans les ganglions, ni dans les organes; toutefois que les points secondairement affectés se trouvaient précisément sur les points où avait porté l'intervention chirurgicale.

Il résulte de cette remarque que si l'on juge nécessaire une intervention

opératoire pour un kyste de l'ovaire, on devra éviter de le enlever d'une manière partielle et même de le ouvrir dans la cavité abdominale.

Ce qui a fait la gravité dans ce cas, c'est bien la production des nombreux papillomes à la surface du kyste gauche et sur la paroi pelvienne correspondante; car ces productions ont été l'origine de la péritonite chronique à laquelle la malade a fini par succomber.

Il semble même que ce soit la gêne produite par l'épanchement et par les adhérences des organes abdominaux qui aurait été la cause de la mort, car

on en voit rarement de pareille.
Jamais nous n'avons vu noter
un pareil refoulement du diaphragme
si prononcé du côté droit que
le foie étant abaissé et tuméfié, rien
ne confondait avec les intestins,
par l'épaississement du péritoine enflammé,
il y avait eu dans une qde
quantité d'hydrocèle qui avait fait
croire que la malade succombait
à une pneumonie.

Il est probable que c'est parce que
la malade était dans un état trop
grave pour être suffisamment examinée,
car, avec un examen suffisant, on
n'aurait pas pu commettre une pareille
erreur de diagnostic, mais on aurait pu croire
plutôt à un épanchement pleurétique

26e Séance
12 janv. 1901

Kyste de l'ovaire

Epithélioma unicéllulaire de Malassez
Kyste prolifère, multiloculaire, etc.

Kyste claviforme pesant 12 kil.
doit provenir probablement d'un follicule peu âgé, surtout de tout jeune développement. C'est aussi surtout dans les cas où comme ici les ~~kystes~~ kystes sont en quantité innombrable.

Tumeur bénigne, mais capable dans certains cas de la généralisation surtout par extension de proche en proche.

Rapporteur : Pourquoi obtient-on des kystes de la Grossesse qui a expulsé le fœtus ; Kystes gros dans un temps assez court, en 1 an. Après l'accouchement, le kyste diminue, mais il reste un kyste suppuré ou pelvien, il faut qu'il ait été fait [illegible]

21e Leçon (suite)
21 Xbre 1895

Sarcome du testicule enlevé chez un homme de 49 ans par M. Gangolphe (testicule droit)

Tumeur du volume d'un poing constituée par un tissu blanc-grisâtre avec foyers d'aspect lardacé, mais présentant des portions d'une teinte blanchâtre, du volume d'une noisette, d'aspect consistance moindre mais avec un ramollissement d'une de ces portions. Sur d'autres points de tout des portions un peu moins volumineuses de coloration jaunâtre et d'aspect caséeux avec consistance ordinaire.

L'examen d'un petit fragment frais, par dissociation, montre que

les portions blanchâtres et molles renferment beaucoup de cellules à protoplasma granuleux avec noyau peu coloré au centre duquel se trouve un gros nucléole très visible, même lorsque le noyau l'est à peine. Les cellules fuisiformes sont peu nombreuses.

Moins dans les portions jaunâtres plus fermes, c'est le contraire; il existe beaucoup de cellules fuisiformes à protoplasma peu abondant et très transparent, très clair. Il y a aussi des cellules rondes dont les noyaux ronds sont bien colorés avec peu de protoplasma toujours très clair.

Cancer du sein. 432

Trouvé sur chez une femme de 36 ans qui a nourri 10 enfants dont 1, il y a 1 an (1. de la Guadeloupe)

Dans la tumeur, d'aspect blanc, quelques parties ~~d'aspect~~ du reste d'un aspect cardacé, rétrécissent, on voit des portions jaunes, d'aspect caséeux, de forme irrégulière et portant sur tout le tissu -

3

11e Leçon (suite)
27 nov. 1897

Cysto-~~papillomes~~ épithéliomes de l'ovaire

551

Ensuite constitué par une gde poche pouvant contenir en moins une ttes dépaisseur de renfermant un liquide assez clair, d'aspect gélatineux. Il peut être clos comme pouciloculaire; car la gde poche ne renferme que une demi-douzaine points un peu d'épaisseur correspondant à la présence de ses petits kystes centriculaires agglomérés ou trouve aussi dans le fond de la poche deux saillies pédiculées du volume d'une grosse noix situées à 4 ou 5 cent. l'une de l'autre et constituées l'une par un amas de kystes vésiculaires du volume d'une lentille à un haricot, ~~[illegible]~~ et l'autre par ~~des~~ agglomérations de saillies papillaires donnant à la surface un aspect mûriforme, tandis que l'autre saillie avait l'aspect muqueux.

Ces saillies d'aspect différent dont nous cherché à faire des tissus de différents matériaux montrant bien que ces dispositions anatomiques sont absolument secondaires puisque on peut les rencontrer sur une même pièce dans un même kyste. —

COLLECTION

R. TRIPIER

LEÇONS
ANATOMO-
CLINIQUES
5

MALADIES
DES REINS

ETC.