4me Leçon
10 nov. 1896

Hypertrophie - Hyperplasie

Le mot hypertrophie sert, depuis le commencement de ce siècle à désigner les parties qui augmentent anormalement de volume sans altération de structure.

Je crois pouvoir vous démontrer que cette définition ne s'applique à aucun cas, car les augmentations de volume sans altération de structure ne sont pas anormales et les augmentations de volume anormales ne se rencontrent pas sans altération de structure.

Remarque des auteurs relative aux lésions désignées sous le nom d'hypertrophie avant l'emploi du microscope et même depuis ce moment de telle sorte que il n'indique le plus souvent que l'augmentation de volume d'un organe.

analogie alors les auteurs continuent à confondre sous le terme de lésions nombreuses.

Pour se rendre compte de l'hypertrophie des éléments constituants des organes, il faut se souvenir que l'organisme ne se trouve jamais dans un état stable.

Les éléments anat. sont continuellement le siège d'échanges ou de renouvellements en rapport avec leur nutrition et leur fonction. Ces phénomènes qui sont en raison inverse avec des extrêmes de la vie, peuvent être augmentés, diminués ou pervertis à toutes les périodes sous l'influence des causes extérieures ou intérieures.

D'après Virchow 1° hyp. : par développement exagéré des éléments constituants d'un organe (hyp. simple) ; 2° par augmentation du nombre de ses éléments cellulaires (hyp. numérique ou hyperplasie) désignée aussi par Robin sous le nom d'hypergénie. — Opinion des auteurs — Ch. de Virchow et de Cohnheim (p. 7) —

Production simultanée de deux sortes d'hyp.
Leurs types physiologiques : utérus et glande mammaire pendant la gestation et l'allaitement.

Ex. des préparations.

L'hyp. propremt dite, même avec certaines modifications paraît bien manifeste.
Mais l'hyperplasie semble difficile à démontrer.

Malgré les modifications profondes survenues dans la structure de ces organes, on ne constate pas les altérations que nous allons rencontrer dans les hyp. path. admises par les auteurs.

On cite comme fréquente l'hyp. des muscles et des glandes, de la rate, des ganglions, etc.

Examinons les cas qui se présentent le plus fréquemment.

Hyp. des muscles.

a. physiologique

b. pathologique

La première a pour caractère d'être mobile, l'organe pouvant revenir à son état antérieur.

La seconde est permanente et elle s'accompagne de lésions plus ou moins prononcées

Ex. de préparations se rapportant à l'hypertrophie du cœur si souvent relatée dans les observations.

opinion des auteurs au sujet de l'augmentation de volume et du nombre des faisceaux musculaires et des autres parties constituantes de l'organe.

Les dimensions très variables des faisceaux musculaires rendent bien difficile la démonstration d'une augmentation de volume et impossible celle d'une augmentation de nombre.

Toutefois la comparaison entre les poumons des gros et des petits chiens montre qu'il existe des variations notables dans le volume des poumons en rapport avec le volume des chiens. Il est donc rationnel d'admettre l'augmentation du volume dans l'hypertrophie. mais en même temps augmentation de volume de tous les éléments constituants de l'organe.

Cette augmentation de volume de tous les éléments est suffisante pour expliquer l'hyp. et il n'est pas nécessaire d'y ajouter l'hyperplasie des fibres musculaires qui ne saurait être démontrée actuellement.

Mais dans ces cas d'hyp. du cœur on peut prétendre toujours en pratique les coupes trouver des lésions d'insuff. manifeste,

caractérisée par une sclérose plus ou moins étendue, notamment au voisinage des valvules. Aussi cette hyp. considérée par la plupart des auteurs comme produite par l'action augmentée du muscle pour surmonter un obstacle, est elle considérée par d'autres comme le résultat d'une inflammation.

Nous verrons à propos de l'infl. que il existe une transition insensible entre les productions dites hypertrophiques et celles considérées comme inflammatoires.

L'hyp. du cœur ne retrouve jamais contrairement aux hyp. phys. pris comme ~~terme~~ de comparaison par les auteurs et la structure de l'organe rend bien compte de ce fait; mais elle est anormale toutefois qu'elle devrait être normale suivant la définition adoptée par les auteurs.

Peu importe que l'obstacle soit persistant ou momentané pour être éloigné, le foie indéfiniment est la structure normale. Il est pas probable qu'il existe un hyp. du cœur d'après la définition

théorie de Virchow et de Cohnheim pour expliquer l'hypertrophie.

Relation étroite entre l'augmentation de fonction d'un organe et l'accroissement de sa nutrition : l'apport d'une plus grande quantité de sang ne suffit pas pour déterminer l'hyp. des cellules ; il faut encore que celles-ci soient aptes à assimiler les matériaux de nutrition et à éliminer les déchets.

D'autre part une activité plus grande de la cellule, si elle n'avait pas les matériaux nécessaires pour y pourvoir l'épuiserait bien vite et aboutirait à un effet tout opposé de l'hypertrophie, ce qui se produit du reste lorsqu'il existe un obstacle absolu au fonctionnement d'un organe : mais alors on peut dire aussi qu'il se nourrit moins bien.

En somme il faut pour que

les fibres musculaires augmentent de volume qu'elles soient douées d'une activité plus grande et d'une nutrition en rapport avec cette activité.

Si pour une cause quelconque ce rapport n'est pas absolument conservé; on comprend que le processus nutritif soit perverti et aboutisse aux lésions dites inflammatoires.

C'est ce qui arrive pour le cœur dont l'augmentation initiale de volume a peut-être bien été une augmentation de volume des fibres musculaires des oreillettes; mais qui n'a pas tardé à devenir une altération plus complexe entraînant probablement de la perméabilité de la paroi par suite de l'augmentation de volume des troubles circulatoires et nutritifs qui ont dû survenir à la longue, sans vice qu'un cœur sain soit peu sujet dans toutes les agressions immédiates sur le tissu cardiaque.

~~Glandes de~~ rien pour d'autres organes : artères, veines, bronches, reins, tube digestif, &c.

Examen des préparations d'organes glandulaires

Hyp. physiologique possible sous l'influence d'excitations momentanées.

Mais les glandes dites hypertrophiées présentent toujours des altérations de structure.

Foie dit hypertrophié comporte toujours des lésions, mais surtout le foie graisseux de la foie cardiaque, toujours au plus ou moins de sclérose.

Le foie graisseux hyp. c.a.d. une surcharge graisseuse seule peut être considéré, ne saurait comme une hypertrophie graisseuse, mais non comme une hypertrophie du foie avec sa structure normale.

Rein supplémentaire pris pour type de l'hyp. glandulaire par Lancereaux permet certainement des tubes plus larges avec des cellules plus nombreuses, mais aucune des lésions inflammatoires très prononcées.

Prostate dite hypertrophie présente ~~[illegible]~~ de l'augmentation de volume des deux éléments, mais aussi des productions conjonctives indiquant certaines de la réaction.

Amygdales dites hypertrophiées peuvent présenter des lésions diverses, mais notamment chez les enfants où il n'y a pas d'autres lésions apparentes, on peut voir avec l'augmentation de volume du tissu réticulé des follicules lymphatiques un nombre de cellules lymphoïdes plus grand qu'à l'état normal, les cavités interfolliculaires agrandies et remplies de débris de cellules avec couche épithéliale plus épaisse, mais aussi avec des V. dilatées et une augmentation d'épaisseur de ~~la trame conjonctive~~ indiquant l'infl. interstitielle concomitante qui se continue dans les muscles en rapport avec l'organe.

Rate hyp. se dit de lésions très nombreuses où l'entrave pour le siège des phénomènes inflammatoires.

Ganglions hyp. le dit aussi d'éléments divers, sans que l'on ait les seules caractères attribués à l'hyp. simple.

Existe-t-il une hyp. des os, du tissu conjonctif? c'est surtout sur les os augmentés anormalement de volume qu'on voit bien la structure différente de l'état normal.

De même pour le tissu conjonctif.

En somme il résulte de l'examen des organes dits hypertrophiés que leur structure ne répond pas à la définition des auteurs et qu'il y a toujours une altération plus ou moins marquée dans la structure; de telle sorte que l'hypertrophie ou conservation de structure ne s'observait que dans des conditions physiologiques et par conséquent ne serait pas anormale.

Si l'on emploie le mot hypertrophie pour désigner l'altération d'un organe entier, il ne peut indiquer quel augmentation totale de l'organe, sans préjuger la nature des lésions ou il peut être ajouté à la dénomination qui indique la lésion

on peut aussi l'employer pour désigner l'augmentation de volume des éléments cellulaires ; mais il correspond encore à des lésions très variées et n'indique pas non plus autre chose qu'une augmentation de volume.

En réalité si on veut conserver à l'hypertrophie son caractère de structure normale, il ne correspond qu'à une augmentation de volume physiologique — à l'état pathologique on ne trouve plus la structure normale et le mot hypertrophie ne peut se rapporter qu'à une augmentation de volume d'un organe ou de ses éléments sous des lésions très variées. — Donc tous les cas il n'existe pas d'hypertrophie suivant la définition des auteurs.

7me Leçon
2 nov. 1896

Atrophie

— Etat opposé à l'hypertrophie et par conséquent, d'après les auteurs, diminution anormale de volume sans altération de structure.

Même remarques que pour l'hypertrophie au sujet de cette définition.

C'est aussi que cette dénomination est communément employée pour indiquer la diminution de volume d'un organe ou d'un élément anatomique sans des altérations diverses.

En dehors des états physiologiques, il n'est guère possible de trouver des atrophies absolues pures et bien qu'elles doivent rentrer dans les phénomènes normaux ont les n'en cependant pas pour point de départ dans l'étude des atrophies considérées sur l'organisme entier ou sur des parties plus ou moins limitées. On admet ainsi des atrophies générales ou partielles.

Diminution des processus de formation ou défaut d'un âge avancé d'où diminution de volume et poids de tous les organes ou mieux de toutes les parties du corps considérée comme atrophiées.

Cette atrophie en augmentant doit aboutir rationnellement à la mort physiologique.

Ce qu'on observe en réalité.

L'atrophie est alors attribuée à ce que, dans l'évolution normale, les cellules perdent peu à peu leurs facultés assimilatrices, soit à ce que l'apport sanguin ait été peu à peu diminué, soit encore à ce que les phénomènes de désassimilation l'emportent en cours d'assimilation.

Cette dernière opinion de Robin est encore désignée par les auteurs plus modernes sous le nom d'involution mais rien ne démontre l'activité exagérée du processus de désassimilation dans un organisme où la vitalité et toutes les fonctions sont diminuées.

L'observation des faits et l'expérimentation démontrent au contraire que la diminution ou la cessation de fonction, que la diminution de l'apport du sang ou un sang appauvri peut donner lieu à l'atrophie.

Théories de Virchow et de Cohnheim.

Si les organes ne fonctionnent pas, ils se nourrissent mal. S'ils sont mal nourris, leurs fonctions sont entravées, il est vrai; mais c'est la condition essentielle de la production de l'atrophie, conformément à l'étymologie de ce mot.

Mais il y a aussi à tenir compte de l'évolution variable chez les divers animaux.

cas d'atrophie généralisée à tout l'organisme, d'abord par le fait de la vieillesse.

Signes de l'atrophie résultant de la diminution de volume plus ou moins appréciable de tous les organes.

Difficulté de se rendre compte de la diminution de volume des éléments cellulaires, quoique dans certains cas on puisse très manifestement la constater. Mais en même temps on trouve presque toujours un certain degré de relation tout comme dans l'hypertrophie.

Signes d'un sujet âgé de plus en contracté: atrophie du revêtement épithélial vrai ou du derme plus tassé, plus densifié, avec diminution de la graisse.

Ce dernier caractère est toujours plus ou moins marqué.

Diminution de volume des muscles difficile à constater.

Rien remarquer au sujet des glandes où l'acinite ord. des infl. scléreux concomitants.

Préparations de reins séniles (H. 88 ans non alcoolique).

Rien à remarquer ~~manifestation~~ de stase sanguine dans les V. rétrales.

Il est probable qu'il se produit des altérations vasculaires dans les parties en voie d'atrophie, d'où la production de lésions plus considérables au niveau de ces points.

Rien lésions multiples, notamment dans les parties superficielles avoisinant la capsule.

Diminution du poids de l'encéphale chez le vieillard.

Ostéomalacie sénile, mieux désignée sous le nom d'ostéoporose où l'on voit la raréfaction des lamelles osseuses par suite de l'augmentation des cavités medullaires remplies de cellules entourées de fibres conjonctives. Les cellules envahissent l'intérieur de l'os.

— L'inanition et les maladies chroniques requérant peut-être même le type de l'atrophie pure, s'il n'est pas nécessaire des phénomènes infectieux capables de donner lieu à d'autres lésions.

Cœur atrophié dans le cancer de l'utérus, dans la phthisie pulmonaire, indépendamment des lésions diverses dont cet organe peut être le siège dans ces maladies.

— à l'état aigu on peut aussi observer une atrophie généralisée.

Dans la plupart des maladies à des degrés divers parenchymateuses est modifié par la maladie et le défaut d'alimentation :

Lésions diverses plus ou moins complexes où il est souvent difficile de dégager ce qui se rapporte uniquement à l'atrophie, c'est-à-dire la nutrition des éléments ait été en souffrance.

Sur des préparations de cœur dans la f. typhoïde, il est difficile de constater l'atrophie des faisceaux musculaires au premier abord ; mais en les comparant au cœur d'un cœur hypertrophié, on voit une différence bien tranchée. On constate en outre une infiltration nucléaire abondante et des productions conjonctives anormales, comme dans un cas terminé par la mort subite. cette explication de la mort vaut même que celle de l'action réflexe.

mais il s'agit d'lésions plus ou moins localisées et cela nous conduit à examiner les atrophies partielles considérées dans un organe ou une partie déterminée d'un organe.

Types physiologiques cités par les auteurs : Veine et artère ombilicales, canal artériel, thymus, organes génitaux, utérus et glandes mammaires après l'accouchement et l'allaitement.

Ces atrophies sont considérées comme produites par la cessation de fonction de ces organes. – Renvoyer à ce sujet –

On peut encore observer à l'état physiologique des atrophies partielles dues au fonctionnement restreint de certaines parties, comme les muscles d'un membre par ex., soit par fonctionnement habituellement peu prononcé, soit par immobilisation dans un bandage. C'est le type le plus pur d'une atrophie localisée susceptible d'un retour rapide à l'état normal, tout comme l'hypertrophie produite dans les conditions opposées. Mais il n'y a rien d'anormal et nous ne devons pas nous y arrêter.

On décrit aussi les atrophies musculaires par immobilisation à la suite d'une affection articulaire ; mais il peut y avoir des lésions par propagation –

atrophies musculaires consécutives aux lésions des centres nerveux considérées comme des atrophies typiques à l'état pathologique, on admet qu'elles sont produites par cessation de fonction et par action directe ou trouble trophique.

Ex. d'une préparation d'atrophie de l'éminence hypothénar par sclérose latérale amyotrophique.

Ce n'est pas par simple défaut de fonctions puisque cette circonstance seule ne produit pas de tels effets. Il y a un trouble trophique dû à l'altération des cornes antérieures, c'est-à-dire, au défaut d'action nerveuse, mais dont nous ne connaissons pas bien le mécanisme.

En tout cas cette perte de l'action nerveuse ne donne pas lieu à une altération particulière, à une destruction du muscle, à son effondrement qui serait suivi d'une réaction inflammatoire comme dans les cas d'oblitération artérielle on peut observer au contraire une corrélation parfaite entre la prolifération conjonctive et la diminution de volume des faisceaux musculaires qui conservent leur aspect strié jusqu'au dernier vestige. C'est au point qu'on peut se demander si c'est le muscle atrophié qui est peu à peu remplacé.

par du tissu conjonctif ou si c'est une production conjonctive qui envahit les faisceaux musculaires jusqu'à les ~~étouffer~~ peu à peu. Enfin dans d'autres circonstances on peut observer la disposition des faisceaux musculaires suivant ces deux processus. — Il en est de même pour les lésions du tissu nerveux autant de la moelle. — Dans tous les cas rapport constant entre les cellules propres de ces organes et les cellules de leur tissu conjonctif. —

Il faut aussi remarquer que l'accumulation des cellules dans les voies conjonctives, soit par le fait d'une vascularisation augmentée ou pervertie, soit par leur non utilisation, se tourne peu à peu à ~~l'avantage~~ à des productions conjonctives plus ou moins abondantes. En même temps les cellules plus ou moins altérées, déplacées, etc., ne remplissent plus leurs fonctions vis à vis des éléments propres des organes et des éléments périclitent. C'est ainsi que peu à peu ils disparaissent et sont remplacés par du tissu conjonctif, comme il arrive dans tous les points de l'économie où un organe fait défaut pour une cause quelconque.

atrophie du rein, du foie, etc. - correspond à une diminution de volume de l'organe et de ses éléments avec une sclérose variable.

Séparations d'un rein atrophié par sclérose correspondant au petit rein.

On considère aussi l'emphysème pulm. comme un type d'atrophie du tissu pulm.

Séparations d'emphysème pulmonaire ~~dans~~ lesquelles on peut voir des dilatations alvéolaires simples ou avec épaississement des parois et aussi de grandes cavités résultant, soit de la dilatation des infundibula, soit de la rupture des cloisons interalvéolaires par troubles de la circulation, déterminant leur atrophie et leur rupture.

La démonstration de la production de l'emphysème par ce dernier mécanisme n'est pas facile à faire. Et en supposant que les choses se passent ainsi, il s'agit toujours d'un phénomène secondaire où le trouble circulatoire jouerait le principal rôle.

En somme il résulte de l'examen des organes dits atrophiés qu'ils ne se présentent pas avec une structure normale et que celle-ci ne peut être rencontrée qu'à l'état physiologique.

Dès lors, à l'état pathologique, le mot atrophie ne pourra s'appliquer que pour désigner une diminution de volume d'un organe ou des éléments cellulaires, sans préjuger des lésions concomitantes toujours plus ou moins manifestes par l'examen microscopique lorsque l'on ne les aperçoit pas à l'œil nu.

Certains auteurs ont admis une atrophie active et passive. Mais il est à remarquer que tant que les éléments cellulaires sont vivants ils sont le siège des phénomènes habituels de nutrition seulement plus ou moins modifiés pouvant donner lieu à des altérations diverses qu'on ne trouve que sur des éléments vivants. C'est dire qu'il n'y a que les éléments morts qui soient passifs.

10e Leçon
4 nov. 1896

Inflammation

Nous avons vu précédemment que l'hypertrophie et l'atrophie sont des altérations de structure ne se rencontrant qu'à l'état normal et que si l'on peut encore concevoir une production anormale, c'est seulement au début de certains états pathologiques qui par leur persistance occasionnent bientôt des modifications importantes dans les rapports de fonctionnement et de nutrition des organes d'où la production des altérations de structure que j'ai déjà désignées sous le nom d'inflammation, mais qui n'est qu'une des formes des altérations ainsi désignées et qu'on rencontre sous des aspects divers dans tous les états pathologiques. C'est de l'importance qui s'attache à l'étude de l'inflammation

Ce mot est employé constamment pour désigner la plupart des altérations de l'organisme et cependant par un contraste frappant la plus grande confusion règne encore au sujet de ce qu'on doit entendre par <u>inflammation</u>.

Pour bien juger l'état actuel des esprits à ce sujet et se rendre compte des phénomènes observés, il est indispensable de faire une courte incursion dans le domaine historique qui nous permettra tout d'abord de connaître l'état actuel de la question.

La plupart des auteurs, sans en excepter Virchow, apprécient les quatre phénomènes qui depuis Celse et pendant longtemps ont servi à caractériser l'inflammation : Calor, rubor, tumor, dolor ;

et la plupart aussi font remarquer que ces symptômes ne peuvent pas caractériser toutes les inflammations, tout au moins ~~[illegible]~~ quantité de lésions que l'on désigne ainsi actuellement. Magendie va jusqu'à dire que dans l'inflammation il n'y a ni feu, ni flammes; alors cependant que dans les inflammations aiguës la chaleur joue le rôle important quel l'on sait.

C'est qu'en effet, la définition des anciens était une définition clinique se rapportant à un certain nombre de faits ~~caractérisés~~ par les symptômes ~~aux~~ ~~questions~~ et que plus tard on lui a attribué d'autres caractères symptomatiques et anatomiques.

Virchow fait remarquer que chaque symptôme est la définition de cette

a pris successivement une importance plus grande. C'est ainsi que déjà du temps de Galien on faisait jouer à la chaleur le rôle principal; puis est venu le tour de la rougeur. Boerhaave au siècle dernier attribuait l'infl. à l'obstruction des petits vaisseaux et à la stase sanguine consécutive. Depuis cette époque on a toujours cherché dans les troubles circulatoires les phénomènes caractéristiques de l'inflammation.

Ainsi que fait remarquer Virchow, l'école de Vienne ~~[illegible] par Rokitansky~~ substitua aux symptômes de l'inflammation les produits pathologiques et c'est ainsi que Rokitansky arriva à définir l'inflammation: un processus qui commençant par la dilatation vasculaire aboutit à l'exsudation.

dans la classification des auteurs, dit Virchow, l'exudat répond à la tuméfaction (tumor). Mais il n'est pas tout à fait juste de dire comme certains auteurs que les névrites ont mis la douleur en première ligne, comme étant l'altération primordiale essentielle caractérisant l'inflammation (dolor). Ils ont seulement placé les troubles circulatoires sous la dépendance du système nerveux qui primitivement affecté pouvait donner lieu à des phénomènes de paralysie suivant les uns et de constriction suivant les autres; d'où les théories dites neuroparalytique et neurospasmodique.

« De toutes ces hypothèses, dit Virchow, celle de l'école de Vienne serait la plus exacte, si l'on pouvait démontrer que dans chaque inflammation il existe toujours un exudat ».

moins cet auteur examinant le cartilage et la cornée enflammés et n'y trouvant pas manifestement de liquide sanié, mais constatant seulement une tuméfaction formée par des cellules plus ou moins modifiées et plus nombreuses, fut amené à penser qu'il n'y avait qu'une exsudation de cellules, d'où la première expression qu'il a employée d'exsudation parenchymateuse avec il a tiré l'expression d'infl. parenchymateuse (devenue plus usitée, dit-il, que je ne la voulais moi-même). Néanmoins l'auteur a cherché à prouver que l'infl. ne pouvait provenir des V. dans les tissus non vasculaires et que dès lors ce sont les cellules qui devaient faire les frais des phénomènes observés.

Il admet que les cellules devaient posséder 3 sortes d'irritabilité (fonctionnelle, nutritive et formative) qui pouvaient être mises en jeu pour les causes de l'inflammation, par

l'irritation inflammatoire, à la condition qu'elle ne fut pas trop forte pour détruire immédiatement les parties ou pour épuiser tout d'un coup leur activité fonctionnelle.

C'est ainsi que Virchow fut amené à admettre que la même cause qui pouvait détruire les cellules, si elle agissait moins violemment, pouvait les inciter à se reproduire et que c'était s'expliquait la présence de nombreuses cellules dans les foyers inflammatoires. C'est encore aujourd'hui l'opinion la plus répandue, sauf qu'au lieu de voir les cellules se diviser par division directe, c'est par la division indirecte.

Cependant nous avons vu que cette doctrine de Virchow a été un instant fortement ébranlée par la découverte de la diapédèse et la théorie de Cohnheim qui n'ayant pas pu observer la division des cellules, les fait toutes provenir du sang par diapédèse,

remettant ainsi en honneur la théorie vasculaire basée sur des faits expérimentaux d'une grande valeur.

Mais nous avons vu aussi que la plupart des auteurs ont admis à la fois les théories de Virchow et de Cohnheim pour expliquer les phénomènes pathologiques, sans se soucier davantage d'une incompatibilité. Depuis la découverte de la Diapédèse ou Karyokinèse, c'est aux productions cellulaires qu'on accorde la prédominance tout en admettant la diapédèse des globules blancs auxquels on fait jouer, comme nous le verrons, les rôles les plus divers.

Notons, toutefois, que Weigert refuse aux cellules la pouvoir génératrice qui serait identique à celui du spermatozoïde sur l'ovule fécondé et explique les productions pathologiques par sa théorie des équivalents protoplasmiques et des équivalents d'espace, d'où résulterait l'action prénatale réciproque à l'état physiologique des tissus par rapport les uns aux autres.

Beaucoup que nos auteurs donnent simplement les globules blancs en présence avec cellules fixes, le plus grand nombre tend à leur faire jouer un rôle important en admettant la possibilité de leur transformation en cellules fixes, en leur attribuant une activité propre (Thomas, Pfeffer, Manaud de Bordeaux, Zeln, Ribbert) dont ils se servirait pour lutter contre les agents nocifs atteignant l'organisme. On a admis ainsi que ces globules jouissent d'une mobilité propre, d'une sensibilité chimiotaxique et chimiotactique, voire même de la digestibilité + chlorophyll, cellules des travaux. C'est un ces propriétés toutes plus ou moins contestables qu'est fondée la théorie de la phagocytose émise par Metchnikoff et ~~généralement adoptée~~ aujourd'hui ~~actuellement~~ ~~en~~ ~~les~~ répondue.

On sait depuis longtemps que les leucocytes peuvent se charger de produits de désassimilation des substances diverses

dont ils tendent à délivrer les parties affectées. Metchnikoff et les auteurs que nous avons cités ont mis en lumière ces fonctions des leucocytes et montré que leur action s'étendait aux microbes et produits microbiens. Mais nous voici loin de l'infl. une réaction phagocytaire de l'organisme contre les agents irritatifs, ainsi que l'enseigne M. Metchnikoff, c'est évidemment dépasser le but. Sous cet aspect, en effet, l'organisme n'est plus qu'un champ de bataille où les leucocytes entrent en lutte avec les agents nocifs, livrant de véritables combats dont on décrit la stratégie avec doubles lignes de défense, grâce à l'aide du courant sanguin, d'où,

l'organisme porte à chaque moment donné expédie vers l'endroit menacé un nombre considérable de leucocytes pour arrêter le mal. » Et plus loin : Dans cette lutte il y a ~~toujours~~ les jeunes des survivants, élus par la sélection, et des morts éliminés par la sélection. D'un côté ce sont les organismes vaincus élus et des parasites détruits éliminés, d'un autre ce sont les organismes vaincus éliminés, et des parasites triomphants élus. »

Un Estelle renchérit encore sur la personnification des phagocytes que tout le monde admet sans bien se rendre compte de l'origine absolument hypothétique des propriétés des cellules blanches, sans même discuter la possibilité des mouvements imprimés par la circulation qui ne peut

plus qu'un rôle accessoire, sans tenir compte des phénomènes d'osmose pour expliquer les prétendues attractions et répulsions ; en outre enfin que tous les phénomènes se ramènent à des conditions physico-chimiques quand nous en connaîtrons le mécanisme, ainsi que l'a établi Cl. Bernard.

Quand on y réfléchit un instant, cette théorie de M. Metchnikoff qui a étudié surtout les amibes et qui en veut voir partout même dans l'organisme humain où toutes les grandes fonctions lui sont subordonnées est absolument invraisemblable. On a peine à croire à l'argument dont elle est issue. Il doit y avoir une ~~[illegible]~~ l'objet surtout ~~[illegible]~~ mais venu à l'étranger ~~[illegible]~~.

Et ensuite dans les foyers infl. il n'y a pas que des globules blancs, il y a aussi des hématies, des globules rouges ~~qui ne [illegible]~~ cependant on

n'attribuer pas les mêmes propriétés que l'on a globules blancs et qui cependant ne sont ~~pas à leur place~~.

Et puis que peut-on penser des globules blancs en l'absence de tout semis ?

Il n'est pas douteux que leur présence constante réponde à une action constante qui est probablement la renouvellement des éléments anatomiques ~~et l'enlèvement des produits de désintégration~~.

Sous l'influence des causes nocives qui apportent une entrave au plein exercice de nutrition et de rénovation des tissus, on n'observera que des troubles plus ou moins prononcés dans ces phénomènes, mais qui peuvent se présenter dans les conditions les plus variées et sous les aspects les plus divers, suivant la cause nocive, ~~son degré~~ d'intensité, le siège de lésion, son étendue, etc.

c'est pourquoi tous les auteurs ont échoué lorsqu'ils ont cherché à définir l'inflammation.

En effet, en laissant de côté la période de la définition symptomatique de l'infl. qui ne comprenait qu'une catégorie de phénomènes inflammatoires et ~~pas~~ restant sur le terrain anatomo-physiologique, nous voyons que les théories vasculaires et nerveuses et cellulaire n'envisageaient chacune qu'un côté de la question à l'exclusion des autres, alors que, à l'état pathologique comme à l'état normal, tous les éléments contribuent à jouer un rôle, souvent plus ou moins troublé.

Sur le rôle important de l'appareil circulatoire dans l'infl., sur dans les tissus non vasculaires, c'est sur l'évidence

von Cohnheim a montré que les cellules de nouvelle formation provenait de l'appareil circulatoire, ~~indépendamment~~ ~~de fait que~~ ~~l'on la circulation de la circulation~~ ~~la vie cessa pour reparaître avec elle si l'on agit avec rapidité~~. En outre pour peu que l'infl. vit ~~persistante~~ on voit les tissus ~~dégénérer~~ de vaisseaux se vascularisa, ce qui n'aurait pas lieu si la circulation n'avait pas à intervenir dans la nutrition de ces tissus à l'état normal comme à l'état pathologique. Toutes les expériences pour démontrer les propriétés de ~~prolifération~~ cellules indépendantes du système circulatoire sont nulles. Le cartilage, les cellules de la cicatrice, qui semblent en apparence bien, sont le lieu de la formation des V. de la formation de vaisseaux nouveaux dans les tissus enflammés, en effet frappé tous les observateurs et il n'est pas étonnant qu'on ait ~~fait~~ pour depuis si longtemps le rôle important que l'on soit aux troubles de la circulation ~~que l'on fait~~ dans les phénomènes inflammatoires.

Le système nerveux qui a une si grande influence sur l'appareil circulatoire n'est pas non plus une quantité négligeable dont comprend que par son intermédiaire des modifications profondes puissent se produire dans cet appareil. C'est ainsi qu'agissant les produits solubles de certains microbes pathogènes introduits dans le sang ou injectés dans le tissu cellulaire sous-cutané, empêchant ou favorisant la diapédèse par action sur les centres nerveux (Bouchard, Arloing, Charrin, Gley et Gamaleïa).

Mais tout le monde sait combien une excitation périphérique peut avoir d'action sur la circulation centrale et périphérique et C'est donc pour tenir compte dans l'infl. de l'action du système nerveux.

Enfin les éléments cellulaires présentent aussi des altérations concomitantes provoquées, soit directement par l'action de la cause nocive, soit consécutivement en raison des troubles plus ou moins profonds de la nutrition dans les parties qui sont le siège de l'inflammation.

C'est assurément Virchow qui a eu le mérite de bien mettre en lumière ces troubles cellulaires, en montrant ces néoproductions semblables ou analogues à celles des tissus normaux et qu'il avait d'abord désignées sous le nom d'exsudations parenchymateuses dont il a tiré l'expression d'inflammation parenchymateuse opposée à celle d'infl. interstitielle qui ont encore cours aujourd'hui.

Or cette division qui est considérée

comme fondamentale et qui met à claire les infl. communément admises et selon moi absolument erronées; car il ne saurait y avoir de produits cellulaires anormaux, ni de lésions dégénératives des cellules sous l'intervention du système vasculaire et par conséquent du tissu conjonctif. Il est évident que ces lésions, si elles sont à un léger degré, ne résident pas là où elles n'y ont rien V., ni tissu conjonctif et que dans ces points il n'y aura qu'une lésion de dénutrition, c.a.d. des cellules; mais dans le voisinage de ces cellules l'appareil vasculaire qui ~~assure~~ leur nutrition présentera des modifications plus ou moins ~~[illegible]~~ indiquant la participation de l'appareil circulatoire aux phénomènes d'inflammation. C'est ce que Virchow a absolument négligé de constater.

Il s'est laissé entraîner par sa théorie que toute cellule naît d'une cellule, en supposant, qu'indépendamment de l'action de l'appareil circulatoire, l'irritation infl. pouvait faire augmenter de volume les cellules attirant à elles les éléments de nutrition qui eussent se divisaient ou subissaient diverses altérations constituant l'infl. parenchymateuse indépendamment de l'altération de Weigert. On voit bien des cellules augmenter de volume et présenter les phénomènes décrits par Virchow sous le nom de tuméfaction trouble; mais rien ne prouve qu'elles puissent revenir à l'état normal ou se diviser pour former de jeunes cellules: ce sont de pures hypothèses et il y a au contraire tout lieu de penser que ce sont des cellules qui ont absorbé des liquides exsudés ou des granulations diverses et parfois des globules du sang et des éléments étrangers; que ces cellules sont plutôt en voie de dégénérescence, car on trouve les types intermédiaires jusqu'à leur destruction

moins nous retrouvons dans théorie cellulaire, les néoproductions, les altérations cellulaires qui existent ou les autres troubles, et qu'on ne saurait négliger ni considérer isolément dans l'inflammation.

2°. Préparations se rapportant à des lésions certaines analogues à celles que Virchow a donnés comme types de lésions parenchymateuses et où l'on peut voir ou les productions cellulaires anormales, la dilatation vasculaire et la sclérose ~~du tissu~~ conjonctif sous-jacent (Guillon).

Dans les cas d'infl. légère nous tentant, on se rend bien compte que l'infl. n'est qu'une production exagérée plus ou moins différente des éléments normaux de l'exsudation

pour inaperçu. Mais à propos parler c'est bien une exsudation parenchymateuse, ~~et~~ ~~nous~~ admettant que les cellules nouvelles comme les cellules normales proviennent de l'appareil ~~circulatoire~~ circulatoire. Seulement cela a été une production anormale et plus autrement désordonnée, ainsi que le montrent les altérations.

Lorsque la cause irritante a une action plus intense et plus rapide, comme dans l'érysipèle, on voit encore les productions cellulaires anormales; mais il y a beaucoup plus de jeunes cellules, et un exsudat liquide manifeste et des troubles circulatoires plus accentués. Toutefois ce sont encore des productions ~~cellulaires~~ ~~organiques~~ sans une perturbation plus grande, quoique l'exsudat liquide accompagne manifestement les productions cellulaires.

Dans ces phénomènes sont en un ordre et ne sont pas constitués autant que par la persistance des phénomènes habituels seulement plus ou moins troublés.

Ces troubles peuvent être beaucoup plus considérables s'accompagner de suppuration, d'ulcération, de gangrène, etc. Donnant aux phénomènes inflammatoires des aspects extrêmement variés indépendant des circonstances relatives au siège et à l'étendue des lésions à leur marche, etc. ~~C'est~~ Cependant malgré la diversité des lésions ~~pourquoi il est impossible de~~ nous verrons qu'en somme ce sont toujours ~~pour certaines lésions~~ les lésions ~~observées~~ des perturbations dans les phénomènes normaux ~~dans une de fonction~~ qu'on observe sous l'influence des causes nocives et que tout trouble peut être considéré comme inflammatoire.

Cela paraît bien subversif au premier abord ; mais ce n'est en somme que le résultat de la définition à laquelle Otto, C. & R. sont arrivés des savants admis par ~~plusieurs~~ plusieurs auteurs, à savoir que l'on doit considérer comme inflammatoires les phénomènes observés dans les tissus ou les organes analogues à ceux produits artificiellement sur les tissus portés par l'action d'un agent irritant physique ou chimique.

L'objection qui serait tirée des tumeurs considérées comme n'étant pas de nature inflammatoire n'en est pas une ; car ce n'est qu'une vue théorique, les phénomènes inflammatoires étant aussi manifestes dans les tumeurs que dans les autres lésions.

Par conséquent ce sont toutes les lésions que nous avons à étudier en les cataloguant

suivant leur cours. Mais outre que la cause de toutes les lésions n'est pas connue ; rien que pour celles que nous connaissons, nous nous exposerions à des répétitions continuelles.

Aussi nous bornerons nous à étudier les inflammations d'après les classifications qui ont généralement cours, en prenant autant que possible pour nos démonstrations les préparations se rapportant aux organes où ces lésions s'observent le plus fréquemment, afin que, sur des données générales, vous puissiez vous observer la plupart des lésions se rapportant aux maladies d'observation journalière.

13me Leçon
1er déc. 1896

Inflammation (suite)

— J'ai cherché à démontrer ~~dans~~ la précédente leçon que l'inflammation ne doit pas être considérée comme un trouble se rapportant seulement à l'appareil circulatoire ou aux autres éléments constitutifs du tissu; mais qu'elle comprend tous les troubles de l'organisme déterminés par une cause nocive survenue dans son milieu intérieur ou extérieur.

Dans le but de faciliter l'étude de l'infl. les auteurs ont établi des divisions correspondant soit à des idées théoriques, soit aux causes et aux principaux types qu'l'inflammation peut présenter.

nous avons assez insisté sur la division en infl. parenchymateux et interstitielle établie d'après la doctrine de Virchow et qui me paraît inadmissible pour ne l'avoir pas à y revenir.

— Division de l'infl. suivant la cause en infl. traumatique, chimique, infectieuse.

On doit certainement tenir compte de l'origine de l'infl. qui joue un rôle important en clinique et auxquelles correspondent des modalités particulières au point de vue anatomo-pathologique. Mais en somme il s'agit dans tous les cas d'une cause agissant physiquement sur les éléments constituants des tissus en apportant un trouble dans les phénomènes de nutrition et de rénovation des tissus.

Cette division de l'infl. ne peut nous servir ici dans l'étude d'anat. path. générale que nous devons faire.

— Division de l'infl. suivant la nature du exsudat en infl. séro-fibrineuse, fibrineuse, purulente, putride, hémorrhagique.

— ~~considérant~~ applicable ~~au~~ à l'étude de l'infl. des séreuses ; mais ne saurait être généralisée à tous les cas.

— Division de l'infl. suivant l'altération des tissus en infl. catarrhale, nécrotique, ulcéreuse, gangréneuse.

C'est encore une division qui ne saurait être appliquée à tous les tissus et qui se rapporte plutôt à des variétés cliniques et anatomo-pathologiques. On admet bien à tort une pneumonie catarrhale, et une ostéite de même appellation serait choquante. Les phénomènes nécrotiques se font défaut dans cette infl. Les mêmes causes peuvent donner lieu à une infl. légère sans ulcération ou avec perte de substance, ou de la suppuration, de la gangrène, etc. suivant certaines particularités que nous avons à examiner.

— Division de l'infl. suivant le résultat en infl. dégénérative et productive.

Nous voyons reparaître sous cette forme la division de l'infl. parenchymateuse et interstitielle mais dans tout tissu enflammé comme dans tout tissu vivant et seulement avec plus d'intensité et production on peut constater des phénomènes dégénératifs et des phénomènes de néoproduction.

— Mêmes objections à la division mais admises par quelques auteurs et notamment par M. Cornil en infl. exsudative, suppurative et proliférative, car l'infl. ~~suppurative peut être~~ ~~exsudative~~ ~~[illegible]~~ en un temps proliférative.

— Division de l'infl. suivant son siège dans les organes et les tissus en infl. de la peau et des muqueuses, des séreuses, de l'appareil de la circulation, des appareils glandulaires, des organes viscéraux, des nerfs, des muscles, etc.

Ce n'est pas à proprement parler une div. des phénomènes infl.
C'est une division purement topographique
permettant de passer en revue les troubles
produits dans les divers organes par
les agents noxiques.

à remarquer toutefois que l'agent
noxique n'agit pas seulement sur un point
de son action peut se faire sentir
aussi sur d'autres points et sur tout
l'organisme. Il peut même arriver qu'il
ne produise qu'un effet insignifiant
ou nul sur son point de pénétration
dans l'organisme pour aller produire un effet
parfois considérable sur des points plus
ou moins éloignés.

— Division dans tous les cas ~~de l'infl.~~
suivant la marche en direction ascendante

cette division qui est généralement adoptée
et qui paraît évidente au premier abord
lorsque se présentent à l'esprit les cas
qu'on rencontre le plus communément,
n'est pas irréprochable ; car nombreux

sont les cas dans lesquels il est difficile de dire où finit l'infl. aiguë et où commence l'infl. chronique. Il est du reste impossible de définir les deux termes et par conséquent d'avoir une division précise. C'est que le plus souvent il ne s'agit toujours que du même phénomène seulement plus ou moins modifié par une évolution rapide ou lente aux degrés extrêmes, mais qui devient insensible dans les productions intermédiaires.

— Il résulte de l'examen que nous venons de faire qu'aucune division proposée par les auteurs ne permet de classer méthodiquement toutes les lésions comprises sous le nom d'infl., parce que aucune ne comprend tous les troubles sous les formes innombrables qu'ils peuvent revêtir.

Il semble que dans l'état actuel de nos connaissances, ceux qui considèrent le mieux avait de décrire l'infl. produit dans les divers tissus et organes successivement considèrent l'effet de chaque cause d'infl. ; mais outre que beaucoup de ces causes sont inconnues, on s'exposerait à des redits continuels et il faudrait encore catégoriser les effets de chaque cause sur chaque organe et sur chaque tissu, dans les circonstances multiples où ils peuvent se présenter suivant l'intensité de la cause nocive, son action passagère ou persistante, l'étendue de son action, etc. l'état du sujet et les circonstances concomitantes les plus variées dans lesquelles il peut se trouver. Cela reviendrait encore à ajouter aux divisions topographiques et cosmiques, celles que nous avons précédemment passées en revue et auxquelles on pourrait en ajouter beaucoup d'autres.

N'ayant pu définir l'inflammation il n'est pas étonnant que nous ne puissions pas établir des divisions nettement définies des phénomènes infl. dont la variété est si grande.

Cependant en pouvant pas faire une étude générale des phénomènes sous un ordre déterminé, nous ~~devons commencer~~ ~~étudier~~ adopter à l'étude des formes les plus typiques d'abord de l'infl. aiguë et chronique en général ordinaires pour tout le monde, sauf à vous faire connaître ceux les cas qui sont difficiles sinon impossibles à classer dans ces catégories.

1°. infl. aiguë

nous étudierons d'abord l'infl. aiguë dite simple, c.à.d. sans suppuration ni aucune complication que les auteurs désignent sous le nom d'infl. condutive

séreux ou sero-fibrineux, muqueux, parenchymateux, considérés dans les organes où on l'observe le plus communément.

— nous passerons ensuite à l'infl. compliquée de suppuration, ou suppuration d'emblée; ~~à l'infl. nécrotique~~, ulcéreux et gangréneux. à cette occasion nous étudierons particulièrement l'effet de l'infl. sur les vaisseaux qui jouent un rôle si important dans les phénomènes observés chez ces

— terminaisons de l'inflammation aiguë

— 2° infl. chronique

simple ou compliquée d'ulcérations, suppurations, nécroses, ulcères, gangrènes,

— terminaisons de l'infl. chronique

Enfin il est d'usage de décrire à part les infl. dites nodulaires en raison de leur importance, principalement comme tuberculeuses et la syphilis. nous ferons de ces deux groupes, qqs. leçons après l'étude de l'infl. considérée d'une manière générale.

1° inflammation aiguë simple

Le type de l'infl. aiguë simple dite ~~aussi exsudative~~ séreuse ou séro-fibrineuse se trouve réalisé dans les infl. aiguës récentes de la plèvre, du péricarde, du péritoine et des autres séreuses de moindre importance naturelles ou accidentelles.

Préparations se rapportant à une péricardite récente –

Dilatation des vaisseaux

Exudat fibrineux avec production de nombreuses cellules non seulement au niveau de la couche épithéliale de l'exudat fibrineux ; mais aussi dans le tissu conjonctif sous-séreux et non dans le tissu musculaire en rapport avec la séreuse.

Lésions simultanées des parties correspondantes des deux feuillets séreux.

Epanchement séro-fibrineux plus ou moins abondant –

Tous ces phénomènes ne sont qu'une l'exagération des phénomènes normaux – [illegible]

inflammation exsudative muqueuse ne se produit qu'au niveau des muqueuses et se trouve ainsi en rapport avec l'exagération du phénomène normal caractérisé par la desquamation des cellules et la production d'une sécrétion muqueuse.

La sécrétion de la muqueuse des fosses nasales peut être prise pour type et nous savons combien ces phénomènes peuvent être exagérés dans le coryza.

Nous n'avons pas d'autopsie faite dans le cours d'un coryza; mais nous pouvons examiner des bronches enflammées au sein du tissu pulmonaire.

préparations se rapportant à une bronchite ou emphysème pulm.

Bronchite caractérisée par la dilatation des V. et des productions cellulaires en plus ou moins grande quantité dans les parois et dans la lumière, ainsi que dans les alvéoles voisins ou même plus ou moins éloignés des bronches manifestant visibles.

– grosses et petites bronches.

– Inflammation parenchymateuse nous avons le type de cette inflammation aiguë dans la pneumonie.

On a d'abord admis que les neo-productions cellulaires provenaient de la multiplication des cellules toujours les alvéoles ou production ou non d'un exsudat fibrineux – puis cellules provenant de la diapédèse des globules blancs ou rouges

de la quantité de cellules produites dans un temps aussi court, de l'aspect des cellules ressemblant aux globules blancs du sang et de l'exsudation simultanée de globules rouges en petite ou grande quantité, etc.

L'examen d'une préparation du type typique de pneumonie fibrineuse se rapporte parfaitement à la description des auteurs. ~~Nous ne nous étendrons~~ Mais pour bien se rendre compte de la nature des lésions ~~dans chacune et que on voit mieux~~ il faut examiner les points du ~~vie et la suppuration~~ poumon qui sont plus légèrement atteints (période d'engouement ou de congestion, de pneumonie catarrhale ou épithéliale); puis les lésions dites de bronchopneumonie et enfin les lésions de pneumonie proprement dite.

Non seulement toutes les lésions peuvent se trouver sur le même poumon; mais encore ~~dans~~ les ~~mêmes~~ préparations ~~les clonus alternant et parfois dans le même~~ — suppuration d'emblée de la face. Mêmes d'exsudation de la paroi dans les alvéoles conjonctif entre les lobules

19ème Leçon
8 déc. 1896

Inflammation (suite)

— Nous avons vu dans les cas d'infl. aiguë qui précèdent pour types ceux sur les séreuses, comme sur les muqueuses et dans les parenchymes, il y avait toujours une vascularisation augmentée et une production cellulaire plus abondante, une destruction ~~isolément~~ plus grande de cellules. En effet, on trouve sur les surfaces enflammées ou au sein des parenchymes ~~dans~~ le substratum désigné sous le nom d'exudat, un liquide sero-albumineux plus ou moins abondant avec plus ou moins de fibrine sous forme fibrillaire ou granuleuse et des cellules d'aspect divers, en vue d'altération. On y trouve des cellules de la région plus ou moins recommandée,

et d'autres augmentées de volume et déformées par suite de modifications survenues dans le protoplasma qui est trouble granuleux et le plus souvent chargé de granulations graisseuses.

Opinion de Virchow sur la tuméfaction trouble : altération qui serait le point de départ d'un processus hypertrophique ou d'un processus dégénératif.

Si la tuméfaction trouble diffère complétement de la dégén. graisseuse comme l'admet Virchow ; il est bien difficile de démontrer l'association de deux processus aussi différents dans les mêmes cellules. Il est probable qu'il s'agit ou contraire de transformations successives survenues dans le protoplasma cellulaire

à côté de ces cellules entières, se trouvent des débris de mêmes cellules, noyaux ou fragments protoplasmiques ou fragments complètement isolés ou encore réduits en débris granuleux.

Enfin on y trouve aussi des cellules rondes, plus ou moins altérées, mais que l'on reconnaît comme provenant des globules blancs du sang. Ces derniers éléments sont appelés globules de pus.

On en trouve notamment dans tous les exsudats infl. des séreuses et des muqueuses et cependant il s'en faut que toutes ces infl. soient considérées comme purulentes. L'infl. est dite simple lorsque l'exsudat ne a pour la coloration blanche; mais si celle-ci apparaît légère c'est une infl. séro ou muco-purulente. Il est de même pour l'intérêt de parenchyme où l'on doit trouver en même temps une destruction plus ou moins prononcée des charpentes. Quels sont les caractères de la suppuration

Suppuration — D'après ce que nous venons de dire, on voit qu'il est assez difficile de ~~savoir~~ se rendre compte de la formation du pus, c'est-à-dire la suppuration, puisque les globules dits de pus peuvent se rencontrer dans toutes les inflammations. C'est déjà établi que la présence de ces globules en petit nombre dans un exsudat ne permet pas de lui attribuer la qualification de purulent.

Quels sont donc les caractères du pus? Ce liquide est constitué par un sérum contenant de l'eau, des sels minéraux, des matières grasses, de la cholestérine, de l'albumine, un peu de fibrine, et par les globules dits de pus composés en grande partie de leucocytes mono et polynucléaires, surtout de ces derniers, munis de cellules dites

embryonnaires ou jeunes, il est impossible de distinguer des leucocytes. On y trouve en outre des cellules anciennes dites cellules nobles qui sont des cellules de la région affectée, des globules sanguins; enfin des débris de tous ces éléments et quelquefois aussi de la charpente conjonctivo-vasculaire des organes atteints.

Ce sont en somme les mêmes éléments qu'on rencontre dans les infl. simples, mais dans des proportions différentes, et avec une évolution différente.
Ce qui donne manifestement dans l'exsudat purulent, c'est ~~la production~~ la quantité des globules de pus et la caractère particulier ~~destructif~~ de l'inflammation, ~~en vain temps que produit~~ ~~dans un temps que produit~~ ~~dans un point et localisé~~ Ces phénomènes ne sont pas cependant des caractères absolus de la purulence. ~~Dans les infections mixtes de destruction à tous temps et~~ Comme on peut rencontrer dans la ~~pneumo~~ des productions cellulaires sans suppuration et réciproquement

du caillot globulaire dont le contenu formé de globules blancs ~~et de~~ dans un liquide albumineux, ou dégénérescence granulo-graisseuse ou tout à fait l'aspect du pus sans être considéré comme tel. Les infections donnent lieu à des destructions des productions cellulaires qui peuvent ou non supposer un mot que la suppuration dépendait toujours de la présence de certains microbes; mais on n'a pas tardé à constater, non seulement que beaucoup de microbes habituellement non pyogènes pouvaient devenir pyogènes (i.e. se trouver au sein de foyers purulents), mais aussi que les microbes réputés les plus pyogènes comme les staphylocoques et streptocoques pouvaient donner lieu à des lésions non suppurées ~~et sans~~ ex.: préparation d'un graphique de la face (streptocoques) ~~rencontrés à l'état saprophyte~~.

Toutefois il semble bien que le nombre des micro-organismes autres toujours qui donnent lieu le plus souvent aux suppurations, car on les rencontre habituellement dans les foyers de suppuration

Mais le pneumocoque, les diverses variétés du bacterium coli commune et notamment le bacille d'Eberth, donnaient bien aussi fréquemment à la suppuration. Il en serait de même pour le bacille tuberculeux, le gonocoque, etc.

~~Dans~~ les conditions ~~actuelles~~, il est donc difficile de dire exactement en quoi consiste le rôle des microorganismes, d'autant que ceux-ci peuvent souvent être rencontrés à l'état de saprophytes.

Remarquons sur le rôle important joué par le terrain où évoluent les microorganismes : certains tissus, certains organismes suppurant avec plus ou moins de facilité.

« La fonction pyogénique d'un microbe est presque accidentelle », dit Mr Sabatier. Et il ajoute : « L'aptitude suppurative est réglée par l'organisme attaqué ». Cela équivaut à peu près à dire que l'on ignore la cause de la suppuration.

nous ne connaissons probablement pas les conditions qui régissent la production des toxines microbiennes dont le rôle semble aujourd'hui le plus important dans les lésions ~~produites~~ par les microorganismes. Certaines agissent vraisemblablement à la manière de ~~certaines~~ substances chimiques telles que l'essence de térébenthine, le nitrate d'argent, les sels de mercure, etc. qui peuvent aussi déterminer la suppuration.

« Pour que un microbe ou une matière quelconque devienne pyogène, dit M. Letulle, il faut et il suffit que l'organisme attaqué par cette substance ou par ce microbe, soit apte à réagir de manière à créer, à un propre dépens, un foyer de suppuration en un point déterminé ». Autant dire

que l'opinion fait dominer par la propriété dominante.

« Sous pouvoir supposer, ajoute M. Letulle, il faut seulement, que le germe pathogène ou la substance phlogogène en question, soit suffisamment irritant pour frapper de mort rapide un département plus ou moins circonscrit du tissu conjonctivo-vasculaire ».

Et cependant M. Letulle trouve que virulence et pyogénie sont des termes plutôt opposés, confondant probablement une action plus ou moins généralisée avec une action locale. Entout cas la mort rapide seule ne saurait suffire à produire la suppuration.

Celle-ci, quoique n'ait de son origine, est pour M. Letulle comme pour M. Metchnikoff, la lutte des "armées de leucocytes" contre les colonies microbiennes, dans laquelle on voit succomber les combattants jusqu'à ce qu'un certain nombre restent vainqueurs ou que le malade succombe .... etc..

En laissant de côté la cause première de la suppuration qui ne nous paraît pas pouvoir être élucidée d'une manière précise dans l'état actuel de la science, il résulte de l'examen des lésions d'abord qu'on peut passer insensiblement de l'infl. simple à l'infl. purulente et que cette dernière paraît différer de la première surtout par la production et la destruction continuelles d'un plus grand nombre d'éléments cellulaires en un point plus ou moins localisé. L'agent nouf qui vient toujours de l'extérieur, frappe de mort un certain nombre d'éléments cellulaires soit directement, soit par obstruction vasculaire; ceux qui dès lors en sont plus nourris, ne subissent plus leur évolution habituelle. Cette action se fait aussi sentir sur le stroma, sur les vaisseaux; ce qui donne lieu à des lésions plus ou moins étendues et en même temps à un trouble de la circulation. La diapédèse doit être augmentée par la K spécifique du virus et en résulte un exsudat plus ou moins richement cellulé dont l'utilisation ne peut pas se faire

dans le milieu où il y a déjà dégénérés frappés de mort où la circulation est entravée à des degrés divers lorsqu'elle n'est pas complètement abolie. C'est ainsi qu'il se forme par du reste à ce moment une étendue plus ou moins grande. mais les cellules répandues dans les parties où la circulation persiste sont utilisées à la formation d'un tissu conjonctif en quantité variable suivant la marche de la maladie, et d'autant plus abondant que la marche de la maladie est plus lente.

On a vu tout à l'heure des éléments en voie de dégénérescence graisseuse et de destruction au niveau des parties où la circulation fonctionne encore, pendant que d'autres, situés en amont de la circulation lente, fournissent de nombreuses cellules en ± grande quantité et à forme du tissu nouveau tout comme dans l'inflammation simple.

Lorsque l'infl. purulente a lieu

sur une surface ~~telle comme la peau~~, ou sur dans une cavité où le pus peut se collecter, les altérations destructives ne produisent pas de grands désordres si l'élimination des débris organiques des agents nocifs peut se faire ~~en général~~. Mais si les phénomènes se passent au sein d'un organe, des altérations destructives plus ou moins importantes en résulteront nécessairement sous la forme d'un abcès de volume variable dont le pus aura de la tendance à se faire jour au dehors sous l'influence de conditions physiques variables. ~~Dans tous~~ Dans tous les cas par le fait des circonstances qui favorisent la propagation de l'inflammation sur un point déterminé où la circulation est plus ou moins entravée.

préparations se rapportant à une ulcération ou plaie suppurante du pied et de la langue, sur lesquels on peut voir au niveau du point affecté une perte de substance ayant occasionné la destruction totale ou partielle de la couche de Malpighi et où il existe une production abondante de cellules dans le derme et d'autant plus qu'on s'approche davantage du point ulcéré où les cellules sont en voie de destruction ou sont complètement détruites formant une couche d'exsudat purulent à la surface.

L'examen attentif des cellules permet de voir qu'malgré la suppuration, elles ont de la tendance

à forme au niveau de la surface libre une couche de cellules analogues à celle de Malpighi avec des modifications et des altérations plus ou moins considérables.

Malgré ces modifications, on a la certitude que il ne s'agit que du phénomène normal plus ou moins dévié et altéré. Les cellules sont éliminées avant d'avoir subi la kératinisation, et aux débris de cellules épithéliales à noyaux blanchis, se trouvent mélangées des cellules rondes et des cellules jeunes dites embryonnaires, provenant du derme où elles se trouvent en grand nombre pour constituer les bourgeons charnus. Ces cellules ont fait direct irruption à la surface par suite de l'absence d'une couche épithéliale régulière.

Sur une préparation d'urètre de la jonction de où il existe un épaississement relevé du derme, les cellules qui arrivent à la

surface, ne présentant pas la tendance à la Réstitutio ad integrum, probablement à raison de cette circonstance qui fait que les cellules sont plutôt petites sous la caractère des cellules conjonctives. Aussi les bourgeons charnus ainsi constitués sont très vite recouverts d'une couche de cellules formant l'exsudat purulent et ont beaucoup moins de tendance à la cicatrisation.

Préparation d'un plénum purulent où l'on voit l'exsudat non seulement recouvrant la plèvre épaissie, rétrécie, mais infiltrant aussi son tissu qui est ainsi profondément altéré et où l'on découvre quelque de vaisseaux.

Sur une préparation de plénum purulent récent, on voit au contraire les V. aussi nombreux volumineux avec l'exsudat fibrino-purulent qui infiltre les couches les plus superficielles de la trame conjonctive et montre la transition insensible de la pleurésie simple à la pleurésie purulente.

Sur ces dernières préparations on peut voir des abcès miliaires ~~du poumon~~ comme type d'abcès produit dans un parenchyme.

au premier abord ou droit des points de bronchio-pneumie, on a sans que l'on voit la bronche remplie d'infiltrat de cellules avec les alvéoles environnants également remplis de cellules. Mais un examen attentif montre que toutefois dans la bronchopneumie aiguë. Il y a en général peinture de l'épith. et autour des vaisseaux dilatés de la paroi bronchique on voit que dans le cas d'abcès, l'épith. ne peinture que sur les points correspondant à la peinture des vaisseaux; toutefois que sur les autres parties, on voit les cellules absolument taries et de coloration pâle formant parfois une mince pellicule avec seulement la trace de la paroi bronchique mais sans aucun vaisseau. Il en est de même dans les alvéoles voisins où l'exudat tarit et le vin apparaît comme d'où le tissu présente également un imminence de désintégration qui sur d'autres points est complète

Sur des préparations se rapportant à un rein chirurgical et à des abcès miliaires du rein, on peut voir aussi des cellules en très grand nombre ayant envahi le tissu conjonctif interlobulaire ainsi épaissi grâce au disparition des vaisseaux d'où l'altération particulière de l'épithélium des tubulés qui ~~ab~~ l'aspect microscopique rotatoire ~~et~~ qui cède un plus point à l'envahissement des tubulés par des jeunes cellules dont l'attraction se ~~rapproche~~ sur les points où elles sont le plus confluentes, c'est-à-dire, où l'action de la circulation doit être le moins entravée. Préparation d'abcès du rein, caractère de plus point de cellules de sarcome dont le protoplasme offrant analogie de coloration du reste le noyau est plus volumineux que le protoplasme. Contenu dans le tissu conjonctif des organes n'est pas invraisemblable, il peut en résulter des collections plus ou moins considérables par la réunion d'abcès plus petits qui ont de la tendance à se former

tout autour des premiers par infection secondaire et aussi à envahir directement des parties plus éloignées, à la périphérie et assez rapide pour qu'il ne se forme pas une couche conjonctive protectrice. Cette couche formée peut cependant céder en certains points et notamment c'est ainsi que le pus arrive à s'écouler au dehors.

Métastases fréquentes par les lymphatiques et surtout par la circulation sanguine entraînée de la pénétration du pus dans les veines.

Sous les grandes surfaces suppurantes déperdition permanente d'une qté quantité de pus contenant environ 120000 globules par millim. cube. — Il faut une production en rapport avec cette déperdition. On constate toujours surtout dans ces cas une leucocythose : mais on trouve encore d'un prolongé des globules blancs, tout comme les globules

18me Leçon
15 déc. 1896

Inflammation (suite)

Nous avons examiné les principaux phénomènes destructifs observés dans les inflammations aiguës : tuméfaction trouble et dégénérescence graisseuse des cellules, puis suppuration avec toutes ses conséquences.

Nous avons laissé de côté les autres dégénérescences cellulaires et notamment la dégénérescence caséeuse qui se rencontrent plutôt à la suite des infl. chroniques et trouveront mieux leur place à propos de ces inflammations.

Les infl. suppuratives qui donnent lieu à des ulcérations constituent ainsi les infl. ulcéreuses qui peuvent être observés à l'état aigu, ainsi qu'on l'avons vu et que nous retrouverons encore à l'état chronique.

Les auteurs décrivent aussi des infl. pseudomembraneuses caractérisées par la présence de pseudomembranes à la surface des parties atteintes d'infl. Toutefois cette dénomination est plutôt réservée à l'infl. diphtéritique qui présente en même temps des phénomènes nécrotiques ~~une ulcération superficielle~~ dont Virchow fait le caractéristique de cette infl. La présence du bacille de Loeffler au sein des exsudats est considérée comme non moins importante.

Préparations relatives au croup où l'on peut voir les parties superficielles de la muqueuse frappées de nécrose de coagulation ou de mort avec mélange des exsudats pseudomembraneux qui sont souvent caractérisés par des amas de cellules cylindriques, altérées et nécrosées, et par le mélange d'un exsudat fibrineux granuleux.

On peut encore observer des infl. diphtériques qui ont un caractère particulier

en raison des phénomènes gangréneux qui les accompagnent dès le début.

— Préparations à pneumonie gangréneuse.

Indépendamment des oblitérations vasculaires qui jouent le rôle le plus important dans tous les phénomènes de mortification et déterminent la nécrobiose ; il faut encore tenir compte de l'action des bactéries septiques venues du dehors qui sont la cause déterminante de la décomposition putride qui s'empare des tissus privés de vie.

D'après certains auteurs les microbes pyogènes pouvaient suffire à produire cette action sur un terrain favorable, chez un diabétique ou chez un sujet profondément débilité. Toutefois on trouve ordinairement dans

le foyer gangréneux divers bactéries dont quelques unes sont des bactéries saprogènes de la cavité buccale pour ceux-ci comme la gangrène pulmonaire. En tout cas quelque soit le siège de la gangrène putride ; c'est la présence des bactéries venues du dehors qui la produit ou bien de la mortification simple, dite aussi gangrène aseptique ou nécrobiose et que nous aurons l'occasion d'étudier ultérieurement.

Phénomènes de production et de réparation -

En même temps que le phénomène destructif, de mort que la vie persiste, soit au sein des parties enflammées, soit sur les limites de ces parties ; ces

peut toujours constater des phénomènes productifs qui peuvent être considérés comme des phénomènes de réparation, mais qui ne sont en somme que la continuation des phénomènes nutritifs dans les parties vivantes, augmentés et troublés par l'obstacle à la circulation provenant des parties atteintes.

Ces phénomènes se produisent dans toutes les formes ou variétés d'infl. et avec toutes les complications, ainsi qu'à tous les degrés. Ce sont ceux qui dans les cas de guérison finissent par prédominer et constituent la cicatrisation que nous aurons bientôt à examiner.

Ces phénomènes consistent dans la production de cellules et de vaisseaux qui ont une tendance à constituer

un tissu d'une nature avec une disposition analogue, mais non identique à celle du tissu qui a été détruit.

Nous avons déjà vu que dès le début de la plus légère infl. on pouvait remarquer une dilatation des vaisseaux et une production anormale d'éléments cellulaires qui paraissent provenir des globules blancs du sang et au milieu desquelles on peut voir aussi des globules rouges, des exsudats liquides avec de la fibrine granuleuse ou fibrillaire. Examinons comment ces divers éléments vont se comporter dans la succession des phénomènes observés.

Vaisseaux dilatés qui expliquent les exsudats.

Déjà au sein des jeunes cellules irrégulières

diminués on peut voir des capillaires nouvellement produits au fur et à mesure que le nouveau tissu s'étend.

Comment se forment ces vaisseaux qui communiquent toujours avec les V. veineux, ainsi que le prouve leur injection par ces derniers ?

Les auteurs admettent plusieurs hypothèses pour expliquer leur formation.

En général on admet avec Sillerotti et. que les capillaires doivent naissance à des prolongements protoplasmatiques plus ou moins qui vont s'anastomoser avec d'autres avec d'autres prolongements et que ces prolongements se creusent peu à peu sous l'influence de la pression exercée par le sang pour donner passage aux globules sanguins.

Sur la seconde formation d'un réseau protoplasmique qui d'abord, comme ci-dessus, sans l'intervention aucune de l'endothélium vasculaire en pénétrant peu à peu au fur et à mesure de ses développements karyokinétiques.

Pour M. Ranvier ce sont des cellules vasoformatives, d'abord indépendantes, dans lesquelles on aperçoit des globules sanguins qui peu à peu prennent la place du protoplasma cellulaire et vont ensuite se mettre en communication avec d'autres capillaires et avec les capillaires artériels.

Rindfleisch admet la production de canaux intracellulaires formés par des cellules conjonctives appartenant au tissu connectif adulte.

D'après l'observation des points, globules sanguins ronds, ou peu, amas au milieu des autres cellules, formation immédiate d'anses de globules sanguins disposés par petits groupes ou suivant des trajets irrégulièrement distribués dans les points où les cellules commencent à former du tissu conjonctif. En même temps on peut voir que les anses de

globules sanguins sont entourés de jeunes cellules qui leur constituent une paroi et les transforment ainsi en vaisseaux capillaires, de valeur variable au fur et à mesure de l'organisation du nouveau tissu et de sa transformation en tissu conjonctif. Sans paroi et vaisseaux constitués par des cellules endothéliales de nouvelle formation. Leur communication avec les V. veineuses peut s'expliquer par la formation de parois au fur et à mesure que les ~~globules~~ sanguins s'échappent des capillaires ainsi distendus et qui donnent lieu à la diapédèse. Ce n'est que dans les parties où cette circulation est annulée que les nouveaux

éléments exudés pourront vivre, c.a.d. là où des nouveaux vaisseaux pourront se former et être en communication avec les V. voisins de la région. Ou peut être d'abord que sur la région intermédiaire aux parties altérées et aux parties saines; puis plus tard au sein des nouvelles productions qui peu à peu se substituent aux parties altérées graduellement éliminées.

Les nouveaux V. quel que soit leur volume restent toujours les caractères des capillaires. Ils n'ont rien de commun avec les artères. Voir dans un mémoire à la plèvre. objections.

Réparations de pericardite chron. où l'on peut observer la formation des nouveaux V. dans les néoproductions jusqu'au niveau de l'exudat fibrineux.

Les vaisseaux nouveaux se forment jusque dans les organes qui n'en sont pas normalement pourvus; ce qui prouve bien l'influence de la circulation sur eux à l'état normal.

Réparation d'endocardite récente.

21me Leçon
22 déc. 1896

Inflammation (suite)

— Nous avons commencé l'étude des phénomènes de réparation dans l'infl. aiguë, en ~~constatant~~ d'abord la dilatation des vaisseaux amenée à laquelle vient bientôt s'ajouter la production de vaisseaux nouvellement formés au sein du tissu de nouvelle formation provenant des éléments et liquides exsudés. Nous avons déjà vu que ces éléments étaient réunis à la formation des vaisseaux qui, d'autre part, assurent leur vitalité. Il y a simultanéité dans la production et le fonctionnement de tous ces éléments : ce n'est que pour décrire ces phénomènes que on est obligé de les considérer isolément.

Le premier phénomène qui résulte de l'exsudation cellulaire est la production exagérée d'un tissu conjonctif anormal.

Comment se forme ce tissu ?
Schéma de Schwann –
Schéma de Virchow –

Substance fondamentale dans laquelle se trouvent des cellules fusiformes, anastomosées, et seules apparence fibrillaire de la substance fondamentale suivant la remarque de Reichert.

Lorsque on examine les néoformations, on voit, surtout, des cellules rondes ou fusiformes plus ou moins allongées, dans une substance hyaline dite fondamentale, dite aussi intercellulaire dont la quantité peut être très variable, de manière à prédominer dans certains cas et à être à peine appréciable dans d'autres cas. Elle est d'abord homogène

et les premiers tissus qu'elle présente proviennent très manifestement du passage des cellules qui les sillonnent, ainsi qu'on peut l'observer notamment sur les granulations d'endocardite aiguë. Elle se trouve en moins grde quantité dans les points où prédominent les cellules qui peuvent arriver à être tout à fait complètes et parcourir à s'avoir qu'une quantité minime de substance hyaline interposée qui paraît provenir de leur ramollissement.

Lorsque on examine les productions à l'état frais, par dissociation, on ne trouve que des éléments cellulaires au sein d'une substance finement granuleuse, mais les cellules ont d'autant plus l'aspect fusiforme que le tissu nouveau est mieux organisé en tissu conjonctif.

Indépendamment de ces productions où la substance hyaline paraît bien provenir d'une sécrétion récente, on peut voir au sein du tissu conjonctif plus ou moins organisé de véritables faisceaux hyalins homogènes ou finement striés longitudinalement à ressembler à des faisceaux de fibrilles, plus ou moins ondulés et colorés en rouge par le carmin, entre lesquels se trouvent des cellules à formes variées, rondes, plates, fusiformes, etc. Ce tissu sur est trop manifestement hyalin d'origine pour provenir d'une accumulation de cellules plus ou moins tassées et serrées ainsi plutôt formé par l'exsudat liquide. C'est l'analogue de la substance constituante du derme entoure de sarcomes, de la trame des tumeurs de certaines glandes, mais avec beaucoup moins de fibres élastiques.

Examen des préparations d'endocardite aiguë où l'on peut voir la lésion fondamentale résultant non du petit nombre de cellules ~~dans~~ ~~les~~ productions les plus récentes, puis de péricardite hémorrhagique où les productions conjonctives sont abondantes et en rapport avec la production de vaisseaux, mais où l'on trouve des parasites hydatiques ondulés dans les parties profondes. On ne les rencontre pas à la surface où il y a toujours prédominance des éléments cellulaires tendant à la production d'un épithélium limitant analogue à celui de l'organe ~~qui est~~ le siège de la nouvelle production. Enfin préparations du premier ou 20e jour où l'on peut voir la ~~lésion~~ conjonctive se produire par l'apposition

de nouvelles cellules sur les parois interalvéolaires, sous substance hyaline intermédiaire manifestement apparente. Mais ces intermédiaire entre l'infl. aigu et l'infl. chr.

Quel que soit l'organe affecté, les nouvelles productions conjonctives ont toujours lieu au ~~voisinage~~ sein de celles qui existent déjà et n'ont pas été atteintes : il y a seulement une production épithéliale plus ou moins prononcée de leurs éléments normaux ; puis à leur voisinage des cellules conjonctives deviennent la forme, la quantité et la disposition tout plus ou moins anormales et tendent à augmenter graduellement de la profondeur à la superficie du infl. de la gravité des moyens ou à empêcher d'employer parmi les

des parties saines sur celles qui sont le siège du phénomène destructif.

C'est ainsi que se forme l'épaisse sclérose du tronc des séreuses dans leur inflammation aiguë, et la membrane limitante de toutes les inflammations aiguës simples, suppurées ou hémorragiques. Toutefois les phénomènes productifs, comme l'on dit, sont plus prononcés dans les infl. simples.

La tendance est dans tous les cas la même : c'est la reconstitution d'un tissu analogue à celui qui a été détruit. Mais ~~quoique~~ quoique ce résultat soit obtenu, il y a continuation de productions cellulaires et de formations conjonctives d'autant plus abondamment que le résultat se fait plus attendre. Réparation d'abcès du foie.

D'autre part il ne peut être obtenu qu'après l'élimination des débris plus ou moins considérables qui ont été produits

L'élimination des parties détruites est donc un phénomène qui se produit simultanément avec l'édification du nouveau tissu ; c'est-à-dire, qu'on assiste à l'état pathologique à la continuation des phénomènes de nutrition et de rénovation des tissus, avec une activité augmentée et plus ou moins désordonnée suivant les troubles primitifs ou consécutifs ayant déterminé une perturbation profonde de la circulation sanguine et lymphatique. Ces phénomènes sont très complexes et difficiles à constater en moins d'une manière précise ; car les phénomènes normaux auxquels ils correspondent sont eux-mêmes assez mal connus.

On admet qu'à l'état normal les déchets sont emportés par les cellules migratrices dans les vais lymphatiques et par le système veineux.

Il doit en être de même à l'état pathologique, mais la perméabilité des voies naturelles est plus ou moins entravée, alors que les déchets sont précisément plus considérables. Il est vrai qu'il y a une accumulation abondante de cellules et de leucocytes qui doivent favoriser l'élimination des déchets; et on trouve, en effet, dans les foyers inflammatoires, beaucoup de cellules chargées de granulations protéiques et graisseuses, parfois de débris cellulaires et de globules sanguins et très souvent de pigment sanguin, de corps étrangers comme des poussières de charbon, etc., de microbes divers. On est donc porté à considérer les cellules comme chargées de l'élimination des substances dont elles sont remplies. C'est ainsi que depuis longtemps on les a désignées sous le nom de "balayeurs" de l'économie. M. Metchnikoff a encore renchéri sur le rôle de ces cellules qui seraient doués non seulement des propriétés de motilité, mais encore de celles de sensibilité et de digestibilité qui pour moi sont des signes vus de l'esprit comme

Et même lorsqu'on considère dans quelles conditions se trouvent les cellules chargées de déchets ou de substances étrangères, on peut se demander si réellement elles jouent le rôle de simples balayeurs. Ces cellules, en effet, sont ord. augmentées de volume et déformées, au milieu d'un liquide trouble granuleux, rempli des mêmes substances contenues dans les cellules dont beaucoup sont troublés, dont ~~quelques uns~~ dont quelques uns un noyau mal coloré, et tout en vue de ~~dégénérescence~~ manifeste et même de désintégration. Les jeunes cellules ~~bien rangées qui cellules~~ qui sont en place ne sont ord. pas chargées de ces substances, ou n'en présentent que des traces. C'est ainsi qu'on voit très bien notamment dans les pneumonies des épithéliales où les cellules fixées à la paroi normale ne présentent pas ord. de matière colorante ~~noire~~, tandis que celles qui sont libres dans la cavité en sont encore attachées à

la paroi, moins augmentés de volume ou renfermant des granulations variables. En tout cas avec les cellules les plus volumineuses et les plus actives qui en renferment le plus.

On dit bien que il s'agit de cellules migratrices et non de cellules épithéliales, mais ~~toutefois~~ la preuve, surtout alors que certaines cellules adhérent encore à la paroi et que il n'y a pas une exagération de productions habituelles. ~~Du reste~~ On admet aussi ~~la~~ production des cellules endothéliales ou épithéliales préexistantes, ce qui ~~est~~ paraît indéniable de nostrum. On remarquera, en outre, que dans le tissu conjonctif ~~[illegible]~~ vomiens, on ne trouve pas de cellules de ce genre qui, du reste, auraient de la peine à se frayer un passage non seulement dans les interstices du tissu conjonctif, mais aussi dans les fins canaux lymphatiques et dans les capillaires sanguins. Quant aux cellules jeunes qui paraissent libres dans ce tissu conjonctif, comme celles qui se trouvent dans les vaisseaux circulatoires, elles ne présentent pas ordinairement de particularités noires.

On admet, il est vrai, que les grosses

cellules chargées de détruire le pigment qu'elles emportent peuvent se rompre en route, pour expliquer la présence de pigment ou de matière charbonneuse aux environs de foyer inflammatoire ~~dans le tissu~~ du tissu conjonctif de nouvelle formation, sans être contenus dans des éléments cellulaires. On ajoute même que ces substances étrangères sont repris ensuite par d'autres cellules qui finissent par les emporter jusque dans les ganglions viscéraux. Ce sont autant d'hypothèses dont la preuve reste à faire.

On peut tout aussi bien soutenir que les vaisseaux aux yeux de nature, passant par c'est l'épithélium bulbaire et les yeux internes, que les déchets, et notamment les pertes vives qu'on peut voir sur les préparations, sont entraînés par les lymphatiques ~~ou~~ à l'état pathologique comme à l'état normal, et que s'ils pénètrent dans certaines cellules, c'est surtout dans celles qui sont en voie d'altération et le plus souvent ~~se trouvent~~ dégénérées.

Ce sont les conditions physiques dans lesquelles ~~sont placées~~ se trouvent, en dehors éléments infiltrés de liquide en quantité anormale, qui déterminent l'incorporation des substances étrangères aux cellules ainsi altérées et dont la désintégration va donner naissance en liberté les particules dont elles étaient chargées et les substances dont elles sont composées. C'est ainsi qu'on trouve ces réactifs et notamment les particules colorées dont ~~la présence est facile à constater~~ il est facile de constater la présence, dans un tissu ~~disposé~~ ord. plus ou moins induré et dans lequel de grosses cellules ne pourraient s'engager. Les liquides circulent, à n'en pas douter, à travers les tissus, et on ne voit pas pour quels motifs on leur refuserait l'action de "balayeurs" qu'ils ont, sans contestation, dans toutes les autres conditions en dehors de l'économie et qu'ils sont bien plus aptes à remplir que les cellules dont l'action à ce point de vue doit être forcément très restreinte. Elle n'est bien manifeste que pour les cellules altérées qui sont aptes à

Lorsque les ~~[illegible]~~ restent à proximité des surfaces d'absorption ou des muqueuses, mais si la portée des déchets est élevée au dehors, une ~~[illegible]~~ et modification ou dénaturation plus ou moins prononcée ~~des produits marquées~~ ~~[illegible]~~ alors la guérison peut avoir lieu assez rapidement. Mais lorsque les déchets sont au sein des tissus

comme dès l'absorption ne suffit pas à les enlever et alors il arrive que ils sont isolés, enkystés dans les tissus par la membrane fibreuse qui augmente d'épaisseur et s'organise définitivement, et que le contenu subit diverses modifications que nous étudierons ultérieurement. Le plus souvent à l'état aigu, c'est la terminaison par abcès qui arrive à s'ouvrir au dehors, de telle sorte que la plus grande partie des déchets ~~[illegible]~~ rejetés au dehors par ouverture spontanée ou provoquée, la guérison se trouve pas à se produire; car l'économie aidée délivrée de ces déchets encombrants qui gênent la circulation des phénomènes communs de vie ne a plus que la continuer à vivre avec ses phénomènes normaux seulement plus ou moins modifiés et modifiés pour arriver à reconstituer les parties détruites.

- Exp. de préparation d'un furoncle dont le bourbillon a été récemment évacué.

Dans ce cas comme dans toutes les préparations se rapportant à des infl. en vue de guérison, on peut observer la tendance à la reconstitution du tissu, moins avec des modifications plus ou moins considérables.

Le phénomène constant est la production d'un tissu conjonctif d'aspect variable, mais qui au bout du temps devient toujours plus ou moins dense à la place des parties détruites. Ce tissu d'abord ~~assez~~ volumineux et avec des vaisseaux abondants dilatés présente ~~d'ordinaire~~ bien une coloration rougeâtre. Mais peu à peu la congestion tend à disparaître par la répartition ~~peu à peu~~ plus égale du sang et la tendance ~~à~~ au retour à la circulation normale;

de telle sorte que les voisinages diminuent
Il y a alors moins de cellules, épuisées et
proportionnellement de volume. Le tissu s'affaisse
peu à peu en diminuant de coloration
jusqu'à devenir moins coloré que le
tissu normal voisin : d'où la coloration
d'abord rougeâtre, puis blanchâtre des
cicatrices.

Un autre phénomène également
constant lorsque il s'agit d'une
inflammation en rapport avec une
surface libre recouverte d'un épithélium,
c'est la reconstitution d'un épithélium
de même nature, moins seulement plus
ou moins modifié suivant l'étendue
des lésions en profondeur et surtout en
surface. Il importe peu c'est là la condition
prép. se rapportant à une plaie en voie de cicatrisation
que la surface reste libre, car si elle contient
des adhérences l'épithélium n'est pas
reproduit, comme on peut le voir sur
les préparations de plèvres adhérentes ou tout au moins
on ne trouve que quelques cellules cylindriques.

Les organes complétement détruits comme les glandes, les muscles et même le derme, ne sont pas reproduits. C'est ce qu'on peut voir sur des préparations d'une cicatrice de la peau datant de 15 jours, provenant d'une plaie sous pansement antiseptique. Il ne reste qu'une mince ~~lamelle~~ de tissu fibreux sur lequel se trouve une mince couche de cellules épithéliales petites et toutes dont on peut apprécier la différence avec les cellules normales du voisinage. Sur ou dessous du tissu fibreux se trouve seulement du tissu cellulo-graisseux en abondance pour boucher la perte de substance résultant de la disparition des autres éléments constituants de la peau.

Il n'y a que les parties détruites qui disparaissent; car celles qui ont seulement été le siège d'une production plus abondante

d'élément, comme on peut l'observer
même au voisinage des parties détruites,
revient ~~[illegible]~~ à l'état normal,
c. à d. que le tissu est seulement plus
ou moins relevé par une modification
correspondante des ~~[illegible]~~ cellules.
Certaines parties atteintes à un moindre
degré peuvent même revenir tout à fait
à l'état normal. Démonstration incomplète entre ces deux points. incomplète aux quelques points.

Cela nous amène à examiner
dans quelles conditions on peut obtenir
le retour ad integrum des parties
atteintes d'inflammation aiguë.

Virchow admet le retour possible
à l'état normal, voire même à l'état
embryonnaire, des cellules atteintes de
tuméfaction trouble; mais ce sont des
vues théoriques dont la démonstration
n'a pas pu être faite. Il y a bien contre
toutes raisons de croire que des cellules évoluant
et ~~[illegible]~~ ne peuvent que disparaître. Un individu
malade revient à la santé; mais c'est pas le personnel

plus ou moins appréciable des éléments cellulaires (adultes) altérés. Donc lorsque une cellule est altérée elle tombe et disparaît pour être remplacée par une cellule normale : c'est le retour ad integrum que l'on peut constater dans les parties où il n'y a que des altérations portant sur des éléments cellulaires disposés de manière à pouvoir être remplacés comme ils le sont à l'état normal, à la surface de la peau, des muqueuses, des séreuses, dans les culs-de-sac glandulaires. Mais peu à peu que l'altération soit plus profonde, le retour ad integrum est impossible, parce que la structure des tissus a été modifiée et que notamment les vaisseaux ne se trouvent plus disposés de la même manière, de telle sorte que les nouveaux éléments produits ~~de fr~~ dans des ~~co~~ conditions différentes, qui forcément imposent une constitution ou structure ~~nouvelle~~ en rapport avec ces conditions nouvelles. Lorsque l'infl. est aiguë, ~~les destructions~~ étant considérables ; il n'y a guère reproduction de tissus avec des modifications profo

ayant du tissu conjonctif avec les épithéliums des surfaces ~~détachées~~. Mais lorsque l'infl. est subaiguë ou chronique, on peut observer aussi la reproduction des tissus glandulaires plus ou moins modifiés comme nous le verrons bientôt, pourvu que la destruction des glandes n'ait pas été complète.

La réunion des tissus dits par première intention se différencie ainsi par beaucoup des réunions secondaires. C'est ainsi qu'on peut voir sur nos préparations où se rencontrent les mêmes altérations précédemment décrites mais en un point plus ou moins limité et parfois même seulement sur une surface linéaire traversant la peau.

Péricardite hémorrhagique –
Pneumonie lobaire 20me jour –
Pleurésie hém. avec adhérences des plèvres –
Bronchite –
Abcès du foie rénal
Abcès du foie avec perforation pleurale
Abcès du pied au niveau de l'excoriation
Cicatrice de la peau. Intervalle de 15 jours sans point antiseptique
Réunion par première intention –

artère fémorale . gangrène du pied .
oblitération incomplète

oblitération des tibiales plus ou moins complète .

phlebectasie de la V. crurale avec phlébite
oblitération incomplète

Kyste de l'oreillette g. au niveau d'un caillot
néoproduction endocardique avec lésion de la paroi

~~caillots de ventricule gauche~~ .
~~Endocardite ancienne~~ .

---

néomembrane pleurale point encore vasculaire
Pleurésie chronique rhumatismale ancienne lésion secondaire inflammatoire.

Valvule mitrale ancienne
Endocardite chronique

Caillots dans un ventricule
infl. ulcéreuse chronique

à rechercher :
infl. récoronizm
— gonzéenne

23me Leçon
9 janv. 1897

Suppuration (suite)

Pour compléter l'étude des phénomènes de réparation dans les infl. aiguës, nous devons encore examiner ceux qui se produisent après l'ouverture d'un ~~abcès~~ vaisseau survenu par suite d'un traumatisme ou spontanément.

après la perforation d'un artère par un instrument piquant ou la section, soit par un instrument tranchant, soit par un instrument contondant, on voit se produire un jet de sang qui peut diminuer et s'arrêter spontanément.

Formation du Caillot de J. E. Petit.

Caillot ~~sympathique~~ de Jones (1806)

Caillot leucocytique de Zahn démontré par observation directe en 1874 sur la mésentère de la grenouille. Expérience répétée par M. Sites en 1876 sur la queue et sur des animaux à sang chaud.

Description de la disposition et du mode de formation des thrombus blancs ou des caillots leucocytiques en action suppléé de bénéfice

mêmes phénomènes sur les artères que sur les veines ; sur les animaux à sang chaud que sur ceux à sang froid.

Le bouchon de p. S. Petit ou caillot intérieur se forme ou se forme que après la production du thrombus blanc, c.a.d. lorsque l'hémorrhagie est arrêtée, vers la fin du 2me ou au commencement du 3me jour.

Chez les animaux à sang chaud le thrombus blanc est formé par des globules blancs avec quelques globules rouges plongés au sein d'une substance granuleuse qui pour M. Petit dériverait de la substance altérée des globules blancs. Ce n'est pas de la fibrine granuleuse, puisqu'elle est gonflée par l'eau pure qui n'altère pas la fibrine, et qu'elle n'est pas modifiée par les solutions acidulées ou salées qui dissolvent la fibrine. Elle présente au contraire la plupart des caractères physiques et histochimiques de la substance protoplasmique des globules blancs (Petit).

(voir aussi Bull. de la Soc. anat. 1879)

On ne doit pas considérer cette substance comme produite par la substance altérée des globules blancs, puisqu'elle est produite simultanément avec ces globules. Il s'agit évidemment d'un exsudat liquide accompagnant comme dans tous les cas la production des globules blancs. Il n'est pas étonnant que ce liquide présente une analogie de composition avec le protoplasma des globules en raison des échanges qui ont lieu entre ces parties, comme il en existe du reste entre toutes les cellules et les liquides au sein desquels elles se trouvent. C'est d'après cette remarque que Robin cherchait à expliquer la formation des cellules au sein du blastème où se trouvent les éléments provenant des cellules vivantes.

Enfin cette substance permet l'ouverture de la paroi ou obliterant le vaisseau devient le siège de néoproductions conjonctives désignées sous le nom d'endartérite ou d'endophlébite qui produisent l'occlusion de l'ouverture ou de la lumière du vaisseau.

Les vaisseaux peuvent aussi être le siège d'une ouverture ou d'une rupture dite spontanée, c.ad. non traumatique et ayant pour origine les parois des vaisseaux ou les parties immédiates contiguës.

Les phénomènes de réparation sont en général plus difficiles que dans les cas de lésion traumatique, toutes choses égales d'ailleurs, en raison de l'altération des parois ou des parties voisines. Mais lorsqu'elles peuvent s'opérer, c'est de la même manière.

C'est par un mécanisme analogue que se produit l'oblitération des veines par ligature aussi bien que celle qui est dite spontanée et que nous observons si souvent, non seulement par le fait de lésions artérielles et veineuses thrombosiques et emboliques, mais surtout au sein des tissus qui sont le siège d'inflammation où elles donnent lieu à des phénomènes divers et en général aux maux étudiés, sous ce les troubles apportés à la circulation.

Dans ces cas on observe au début la coagulation du sang au voisinage du point oblitéré

Eaemme puis O. Weber croyaient à l'organisation du caillot vue par Cruveilhier, Robin et Verdeil.

Pour Virchow ce sont les globules blancs du thrombus qui se transforment en cellules conjonctives.

C'est aussi l'opinion de Rubnoff qui les fait provenir des parois musculeuses et des organes voisins.

Toutefois la plupart des auteurs avec MM. Cornil et Ranvier admettent que les néoproductions ont pour origine la prolifération de l'épithélium tapissant la surface interne des vaisseaux. M. Cornil vient encore de faire tout récemment à ce sujet une communication à l'académie de médecine dans laquelle il admet la prolifération des cellules endothéliales par division directe.

Il résulte de nos observations que, observant les lésions à tous les degrés, on ne peut pas mieux voir la division des cellules du noyau de l'endothélium ~~sur~~ que à la surface des séreuses, de la peau ou de toute autre région.

La production des cellules en plus grand nombre à la surface interne des vaisseaux coïncide toujours avec une vascularisation plus grande des parois qui sont pénétrées par de nombreuses cellules surtout au niveau des tuniques externe et interne. Ce n'est pas le caillot cruorique qui s'organise effectivement, mais c'est lui qui est peu à peu envahi et pénétré par des exudats fibrineux au sein desquels se trouvent les cellules qui ~~prédéterminent~~ s'organisent en tissu conjonctif ou milieu duquel se trouvent un ou plusieurs vaisseaux de nouvelle formation pouvant donner à ce tissu l'aspect du tissu cavernueux (bronchie). Certains vaisseaux nouvellement formés peuvent aussi s'oblitérer, ainsi qu'on le remarque en quelques préparations.

Examen de préparations rapportant à des oblitérations artérielles incomplètes et complètes (artère fémorale, artères tibiales) — oblitération incomplète dans un cas de phlébectasie de la veine crurale.

Corrosion des caillots se formant dans le cœur pendant la vie sous l'influence de causes diverses, mais toujours, comme dans les veines périphériques, indépendant de l'entrave à la circulation et du ralentissement du cours du sang, par une altération de l'épithélium ~~[illegible]~~ point de l'endocarde, on voit ~~[illegible]~~ ~~la prédisposition~~ à arriver à des phénomènes inflammatoires toujours plus ou moins marqués sur tout l'épaisseur de la paroi, en même temps que les couches de la paroi interne empiètent peu à peu sur le caillot pour produire des néoformations oblitérantes comme dans bien des ~~oblitérations vasculaires~~ dans tous les cas une analogie au lieu de cicatrice

Inflammation chronique

divisée en inflammation chronique consécutive à une inflammation aiguë et en inflammation chronique d'emblée.

Inflammation chronique ~~consécutive~~ à une infl. aiguë. On donne ce nom à toute inflammation aiguë devenue persistante pendant un temps plus ou moins long indéterminé ou même indéfiniment, soit sous l'influence de la persistance de la cause nocive, soit en raison des conditions anatomiques créées par l'infl. première qui retardent ou empêchent les phénomènes de résorption, ou encore sont la cause permanente de nouvelles altérations.

Ces phénomènes peuvent s'observer ou toutes les variétés d'inflammation : simple, ulcéreuse, vésiculeuse et gangréneuse.

Examen des préparations se rapportant à une pleurésie chronique rhumatismale coïncidant avec une endocardite chronique et dont la péristome doit tenir à la formation d'une poche à parois épaisses et résistantes empêchant la distension du poumon pendant que les côtes maintiennent d'autre part la plèvre pariétale éloignée du poumon.

On peut voir que cette infl. de la plèvre est caractérisée par une production conjonctive où domine la substance hyalin dans laquelle se trouvent disséminés les cellules toujours plus nombreuses au niveau des V. de nouvelle formation

dont l'endothélium est constitué par des cellules de même nature.

Les V. sont plus nombreux et plus volumineux que la ~~surface interne~~ de la plèvre pariétale environnante et il y a aussi des cellules en plus grand nombre que vers les régions externes. A la partie interne la substance hyaline se continue insensiblement avec une substance hyaline plus granuleuse et plus trouble tout à fait comparable à la substance qui constitue les granulations de l'endocarde et au sein de laquelle se trouvent des cellules comme dans la substance hyaline sous-organique. Toutefois cette substance paraît moins solide. Le pourtour des cellules y laisse des sillons plus accusés

et les cellules y sont aussi un peu plus volumineuses, le protoplasma plus granuleux que sur la partie plus ancienne. Enfin il y a aussi dans cette substance ~~fondamentale~~ des espaces assez volumineux irréguliers, nombreux, dans lesquels se trouvent des globules sanguins et qui donnent en quelques points l'aspect d'un tissu caverneux.

En somme il s'agit d'une exsudation péritonite donnant lieu à un tissu conjonctif de plus en plus épais et qui tend à la cicatrisation produite sur les points où les deux plèvres ont pu arriver à se mettre en contact.

préparation d'endocardite chronique
en l'infl. paraît présenter un
raison des conditions dans
lesquelles ~~sont~~ trouvées les valvules
après l'infl. aiguë. C'est toutefois
moins ce qui paraît résulter de
l'examen de cette préparation
où l'on peut voir non seulement
une portion saillante transformée
en tissu fibreux; mais encore
un épaississement considérable et
irrégulier des valvules dont tendons
qui s'y insèrent aux deux points
où existent encore des vaisseaux
contrairement à l'état normal, tandis
que sur d'autres points qui sont
probablement moins intégrés se produisent
des phénomènes de dégénérescence granulo-graisseuse
Ce sont les conditions anatomiques qui expliquent la persistance indéfinie
des lésions arrivées à un degré.

préparation d'inflammation ulcéreuse chronique entretenue par la persistance d'un corps étranger (poils à cautère).

Ces phénomènes ne diffèrent de ceux de l'inflammation aiguë que par l'intensité des productions conjonctives s'étendant plus ou moins profondément. Mais production abondante de cellules à la superficie où elles vont encore plus qu'à l'état aigu de la tendance à reproduire la couche épithéliale ou vaisseaux de la couche de malpighi ~~persistante~~ sur les bords de l'ulcération où elle est même augmentée par le fait de l'hypertrophie de tous les éléments à cette niveau où la vascularisation est augmentée depuis longtemps.

26e Leçon
12 janv. 1897

Inflammation (suite)

Nous avons vu que des inflammations débutant d'une manière aiguë pouvaient devenir chroniques sous l'influence de la persistance de la cause ou des conditions anatomiques créées par la première lésion.

Nous avons cité quelques exemples de ces inflammations ; mais nous devons ajouter que la plupart des infl. chroniques peuvent reconnaître cette origine et notamment toutes celles qui sont dites interstitielles ou scléreuses et que caractérisent

surtout la prédominance des productions conjonctives.

Toutefois on considère comme ~~inflammation~~ chronique d'emblée celle qui débutant d'une manière insidieuse, évolue lentement et persiste le plus souvent indéfiniment à des degrés divers.

C'est ce type d'infl. que l'on trouve habituellement dans les sclérose des organes glandulaires et notamment des reins et du foie qui sont si communes, celles des téguments, du poumon et de l'appareil circulatoire, des muscles et du système nerveux, et en somme de toutes les parties du corps, sous ouvertes les squelettes, lorsqu'elles débutent insidieusement et persistent.

moins dans bien des cas on peut encore remarquer que l'infl. chr. paraît succéder à une phase aiguë ou subaiguë tellement légère qu'elle passerait facilement inaperçue si elle n'était pas particulièrement recherchée de telle sorte qu'on peut se demander si elle n'a pas existé à un léger degré, même dans les cas où elle n'a pas été remarquée, surtout lorsqu'il s'agit d'organes profondément situés où l'observation directe est impossible.

Cependant pour chaque nous pouvons observer au niveau des peau, ~~[illegible]~~ infl. chronique succède souvent à une infl. aiguë, nous voyons aussi manifestement une infl. chronique

d'emblée se produire sous l'influence de la stase persistante du sang dans les vaisseaux.

Du reste peu importe que l'infl. ait débuté ou non par une phase aiguë pour se poursuivre à l'état chronique. Elle doit être toujours considérée comme chronique. Son début est toujours le même : dilatation vasculaire et production plus grande d'éléments cellulaires. Il n'y a de différence que dans l'intensité du processus qui dans tous les cas doit être toujours suffisamment modéré pour passer à l'état chronique.

On peut n'observer au début que des phénomènes d'hyperplasie et d'hypertrophie lorsque la disposition des vaisseaux n'est pas modifiée

mais aussitôt qu'il y a une production cellulaire trop abondante et probablement aussi des déchets en trop grande quantité ; il en résulte un encombrement des capillaires sanguins et lymphatiques et un ou plusieurs vaisseaux dont l'imperméabilité doit apporter une perturbation plus ou moins considérable dans les phénomènes de nutrition et de rénovation des tissus. Les vaisseaux de la périphérie se dilatent davantage ; il y a production beaucoup plus grande d'éléments cellulaires en même temps que des destructions dans les parties insuffisamment ou non irriguées.

on observe en somme les mêmes phénomènes que dans les infl. aiguës; mais comme ils se produisent plus ou moins lentement, les néoproductions s'établissent d'une manière insensible comme suppléant les destructions, sans bouleversement considérable du tissu, tout comme ~~on peut~~ nous l'avons déjà observé dans les cas où les ~~fibrines~~ intermédiaires du tissu sain et du foyer inflammatoire.

Les productions nouvelles commencent ~~bientôt~~ l'intégrité de l'appareil circulatoire dans une plus grande quantité de cellules à leur place habituelle avec un épaississement du tissu conjonctif, puis plus tard ~~après~~ avec les troubles de

la circulation on voit ~~surpaissir~~ une production plus ou moins exubérante à titre conjonctif qui se substitue peu à peu au tissu normal et dans lequel on peut constater bien souvent la tendance à la production de nouveaux éléments de l'organe, moins plutôt sous la forme embryonnaire le tissu ne ~~se~~ reproduisant jamais avec sa structure habituelle, sûr pour les parties dont la reproduction est le plus manifeste comme pour le tissu osseux, pour les surfaces ~~glandes~~, ~~et~~ muqueuses, ~~pour~~ les glandes etc.

Ces nouvelles productions ~~n'ont pas lieu~~ ~~que~~ plus lorsque les organes ~~ont~~ été détruits complètement.

Enfin certains organes comme les muscles ~~striés~~ ne se reproduisent à aucun degré.

Examen des préparations offrant les principaux types de l'infl. chr. ~~dite~~ interstitielle à ses divers degrés.

– Sclérose de la peau consécutive à des troubles circulatoires persistants et présentant le type d'une infl. chr. d'emblée au début.

augmentation d'épaisseur de la couche épithéliale dans ses diverses parties (couche épith. cornée et couche de Malpighi); cellules répandues en plus grande quantité entre les faisceaux du derme et surtout le long des vaisseaux ainsi qu'au niveau des follicules pileux et des glandes, avec vaisseaux dilatés.

En somme ce sont plutôt des phénomènes d'hyperplasie et d'hypertrophie.

on peut voir les lésions d'infl. à un degré plus accusé sur la peau qui a pris la constitution éléphantiasique par suite d'une action plus intense et plus prolongée de la cause des lésions précédentes.

Production cellulaire plus abondante au sein d'un exsudat liquide infiltré entre les ~~diverses~~ parties qui sont comme distendues et divisées avec production d'un nouveau tissu conjonctif abondant surtout dans la région sous-épithéliale; mais avec production cellulaire abondante jusque dans les parties les plus profondes du derme, toujours plutôt au niveau des vaisseaux et des glandes.

La sclérose des glomérules, notamment des reins dont fois si communément observée, est particulièrement intéressante à étudier.

Sur une préparation de rein provenant d'un mal de Bright offrant des lésions à des degrés divers, on peut voir au plus léger degré avec la conservation de la structure de l'organe et des vaisseaux dilatés des cellules en plus grand nombre dans le tissu conjonctif interlobulaire et des cellules tapissant les tubes glomérulaires peut être en plus grand nombre, mais en tout cas avec des noyaux bien colorés comme ceux des cellules qui se trouvent dans le tissu conjonctif voisin.

Dans d'autres points les cellules du tissu conjonctif sont devenues plus

abondantes jusqu'au point de se confondre plus ou moins avec celles qui sont contenues dans les tubes diminués de volume et dont les cellules sont également modifiées. Il en résulte des îlots d'inflammation ou néoproductions cellulaires conjonctives exubérantes ou ~~vésicales~~ de tissu ~~qui~~ l'apparence habituelle ou ~~entourant~~ des ~~[illegible]~~ îlots de tissu veineux lorsque les productions inflammatoires se sont étendues.

Ce sont ces parties relativement saines qui sont considérées par MM. Cornil et Brault comme le siège d'une infl. propre des éléments épithéliaux.

Ces altérations épithéliales dégénératives décrites par ces auteurs s'observent sans infl. elles paraissent surtout dues aux conditions dans lesquelles le mort est survenu et à celles dans lesquelles les préparations ont pu être faites.

Ce qui caractérise essentiellement l'infiltration à tous les degrés et particulièrement dans les formes chroniques, c'est la substitution au tissu normal d'un tissu nouveau plus ou moins exubérant + où au sein de tissu conjonctif se voient des productions cellulaires tendant à reproduire le tissu glandulaire dans ses éléments essentiels, surtout dans les parties où elles sont le plus abondantes, normale et où la vacuité est augmentée.

Proportions se rapportant à une région où les productions cellulaires sont très abondantes et où l'on peut observer au milieu des cellules accumulées de petites tubes à peine reconnaissables et des tubes plus ou moins volumineux dilatés anormalement, mais où l'épithélium est considérablement diminué de volume, lisse et plutôt cubique avec répartition irrégulière du noyau.

32 + Dessin comparé avec des cas de rétrécissement

Dans la cirrhose hépatique à un degré prononcé on voit très bien la disposition granulée du tissu hépatique où pas même que dans le rein on ne saurait placer l'infl. au sein des îlots glomérulaires ~~et tubulaires~~. En même temps on a vu sein du tissu conjonctif de nouvelle formation des formations cellulaires se présentant sous la forme la plus simple, c. à d. sous la forme de néocanalicules ou des cellules épithéliales plus ou moins modifiées, mais dont le noyau est semblable à celui des cellules du tissu conjonctif dans lequel ils se sont développés.

Sur les limites des lacunes conjonctives les noyaux des cellules hépatiques sont mieux colorés et paraissent plus abondants. On les retrouve encore isolés, mais au sein du tissu conjonctif. Leur protoplasma tend à disparaître. Il se forme de formations nouvelles semblables aux anciennes, la circulation étant

dans l'endartérite chronique (plaque molle d'athérome), on peut observer seulement la production exubérante du tissu conjonctif au niveau des travées internes et externes, aux dépens du tunique moyenne qui est peu à peu détruite mais qui ne se reproduit pas, environ de la désorganisation dont elle est le siège.

Toutefois dans d'autres circonstances on peut observer la néoproduction des fibres lisses au sein du tissu enflammé; mais encore faut-il que le tissu ait pas débuté.

La sclérose des muscles striés produit leur destruction graduelle, sans qu'il y ait de nouvelles productions. Son rapport [illegible] la structure [illegible] de la loi de production [illegible]

Hypertrophies de sclérose du cœur.

Sous les nerfs on peut observer une simple sclérose vérétatives interstitielle, comme dans le tissu cicatriciel de voisinage d'amputation où l'on trouve les fibres nerveuses dévoiées par la neoproduction conjonctive, sans destruction des tubes nerveux ; ou bien on observe cette destruction soit par dégénérescence ~~avec~~ lésion des centres, soit par inflammation primitive diffuse ou systématique.

Sous les os on a aussi des productions plus ou moins exclusives à la place du tissu ancien, avec une structure plus ou moins irrégulière du tissu de nouvelle formation.

Sensations habituelles ~~de lésions~~ ou amputation, peu à peu elles vont s'atténuer en raison de troubles de circulation qui permettent fatalement le développement de productions de nouvelles formes, inf. à ce niveau.

36
29me Leçon
19 janv. 1897

Inflammations nodulaires

—

Les auteurs décrivent ainsi ces infl. sous le nom de spécifiques, soit parce qu'elles sont produites chacune par un agent infectieux déterminé, soit en raison de leur contagiosité. Mais on peut pour les mêmes motifs faire rentrer toutes les infl. dites spontanées parmi les infl. spécifiques.

Les infl. nodulaires se différent par d'une manière essentielle des autres infl.; elles présentent toutes, en outre, une disposition particulière des lésions qui les caractérise en l'absence de l'agent infectieux.

On décrit sous le nom d'infl. nodulaires la tuberculose, la syphilis, la lèpre, la morve, l'actinomycose.

Je ne m'occuperai ici que d'une manière très sommaire seulement de la tuberculose et de la syphilis, en raison de leur fréquence de ces lésions.

Sous la tuberculose nous laissons de côté les tuberculoses zoogléiques et autres qui ne sont pas produites par le bacille de Koch et n'appartiennent pas à la pseudo-tuberculose — (Voir leçons de février 1895)

37 B 2me Leçon
26 janv. 1897

Tuberculose (fin)

1

Nous avons vu que les lésions tuberculeuses débutent en général par des infl. subiraiguës rapidement la nécrose caséeuse ou caséification qui peut être suivie de désintégration ou d'ulcération.

En général on voit autour des nodules caséeux se former des amas de cellules qui bien vite prennent la disposition ~~fusiforme~~ des cellules plus ou moins grossies du tissu conjonctif. Mais au sein de ces amas cellulaires dès le début se voient des cellules géantes et même de véritables nodules tuberculeux.

C'est la présence de ces éléments à proximité

des nerfs cérébraux et sur la théorie de Virchow toujours prête à l'esprit qu'on se suppose soit la présence des nodules au centre de ces nerfs, soit que les nerfs eux-mêmes pouvaient être considérés comme ayant la même constitution que les nodules. Nous avons déjà réfuté cette hypothèse et nous ne y reviendrons pas.

Ce qu'il y a de positif c'est que les nodules ont de la tendance à se former au voisinage des foyers cérébraux et encore bien plus à une distance beaucoup plus grande pour la généralisation à tous les organes par le système lymphatique ou le système veineux.

Toujours est-il que la tuberculose progresse à proximité ou au loin du foyer caséeux se présente sous la forme de granulations ~~[illegible]~~ grises demi-transparentes ou blanchâtres.

Ces granulations les plus petites qui soient visibles à l'œil nu sont constituées par une agglomération de nodules tuberculeux.

Description du nodule tuberculeux ou follicule de Koster qui diffère notablement du schéma de Virchow.

amas de cellules rondes ~~[illegible]~~ cellules géantes au centre ; mais toujours une cellules épithéliroïdes dans le voisinage immédiat de la cellule géante ou ~~[illegible]~~ cellules ou la voit parfois se confondre avec elle ; tendance à démontrer le mode de formation de la cellule géante par coalescence des cellules ou sondant abondant au centre d'un espace autour duquel les cellules sont devenues fixes. Nature de cette épithélioïde

cellules puisées dans l'organe à la périphérie du nodule.

Parfois nodules avec cellules épithélioïdes sans cellule géante, soit qu'elle fait défaut, soit qu'elle ait échappé à la coupe.

Le plus souvent les nodules tuberculeux présentent un centre caséeux avec des cellules épithélioïdes et géantes à la périphérie. Rapport de plus en plus commun avec l'état du vaisseau.

Le plus souvent enfin on remarque des agglomérations de 2, 3, 4 et plus nodules pour former les granulations miliaires les plus fines.

Préparations se rapportant à des granulations grises dans divers organes

Poumon - Rein - Péricarde - ~~Foie~~ - Foie - Peau -

Particularités de chaque préparation se rapportant à la disposition des nodules, à leur mode de vascularisation et permettant aussi de constater l'analogie des cellules épithélioïdes avec les cellules propres à chaque organe.

Phénomène de réparation constants dans toutes les lésions tuberculeuses comme dans toutes les infl., qui durent quelque temps. En outre phénomène de guérison à tous les degrés.

Cicatrice rétractile du sommet des poumons si fréquemment trouvée surtout chez les tuberculeux indique la guérison des premières lésions dans la plupart des cas.

Mais des lésions plus considérables peuvent aussi guérir. On rencontre aussi au sommet des nodules plus ou moins volumineux constitués par une coque fibreuse contenant ~~des~~ matière en désintégration. Rien n'est plus fréquent dans le poumon sommet à côté des lésions précédemment indiquées.

Les lésions ulcéreuses peuvent aussi guérir. Cela est probable pour les ulcérations intestinales qui ne traînent pas rares chez les enfants auxquels elles donnent la carreau.

Les cavernes pulmonaires peuvent aussi guérir. Certaines cavernes anciennes à parois sclérosées sont souvent considérées comme guéries alors qu'elles ne le sont pas, ~~[illegible]~~ le démontrent les préparations. Toutes celles qui communiquent avec les bronches ne sont pas guéries. Les cavités ~~[illegible]~~ sont de vieux ~~[illegible]~~ tout à fait au fond et isolées par une cloison fibreuse bien manifeste aussi que l'on peut le voir sur les préparations, voir ce sont des dilatations bronchiques.

Enfin les granulations sont en général de la tendance à devenir fibreuses c.a.d. à guérir. Sur les mêmes préparations on peut voir de granulations guéries avec nodules de nouvelle formation. – Voir aussi dans [illegible] les nodules de granulations guéries d'Hallé & Rock, parmi les nodules tentacules de Cornil, mais [illegible]

Voir leçon correspondante n° 1895

3
34.me Leçon
2 février 1897

Syphilis

(voir leçon du 19 février 1895)

accidents primitifs, secondaires et tertiaires

1° Chancre induré.

2° Adénopathies ganglionnaires et ganglions satellites du chancre

3° Gommes du foie, du poumon.

37.e Leçon
9 février 1897

Syphilis (suite)

Nous avons vu que les manifestations tertiaires de la syphilis sont constituées par des inflammations plus ou moins localisées pouvant aboutir à la formation de gommes comprenant à la fois le produit inflammatoire et les altérations nécrosiques résultant de l'oblitération des V. qui a une tendance marquée à se produire dans cette affection.

Nous avons dit aussi qu'on pouvait rencontrer ces lésions dans la plupart des tissus et des organes, en insistant tout particulièrement sur les gommes du foie qui se rencontrent le plus fréquemment

+ tout au moins dans la autopsie.

2. Nous avons aussi examiné les lésions syphilitiques du poumon. Si elles sont très rares chez l'adulte, on les rencontre assez souvent sur les fœtus syphilitiques.

La syphilis est encore assez fréquemment localisée sur le testicule où des gommes peuvent être rencontrées. Quantefois comme pour la peau on a rarement l'occasion d'examiner les lésions post mortem. + Nous avons des préparations se rapportant à un testicule syphilitique où les lésions sont à une période avancée avec prédominance des lésions de sclérose en même temps que d'atrophie des éléments glandulaires.

+ se rapportant plus bas au testicule syphilitique.

on voit, en effet, qu'il existe un épaississement fibreux considérable de l'albuginée dont la sclérose s'étend au testicule dont les tubes séminifères sont plus ou moins étouffés par la production conjonctive ou sont plus représentés que par des amas cellulaires au sein du tissu sclérosé. Comme dans toutes les sclérose et surtout dans celles de nature syphilitique on voit de nombreux vaisseaux oblitérés tout près des restes de la glande. En somme ce sont des phénomènes de sclérose avec des altérations vasculaires et tendance à l'atrophie des éléments glandulaires. – Il est impossible de dire s'il y a ou non une gomme.

La syphilis cérébrale n'est pas très rare non plus. Indépendamment des gommes de la dure-mère qui sont analogues aux gommes du périoste et qui on rencontre aussi des lésions de nature de la boîte crânienne, on admet qu'on peut observer des gommes de la substance cérébrale et des lésions localisées sur les artères de la base de l'encéphale.

Les observations de gomme de la substance cérébrale sont très rares et nous n'avons pas eu l'occasion d'en observer.

Les lésions qu'on rencontre ord. sont celles des artères de la base décrites d'abord par Heubner et considérées par lui comme des néoplasmes ayant

pour origine l'endartérite. Mr. Lancereaux et qqs. autres auteurs ont pensé au contraire que la lésion devait débuter dans la tunique externe en raison de la tendance des lésions syphilitiques à siéger sur le trajet des vaisseaux lymphatiques et pour l'aréolite dans la gaine lymphatique des artères.

Une observation présentée par Mr. Joffroy aurait fait revenir à l'opinion de Heubner parce que les lésions du tronc basilaire étaient prédominantes sur la tunique interne. C'est ainsi qu'aujourd'hui les avis sont partagés à ce sujet, d'autant qu'on fait valoir aussi l'importance des lésions des vasa vasorum.

nous croyons cependant qu'il résulte ~~de~~ l'examen des lésions à leurs divers degrés que la lésion consiste en une artérite oblitérante ou à tendance oblitérante débutant par la tunique externe.

Examen des préparations se rapportant :

1° à une oblitération complète où l'on ne peut que constater les lésions d'endartérite ou périartérite.

2° à une oblitération incomplète où l'on peut trouver sur la même coupe des points où la double lésion existe et d'autres où il y a de la périartérite seulement, nous pouvons trouver des points d'endartérite sans périartérite ; puis des artères où on

la périostite et l'endartérite concomitante
on voit par la disposition des
lésions irrégulières que les ondulations
subies par la lame élastique interne
sont sous la dépendance des lésions
externes, les lésions internes quoique
très prononcées ne paraissent que
remplir les sinuosités.

3° à une oblitération tout à fait
au début où l'on peut voir
les lésions de la tunique interne
commencer là où se trouvent
déjà très accusées des lésions
de la tunique externe.

Ces phénomènes consécutifs aux
oblitérations artérielles consistent
en la production de ramollissements
plus ou moins étendus.

D'autres artères petites ou moyennes peuvent être aussi le siège des mêmes lésions et notamment celles du cœur donnant lieu à des gommes ou à des infarctus.

Séparation d'une gomme du cœur.

Encore beaucoup plus rares sont les lésions des artères du membre.

On a aussi admis que les ~~artérites~~ des petites et des grosses artères pouvaient être d'origine syphilitique. On trouve effectivement souvent la syphilis signalée dans les antécédents des malades.

Il n'y avait qu'un pas pour admettre que l'athérome pouvait être aussi d'origine syphilitique tout à fait

mais il s'en faut que ce puisse considérer comme tous les cas d'athérome si fréquemment rencontrés qu'il n'est pas une contrée dont d'en trouver chez des syphilitiques. Lorsque l'athérome de l'aorte est localisé à ~~l'origine du~~ l'origine, ~~et~~ déterminant l'oblitération des coronaires et par suite l'angine de poitrine pourrait reconnaître pour cause la syphilis qui, en effet, se trouve fréquemment dans les antécédents des malades. Mais avant de déterminer la part que la syphilis peut avoir dans la production de ces lésions, il faudrait avoir des observations très complètes qui font encore défaut.

Existe-t-il des sclérons des organes en dehors des lésions précédemment décrites qui aboutissent à la production des phénomènes nécrosiques ?

Il est très rationnel d'admettre puisque ce sont ces lésions des sclérons qui marquent le début des lésions aboutissant aux oblitérations ostéomyélites et aux phénomènes consécutifs, on comprend très bien que spontanément ou sous l'influence d'un traitement opportun les lésions n'arrivent pas jusqu'à l'oblitération complète des vaisseaux. De sorte en même temps qu'on observera des oblitérations à la gomme, on voit aussi d'autres vaisseaux incomplètement oblitérés.

On admettra du reste le testicule syphilitique par sclérons dont notre préparation pourra être considérée comme type + description de cette préparation ~~comme~~ ci-dessus

La lésion syphilitique du foie est également admise. Pour celle qui est limitée et très intense la question n'est pas douteuse. Il n'en est pas de même pour celle qui est diffuse à travers tout l'organe. Il est plus difficile de faire le point de la syphilis lorsque l'alcoolisme ou tout au moins l'usage de l'alcool peut aussi être incriminé. Cependant on peut l'observer, ainsi que nos préparations en font foi. Ce qui caractérise cette inflammation, c'est toujours la tendance particulière à l'oblitération des veines bien plus marquée que dans les autres lésions et d'autre part l'irrégularité des lésions qui peuvent être très peu accusées dans certains points tandis qu'elles sont considérables dans d'autres où il existe de véritables plaques de sclérose

qui s'infiltrent entre les tubercules et les détruisent. cette sclérose interstitielle avait été donnée par Charcot comme caractéristique de la syphilis; mais elle peut être rencontrée avec la cirrhose vulgaire toujours sans aucune trace de relations syphilitiques et elle a surtout de la valeur dans les conditions indiquées précédemment.

Enfin lorsque l'on finit par trouver une dans notre cas des points nécrosiques constituant de petites gommes, le doute n'est plus permis et les caractères de cette inflammation indiquée ci-dessus trouvent ainsi leur confirmation.

Il est beaucoup plus difficile de dire si la sclérose des reins peut dépendre de la syphilis en raison des causes nombreuses qui peuvent la déterminer. Cependant rapprochée de la période secondaire et gomme de la période tertiaire, quoique très rare, quelque cas à étudier.

on va longtemps discuté et on discute encore pour savoir si les scléroses diffuses ou systématiques du centre nerveux peuvent se produire sous la dépendance de la syphilis.

On reconnaissait bien qu'elles se produisaient souvent chez des sujets ayant eu la syphilis; mais on pouvait objecter que ce n'était pas au moment des autres manifestations de la syphilis qu'elles n'étaient pas modulaires ou plus ou moins limitées et qu'elles étaient ordinairement rebelles au traitement spécifique qui produit de si bons effets dans les autres manifestations de la syphilis.

Cependant M. Fournier qui a recherché avec soin les antécédents syphilitiques chez tous ces malades est arrivé à conclure que ces antécédents pouvaient être prouvés dans plus de 90 %; de telle sorte que les exceptions. Ces qui paraissent exceptionnels peuvent être considérés comme ceux plus nombreux qui auparavant échappaient aux investigations faute de renseignements précis.

La diffusion de l'élément est en rapport avec une production plus ou moins lente, comme dans la plupart des scléroses. Sous la même raison elles sont peu influencées par le traitement spécifique, si ce n'est lorsque celui-ci intervient à une époque relativement proche des manifestations syphilitiques antérieures.

Préparation de l'élément des cordons postérieurs de l'on peut voir le sillon au sommet des parois vasculaires.

Actinomycose

Infl. nodulaire caractérisée par la présence des ~~actinomyces~~ parasites végétal encore mal déterminé et considéré comme formé par des zoomicés.

Ferroniato et Rivolta l'ont observé chez le bœuf et le premier de ces auteurs a montré la nature du bénéfice alors qu'on croyait à un ostéosarcome du maxillaire inf. – Bollinger confirme ces observations et montre l'extension de l'affection aux ganglions dans parties plus éloignées. Israel décrit la maladie chez l'homme, puis Doujiet démontre l'identité de la maladie chez l'homme et chez les animaux. Depuis nombreuses publications qui ont complété bien des points de l'histoire de cette maladie.

Comme chez le bœuf la maladie débute ord. chez l'homme par le maxillaire inf. d'où elle peut s'étendre envahissant tous les tissus simulant une tumeur ou ~~de cancer~~ et plus tard un phlegmon en raison de la production des abcès aux trajets fistuleux multiples, etc. Envahissant parois des cavités thoraciques et abdominales.

à l'œil nu le poumon présente comme caractère particulier la présence des granulations jaunes. ~~Lorsque~~ Contrairement les parenchymes ou flexions sous forme d'amas radiés ou rayonnants ~~à la périphérie~~ tandis que le centre est constitué par de fines tuiles de mycélium entrecroisés formant comme un feutrage central autour duquel se trouvent des rayons ou bâtonnets à extrémité entière remplis considérés par Harz comme des gonidies. Les filets du centre peuvent se diviser à la périphérie où ils se terminent par des cellules. La forme des corpuscules est à peu près arrondie ou de sinuosités plus ou moins accusées et il est entouré de titres conjonctifs plus ou plus ou moins denses constituant ainsi un nodule inflammatoire particulier -

Séparations d'actinomycose de la peau du cou et du poumon

40e Leçon
16 février 1897

Phénomènes de dégénérescence et de Nécrose

—

~~A. Phénomènes de dégénérescence~~

Les auteurs désignent ~~sous~~ dégénérescence la tuméfaction trouble, la dégénérescence graisseuse, amyloïde, mucoïde ou colloïde, hyaline ou vitreuse, etc. ~~se rapp~~ portant à des altérations primitives ou secondaires des éléments cellulaires dont la pathogénie est plus ou moins obscure et dont les caractères ne sont pas toujours très nets, quoique ~~certains~~ auteurs fusionnent certaines de ces dégénérescences que d'autres considèrent comme très distinctes.

ce qu'il y a de positif, c'est qu'on peut trouver des types de ces altérations dans des conditions déterminées.

Si quelques unes peuvent être produites directement comme la dégénérescence graisseuse dans l'empoisonnement par le phosphore ; le plus souvent elles sont consécutives aux phénomènes inflammatoires et aux productions néoplasiques. ~~La plupart ne se rattachent~~ ~~dans ces~~ dans ces circonstances mais les dégénérescences amyloïde et colloïde se rapportant presque exclusivement aux tumeurs qui ~~nous~~ feront l'objet du cours de l'année prochaine ; nous les laisserons de côté cette année pour avoir surtout en vue les dégén. ~~en rapport~~ avec les phénomènes inflammatoires.

ne pas perdre de vue qu'il s'agit
toujours de phénomènes normaux
plus ou moins modifiés ou dévié
à l'état normal résorption
déchets dans les tissus où les phén
de rénovation s'opèrent lentement, tan
que dans ceux où les productions cell
sont abondantes comme à la surface
la peau et des muqueuses, dans les
glandes, une partie est résorbée tan
une autre partie est éliminée sous
forme de débris qui ont préalablement
subi des phénomènes de dégénérescence les modif
plus ou moins dans dominant des aspects
suivant les régions : Kératinisation pour
l'épiderme, dégén. muqueuse pour les
cellules provenant des muqueuses, dégén
gomme-graisseuse pour celles des glandes.

Nous avons vu que la moindre
infl. rendait ces exudats plus abondants

et modifiait aussi leur aspect (sécrétion de coryza, crachats muqueux, selles muqueuses, glaires, sécrétion glaires de l'utérus, produits pseudomembraneux des glaires vulvaires, etc)

Les décharges augmentaient sous l'infl. suivant l'intensité de production cellulaire éligné de en cocci. Les phénomènes de dégén. variaient ~~non seulement~~ suivant les tissus affectés mais aussi en raison des conditions tissulaires ~~de chaque cellule variables tout en~~ dans lesquelles se produisaient les échanges nutritifs, d'où les formes et les degrés ~~aussi extrêmement variés~~ de dégén.

En outre nous avons vu que pour peu que l'infl. soit intense, on pourra observer des altérations vasculaires auxquelles correspondront naturellement des phénomènes nécrotiques produits lentement ou rapidement qui augmenteront encore les décharges et les modifieront beaucoup.

Enfin des phénomènes de nécrose peuvent directement soit par des agents mécaniques chimiques ou thermiques, soit par des altérations vasculaires pouvant précéder les phénomènes inflammatoires qu'ils déterminent.

En temps dont nous pouvons disposer ne nous permet pas de suivre tous les troubles de dégénérescence qui peuvent ainsi se présenter dans les divers variétés d'inflammation à tous leurs degrés. Je me bornerai à pouvoir rapidement en revenir aujourd'hui les principales formes de dégénérescence qui se rencontrent au cours l'infl. Je décrirai dans la prochaine séance ce qui se passe lorsque les phénomènes de nécrose marquent le début des accidents.

A. Phénomènes de dégénérescence

à propos du délire alc. impl., je vous ai déjà expliqué au sujet de la transformation trouble que l'on doit considérer comme une altération de dégén. Celle-ci du reste a été désignée aussi sous le nom de dégén. parenchymateuse, d'autant que l'on ne tarde pas à voir s'ajouter une dégén. granulo-graisseuse.

Production pathologique de la graisse.

1° adipose ou stéatose ou surcharge graisseuse qui n'est que l'exagération de l'état normal, de la simple hypertrophie graisseuse, mais que l'on rencontre aussi fréquemment avec les phénomènes inflammatoires.

Dégénérations se rapportant à cet état qui ne doit pas être confondu avec la dégén. graisseuse (Virchow)

2° Infiltration ou métamorphose ou dégénérescence graisseuse.

Ce dernier terme est le meilleur à opposer à celui de nécrose graisseuse

Les phénomènes de dégén. graisseuse peuvent être lents ou rapides. En tout cas ils ont un caractère destructif et paraissent résulter de la transformation des substances albuminoïdes du protoplasma cellulaire qui disparaît au fur et à mesure de la production de la graisse par désintégration moléculaire.

Séparation se rapportant à quelques types de cette dégénérescence.

Dégénérescence amyloïde

cours de 1887 p. 39 à p. 50.

Séparation se rapportant à cette dégén. dans les organes où on l'observe le plus fréquemment.

Dégénérescence hyaline du vitreux -

considérée par Recklinghausen comme analogue à la dégén. amyloïde dont elle diffère par l'absence de la réaction par l'iode et le violet de Paris.

Substance amorphe, homogène, transparente ou peu ou pas d'éléments cellulaires qui ne se gonfle pas dans l'eau et n'est pas modifiée par les acides. Fortement colorée par le carmin, l'éosine, la fuchsine, ce qui la rapproche, dit M. Cornil, de la chromatine. Du reste Recklinghausen attribue sa formation à une dégén. des globules blancs; car c'est dans certains caillots sanguins que cet auteur l'a d'abord rencontrée.

Réparations de V. obliterés et de caillots en rapport avec de la myocardite chronique -

Cylindres hyalins dans les tubes du rein atteint de néphrite ch. considérés par certains auteurs comme des thrombus amyloïdes ou colloïdes; ce qui nous amène aussi à leur aspect.

En son cette altération se rapporte principalement à des altérations précédentes par des exudats ~~dans des tissus~~ par ~~proliférations~~ ~~[illegible]~~ dans les tissus, l'imbibition et les suffusions ou qui offrent tout au moins cet aspect cadavérique.

On a encore décrit sous ce nom une altération des muscles désignée sous le nom de dégén. cérébro-spinale dans les cas de nécrose que nous avons à étudier dans la prochaine leçon.

On peut confondre la dégén. hyaline avec l'aspect analogue d'une production infl. récente où la substance fondamentale peut avoir l'aspect hyalin en se colorant bien avec peu de cellules et les éléments de vitalité rapide manifestant depuis plus ou moins on n'a pas l'aspect mat avec absence de V. comme dans les cas de dégén. hyaline.

43me Leçon
23 février 1897

Nécrose

Mort locale d'une portion de tissu ou d'organe.

Nécrobiose et gangrène

Deux sortes de causes:

1°: actions mécaniques, chimiques et thermiques

2°: obstacles à la nutrition.

Les premières agissent par une action destructive directe, d'où résulte d'abord une destruction plus ou moins prononcée s'achevant par l'interception de la circulation à la limite de la lésion.

Il résulte d'autre part de cette interruption une vascularisation augmentée à la périphérie, d'où la production d'exudats, de suppuration, et de productions cellulaires aboutissant à des phénomènes de réparation et de cicatrisation.

Nécrobiose

Les secondes causes agissent par un arrêt de la circulation sur un territoire irrigué par un vaisseau dont l'occlusion a été produite plus ou moins rapidement par ligature ou compression, par embolie ou thrombose, par inflammation directe ou propagée à la suite d'une lésion voisine.

Mêmes phénomènes que sous l'influence des premières causes, puisque dans les deux cas il y a arrêt de la circulation sur les limites du point nécrosé. La principale différence consistera en ce que les phénomènes destructifs seront beaucoup plus lents, puisqu'il n'y aura pas un d'agent direct de destruction dans celle-ci résultera seulement du fait de la privation de nutrition, mettant les tissus sans défense sous l'influence des éléments liquides et solides qui les environnent dans non l'air pour celles qui il peut atteindre.

Gangrène.

moins l'arrêt de la circulation à la périphérie produisait les mêmes effets de dilatation vasculaire, de production cellulaire et de phénomènes de réparation.

Toutefois on comprend que les phénomènes observés varient beaucoup suivant l'importance des vaisseaux oblitérés, les dispositions anatomiques de la région relatives à son mode de vascularisation, la nature des tissus, leur situation interne ou leur exposition au contact de l'air. En cas de l'oblitération et l'action des divers variétés pathogènes pourront modifier considérablement l'évolution des phénomènes pathologiques chez les personnes âgées et malades, chez les convalescents, les paralytiques, si nécessaires faits, plus rapide, plus étendu.

On a dit que le temps nécessaire pour la production de la nécrose était

variable suivant les organes et suivant les conditions où ils se trouvent au moment où la circulation est arrêtée ; que les tissus exerçant des fonctions spéciales meurent plus rapidement que le tissu conjonctif ; que pour le tissu cérébral, l'épithélium rénal et l'épithélium intestinal, deux heures suffisent, d'après Cohnheim ; tandis qu'il faudrait douze heures pour que la peau, l'os, le tissu conjonctif, cessent de vivre.

J'ignore dans quelles conditions ces recherches ont été faites ; mais je crois qu'on a confondu les phénomènes de décomposition des tissus avec ceux de la cessation de la vie qui doivent être les mêmes pour tous les tissus des organes à partir du moment où la cessation de la circulation est absolue.

C'est une chose dont on ne paraît pas avoir tenu compte suffisamment et qu'il est du reste très difficile d'apprécier en dehors du cas

d'une oblitération instantanée d'une artère terminale ; et encore il y a des parties qui dans ces cas cessent plus vite que d'autres d'être irriguées.

Comment peut-on reconnaître la suppression de la vie ? ce ne peut être que par l'expérience consistant à rétablir la circulation au bout d'un temps variable dès examinant si certaines parties auront été encore privées de vie. Je ne crois pas que des expériences de ce genre aient été faites. Elles ne paraissent pas devoir être faciles à établir.

On a surtout recherché les modifications survenues dans les éléments anatomiques et suivant l'aspect présenté par certaines parties ou le mécanisme supposé de la mortification on a ordonné des variétés de nécrose qui ne tiennent pas assez compte d'un part des éléments anatomiques privés de vie, d'autre des conditions plus ou moins rapides ou plus ou moins complètes de la cessation de la circulation qui modifient beaucoup l'aspect des tissus mortifiés ou en voie de mortification.

Exemple résultant de l'examen de préparations d'un gangrène spontanée du membre inf. par embolie artérielle, ayant trait aux muscles présentant un certain point la dégénérescence de Zenker, dite aussi dégén. circuse ou hyalin ou vitreuse, avec des phénomènes de rétrécissement et une d'autre la mort à peu près complète ou complète des éléments qui commencent tout à la transformation ou là par infiltration graisseuse précédant la désintégration ~~de~~ cellulaire.

Et cependant on ~~pourrait~~ voit d'après les auteurs les premières lésions dans la nécrose de coagulation et les secondes dans les gangrènes.

Cela nous amène à ~~proposer~~ de croire les auteurs entendent sous le nom de nécrose de coagulation comprennent la plupart des nécroses ou nécroses internes.

Nécrose de coagulation

Description des auteurs.

Nous avons dit que le phénomène de Weigert. de Zenker avait été décrit sous le nom de nécrose de coagulation.

Séparations se rapportant à d'autres types d'infarctus :

Infarctus du Cœur

— du rein

— de la rate

— du poumon en voie d'élimination

Ulcération nécrosique de la muqueuse intestinale dans la fièvre typhoïde qui est considérée comme consécutive à une nécrose de coagulation et qui en réalité est produite comme toutes les nécroses inflammatoires par des oblitérations vasculaires portant sur de vaisseaux de toutes espèces.

Nécrose caséeuse ou caséification

Description des auteurs.

Réflexions au sujet du mode de production de la caséification qui se rapporte autant aux phénomènes de nécrose infl. dans la tuberculose, mais qui peut s'observer aux un aspect analogue dans d'autres circonstances; ce qui fait qu'on ne saurait rapporter à l'aspect de la tuberculose cette forme de mortification. Il y a à considérer d'une part les phénomènes d'oblitération vasculaire qui se produisent très fréquemment dans cette affection, depuis les oblitérations des capillaires jusqu'à celle des grosses artères et des veines de tous calibres. Il faut aussi tenir compte de la production abondante des cellules et de leur transformation en tissu. graisseux dans les points nécrosés; enfin des phénomènes d'absorption des liquides par suite des productions périphériques. Du reste conditions propres à la production nécrose caséeuse

— Nécrose caséeuse du poumon in tub. comparée à f. typhoïde.
— typhlite tuberculeuse (nécrose caséeuse) —
— nodules caséeux en voie de résorption in tub. de foie guéris.
— Rein caséeux
caséification de certains infarctus du rein et de la rate —
caséification de productions néoplasiques, cancéreuses

Toutes les parties nécrosées tendent à la désintégration et à l'élimination après avoir subi la dégénérescence graisseuse ou non, suivant que la nécrose s'est produite lentement ou rapidement.

Lorsque les parties mortifiées sont en rapport avec une surface cutanée ou muqueuse, l'élimination est facilitée pour le rejet au dehors de portions non encore entièrement détruites.

Mais pour les parties situées au sein des tissus, limitation plus ou moins complète par du tissu conjonctif dont les éléments servent à l'élimination des parties nécrosées tout au moins des liquides, des parties qui ont subi la désintégration graisseuse. C'est ainsi que certaines parties nécrosées peuvent être complètement éliminées si elles sont assez limitées et situées dans des parties riches en vaisseaux. Mais elles peuvent aussi persister ou persister en subissant divers altérations jusqu'à la production de dépôts calcaires entourés d'une couche fibreuse.

Résistance très variable des tissus aux phénomènes de destruction –

Gangrène

Nécrose des parties exposées à l'air sous action des microorganismes, pouvant se produire sous l'influence de causes diverses.

Gangrène sèche ou Mumification

Nécrose des parties exposées à l'air sous l'influence de troubles circulatoires, de spasmes, de substances toxiques, dont la mortification du cordon ombilical représente le type physiologique.

Parties d'abord gorgées de sang, d'où l'aspect violacé livide. Enuite teinte sombre due à la transmutation dans les tissus de la matière colorante du sang. Par évaporation dénudement progressif des tissus qui peuvent devenir secs, noirs, durcis, ex. mier.: éléments vitrifiés, détachés, parfois mécomminuels.

Gangrène humide ou sphacèle.

Nécrose suivie de décomposition putride des tissus par les microorganismes. Elle peut devenir sèche ou continuer à être humide.

Parties engorgées, tuméfiées, livides, se soulèvent de l'épiderme, puis désintégration des tissus qui se liquéfie et produit des gaz.

Evolution rapide lorsque les gaz sont infiltrés dans les tissus (g. gazeuse)

Destruction plus ou moins rapide des tissus, d'abord des parties molles, résistance plus grde des fibres élastiques, des tendons, des cartilages et des os.

nombreux organismes septiques.

En dernier lieu la décomposition des tissus donne lieu à des produits chimiques qui sont des hydrocarbures, des sulfures ammoniacaux, de l'hydrogène sulfuré, des acides gras, enfin de l'acide carbonique, de l'ammoniaque et de l'eau.

J. Lyon
9 nov. 1892

Tumeurs ou Néoplasmes

Parmi toutes les productions morbides, celles qui sont désignées sous le nom de Tumeurs ou Néoplasmes sont certainement les moins bien connues au point de vue, non seulement de leur étiologie et de leur pathogénie, mais aussi de leurs caractères. Cependant pour en faire l'étude, il est nécessaire tout d'abord de préciser autant que possible ce qu'il faut entendre sous cette dénomination et par conséquent ~~de~~ chercher à définir les termes.

Suivant Cl. Bernard « il n'y a pas

la définition des choses que l'esprit n'a pas créées tant qu'il n'aura pas tout entier; il n'y a pas, en un mot, de définition des choses naturelles».

Il est bien certain qu'on ne connaît pas l'essence même des choses naturelles; mais cela n'empêche pas de chercher à les distinguer d'autres choses; ce qui constitue pour notre objet une définition suffisante. Les difficultés et d'ambiguïtés de la définition tiennent à ce que [illegible] ~~[illegible]~~ ~~Nous ajoutons~~ ~~cependant~~ que une telle définition ne pourra que provisoire puisqu'elle repose sur nos ~~[illegible]~~ connaissances actuelles qui sont insuffisantes, mais vraisemblablement avec les moyens d'investigation nouvelles et découvertes ou fruit du progrès de la science. C'est ainsi qu'avant la découverte du microscope on ne pouvait

concevoir les tumeurs de la même manière qu'après les études microscopiques et que les recherches faites ~~contemporaines~~ pour ~~tous~~ les savants de tous les pays ont ~~reçu~~ nos connaissances et modifié notre conception des tumeurs, sans même que les pathologistes soient aujourd'hui d'accord sur ce qu'il faut entendre sous le nom de tumeurs. C'est que nous ignorons encore beaucoup plus de choses que nous n'en connaissons.

~~Pour~~ La définition de la description des tumeurs, il ~~est certain~~ trouve plus commode de trouver un schéma, comme le font beaucoup d'auteurs, en ~~séparant~~ séparant par ce qui est hypothétique de ce qui est connu.

mais je crois qu'il est beaucoup plus instructif de distinguer toujours le connu de l'inconnu, tout en faisant les hypothèses nécessaires pour combler les lacunes de nos connaissances, mais en restant prêt à les modifier suivant les nouvelles découvertes qui seront faites.

Du reste, c'est ainsi que, sciemment ou inconsciemment, on procède toujours dans l'étude des sciences naturelles. L'histoire de l'étude des tremblements pourrait servir à le démontrer. Elle est aussi indispensable pour arriver aux notions actuelles et préparer aux recherches futures.

Le temps dont je dispose pour cet exposé

ne me permet pas de faire un histoire complète qui est plutôt du domaine de la pathologie générale. Mais je trouverai à grands traits les phases principales pour où nos demandes dans l'étude des tumeurs ont pour pouvoir arriver ~~jusqu'à~~ à ~~vos jugements~~ cela me permettra ~~d'imposer~~ de mettre sous vos yeux les données du problème à résoudre.

Seulement longtemps on a désigné sous le nom de tumeur toute production pathologique donnant lieu à une augmentation de volume plus ou moins considérable ~~jusqu'à la fin du siècle dernier l'histoire~~ ~~pathologique~~ ~~plutôt toute production nouvelle~~ ~~malin, les angiomes, les lipomes, les~~ ~~pathologiques étaient~~ ~~ce qui explique la dénomination~~ ~~de la Dalles~~ ~~était considéré comme~~ ~~des tumeurs et plus récemment le Neoplasme qui est~~ ~~comme~~ ~~employé comme~~ ~~synonyme~~.

En remontant au commencement du siècle dernier « on y comprenait, dit Virchow, un grand nombre de tumefactions inflammatoires, par ex. le charbon, l'anthrax, le furoncle, l'œdème ». Il ajoute même "qu'il n'y a pas réellement de motif rigoureux qui sépare les tumeurs des tumefactions inflammatoires", qu'on pourrait aussi bien appeller tumeur un abcès ; mais que dans la pratique il n'y a pas ord. de difficulté diagnostique pour la reconnaître, et qu'enfin « le besoin de la pratique se range dans la catégorie des tumeurs que les chirurgiens pour lesquelles il peut y avoir une erreur de diagnostic ». « C'est ainsi, dit le même auteur, que pour le testicule, l'hydrocèle est une tumeur, pourvu que l'on est conduit à se demander : est-ce une hydrocèle ? ou bien est-ce une tumeur du testicule lui-même (sarcocèle) ? ou bien encore une combinaison de ces affections ? »

Dénomination adoptée encore dans la pratique chirurgicale et même médicale.

Cependant depuis longtemps une recherche [illegible] par Hunter - (1793)

6me Leçon
16 nov. 1897

Tumeurs (suite)

Après avoir passé en revue les opinions des auteurs relatives à la nature dont on peut concevoir la production des tumeurs, nous avons indiqué les objections que l'on peut faire à la plupart des idées régnantes et nous avons défini sous le nom de tumeur, une production néoplasique caractérisée principalement par un processus formatif anormal, prédominant et en général manifestement résultant d'un trouble local dans les phénomènes de rénovation et de nutrition des tissus, de cause encore indéterminée.

Ajouter après la question,

En conséquence on doivent pas figurer parmi les tumeurs, non seulement les productions pathologiques inflammatoires qui pourraient être confondues avec les tumeurs, ainsi que voulait Virchow, mais aussi les productions nodulaires comme la tuberculose la Syphilis, la ~~lèpre~~, considérées précédemment par bien auteurs et par beaucoup d'autres comme des tumeurs. C'est du reste aujourd'hui l'opinion généralement adoptée.

Cette définition nous permet aussi d'exclure des tumeurs, les malformations congénitales décrites depuis Virchow sous le nom de tumeurs tératoïdes qui comprennent les angiomes ou naevi congénitaux et les kystes dermoïdes congénitaux. Beaucoup de auteurs considèrent cependant ces productions comme des tumeurs, en ~~les désignant~~ encore sous les noms de tumeurs complexes (Quénu), t. mixtes (C. et R.), t. à tissus multiples (Ziegler) ~~hétérotypiques~~ ~~(Ziegler)~~ et heterotypiques pour H.D. (Debove) (p. 4 4e année 1895)

9e Leçon
23 nov. 1897

Tumeurs (suite).

Nous avons groupé les tumeurs dans cinq grandes classes, afin d'en faciliter l'étude et tout en faisant remarquer que lorsqu'on connaîtra la nature et les causes des tumeurs, il faudra mieux les étudier dans chaque organe en particulier. Déjà cette étude faite ainsi serait préférable si le temps nous le permettait. Nos chapitres devra être subdivisé suivant ~~les anomalies anatomiques~~ et dans tous les cas suivant que les tumeurs seront bénignes ou malignes. C'est une division adoptée les chirurgiens tient beaucoup et qu'il faut adopter autant que possible.

Si l'on est d'accord sur ce qu'il faut entendre pour tumeur maligne (extension envahissante); et aussi pour tumeur bénigne (localisation sans envahissement)

on ne s'entend guère sur les bénignes qui doivent être considérées comme des tumeurs bénignes ou plutôt sur les caractères qui ~~doi~~ font des tumeurs, aussi que sur leur origine.

C'est ainsi qu'on confond communément les hypertrophies avec les tumeurs tout comme autrefois de Sebert, pour ne pas définir les uns et les autres nettement. Cependant c'est une distinction absolument nécessaire sous peine de ~~tout~~ confondre.

En outre si certains auteurs excluent l'inflammation dans la production des tumeurs ; d'autres y font entrer tout aussi bien des produits d'inflammation chronique ou ~~aiguë~~ considérant les tumeurs comme le résultat d'une véritable inflammation.

Il faut bien être pénétré du mode de production des tumeurs pour se rendre compte des ~~conditions~~ qui peuvent les faire apparaître avec des aspects variés et aussi avec des propriétés différentes constituant la bénignité et la malignité.

12e Leçon
8 Nov. 1897

Épithéliom pavimenteux de la peau et des muqueuses

Épith. malpighien lobulé } corné / colloïde
— — — variété diverses. En colonne, en îlots, étiré, ramifié, etc
— — — — différences avec carcinome tubulé

Cet épithéliom est caractérisé par des néoproductions malpighiennes aux lieu et place des productions normales qui sont vues plus ou moins exagérées et déformées sur toute leur épaisseur :

Épithéliom malpighien.

C'est ainsi que le corps muqueux devient plus épais et qu'il s'accumule à la surface une couche plus épaisse de cellules kératinisées ; et que surtout les prolongements interpapillaires prennent des proportions plus considérables sous la forme de cônes ou de bourgeons plus profondément situés.

Mais au niveau de ces dernières productions les cellules ne peuvent plus évoluer du côté de la surface et dès lors

la Kératinisation se produit au sein des bourgeons épithéliaux sur un ou plusieurs points à la fois, suivant la disposition des cellules, c.a.d. au centre des cellules en évolution disposées suivant une forme arrondie ou ovoïde.

C'est ainsi que sont constitués des îlots épithéliaux sur la couche de Malpighi modifiée.

En même temps de nouvelles productions épithéliales se forment dans les parties sous-jacentes en relation ou non avec la couche épithéliale superficielle et plus ou moins analogues à elle, cellules qui prennent aussi plutôt la disposition lobulaire au sein ou non d'un tissu malpighien plus

ou moins étendu.

Tel est l'épithélioma qui se rencontre le plus communément et qui pour ce motif est dit <u>lobulé</u> et est admis par tous les auteurs.

Epithelioma multiplex lobulé { <u>corné</u> / <u>colloïde</u>

Cette division résulte de l'évolution des cellules à la partie centrale des lobules. On peut l'attribuer aux modifications produites dans les transformations de l'éléidine sous l'influence de conditions anatomiques mal connues.

Particularités relatives aux variétés de l'épith. lobulé.

MM. M. C. et R. admettent une 2e variété de l'épith. perlé qui n'est admise pour aucun autre auteur et sans raison.

14e Leçon
7 Xbre 1897

Epithéliome parvimentaire (suite)

Nous avons vu que l'épithéliome lobulé à des degrés divers constituant la plus grande nombre des épithéliomes. Toutefois on rencontre encore ~~très~~ souvent un épithéliome où les lobules sont défaits et qui a reçu différents noms.

MM. C. et R. le décrivent sous le nom d'épithéliome tubulé.

M. Delbet fait remarquer qu'il n'y a pas de tubes à proprement parler et qu'il s'agit de bourdons épithéliomes. D'autre part des opinions très variées ont été émises de tubes. Il est certain qu'ayant pris la forme de ces ~~[illegible]~~ épithéliomes pour caractériser la première variété d'épithéliome,

il est rationnel de donner la même origine à la variété qu'on vous avons en vue. M. Delbet la désigne sous le nom d'épithélioma muqueux. Cette dénomination qui ~~indique~~ la constitution de l'épithélioma par des produits cellulaires analogues à ceux du corps muqueux de Malpighi mérite bonne si elle n'avait l'inconvénient de prêter à une confusion pareille ~~qu'autres~~ autres appliquent la même dénomination à la transformation colloïde qu'd'autres appellent Colloïde. En outre on pourrait croire qu'il s'agit d'une muqueuse par opposition à la peau. aussi peut-on lui appliquer également le nom d'épith. malpighien puisque il est constitué

comme la variété obtenue par les éléments essentiels du corps de Malpighi, en faisant remarquer comme M. M. C. et R. qu'il est sous évolution épidermique. On peut donc le considérer comme l'épithélium malpighien proprement dit.

Mais il peut se présenter alors sous des aspects très variés en raison de la disposition ~~très~~ variable des productions épithéliales considérées dans les divers cas, mais aussi dans chaque cas particulier.

Les conques ou bourdons épithéliaux peuvent être constitués par l'extension ou déformations diverses de la couche de Malpighi à laquelle viennent ordinairement s'ajouter des productions de même nature dans le tissu conjonctif sous-jacent. — préparation du concrétion par dessiccation de tétrion.

L'épithélioma peut être caractérisé par la production de traînées ou de colonnes épithéliales, de volume très variable et très irrégulièrement disposées, plutôt en formant des ramifications analogues aux branches du corail, ou anastomosées et prenant l'aspect d'un réticulum, ou encore disposées en îlots ou en amas plus ou moins considérables présentant des contours très irréguliers.

Le plus souvent on peut observer plusieurs de ces dispositions sur la même préparation, ce qui prouve qu'il ne faut pas leur attacher une grande importance. Mais il est utile de les connaître pour ne pas être entraîné à rapporter ces tumeurs à une autre origine.

La cause la plus fréquente de la confusion de ces tumeurs avec des sarcomes provient de

la disposition du stroma conjonctif, bien que la plupart des auteurs indiquent qu'il peut être embryonnaire, muqueux ou fibreux. C'est ainsi que les plus grands divergences existent au sujet des ~~tumeurs~~ tumeurs que Billroth a désignées sous le nom de cylindromes, tumeurs que Letulle C. et R. considérait comme une variété de leur épithélioma tubulé.

Nous allons d'abord examiner les préparations se rapportant aux dispositions variées que peut présenter l'épith. malpighien proprement dit.

Préparations: tumeur de l'aile du nez où se trouvent réunies la plupart des dispositions que peuvent prendre les bourgeons épithéliaux à noter particulièrement l'aspect du tissu conjonctif dont la petite quantité contraste avec la grande quantité des bourgeons épithéliaux et qui a plutôt l'aspect muqueux tissu clair avec de petites cellules dont le noyau et le protoplasma sont semblables à ceux des cellules en place.

~~[illegible]~~

Bien sûr pour un petit vaisseau avec ou ~~l'organe~~ bronchiq. de cellules épithéliales produites en petite quantité sur beaucoup de stroma conjonctif ayant la disposition qu'on attribue au tissu muqueux.

à remarquer que la couche périphérique des ~~cellules~~ de vaisseaux ne pas mettant la disposition spéciale. En petit volume, la disposition du bourgeon épith. fait qualifier C. de R. ~~considérant~~ ces tissus comme ayant pour origine les glandes endocriques. Mais ces auteurs ne fournissent aucune preuve. Il suffit de voir combien varie le volume de la disposition des productions épithéliales sur la même préparation pour ne pas attacher à ces dispositions une valeur capable d'en déceler l'origine. De sorte on peut aussi voir sur certaines préparations des ~~productions~~ à évolution épidermique et avec la disposition dite tubulée comme sur la préparation: comme d'un ovaire trajet d'ostéoma. On peut même parfois trouver sur une des branches épithéliales, dans une constitution de l'épith. tubulé un petit ~~ilot~~ à évolution épidermique: kyste épidermique, épithélioma pav. mixte —

Le cylindrome (Billroth) avait primitivement été dénommé siphonome par Henle ; puis il a été désigné sous le nom de enchondrome tubuleux par Meckel, de sarcome tubuleux par Friedreich et de cancroïde muqueux par Förster et enfin par Köster. Mais auparavant ces tumeurs avaient été désignées par Robin sous le nom de tumeurs hétérodémiques à corps cylindriques.

Depuis Robin ce sont ces corps cylindriques qui ont particulièrement attiré l'attention des observateurs. Voyons en quoi ils consistent.

Préparation : cylindrome, tumeur du sein du malade. Ces corps qui apparaissent sous la forme de tubes arrondis, ovalaires ou allongés irrégulièrement entre les amas cellulaires sont constitués par une substance hyaline transparente dans laquelle on aperçoit des cellules en petite ou en grande quantité et aussi plusieurs des noyaux. Mais à l'centre les amas épithéliaux sont dégénérés irrégulièrement. Les cellules sont petites au protoplasme clair hyalin dans les points où les cellules ne sont pas trop confluentes et quand elles

Pour Robin ces tumeurs constituaient une variété de celles qu'il désignait sous le nom d'hétéradénies, c.à.d. ~~siégeant d'après~~ des tumeurs glandulaires, mais siégeant dans une région où il n'y a pas de glandes.

Pour Billroth les corps oviformes sont constitués par des graines ou fragments organes formés de tissu muqueux. Pour Körte il s'agit d'une métamorphose hyaline mucoïde des travées cellulaires d'un cancroïde de vieillesse hypertrophique (Rindfleisch).

Mme C. et R. les attribuent à une altération particulière du stroma.

« D'après le Malassez (arch. de physiologie 1883), le phénomène initial serait une néoformation épithéliale puis, sur cette néoformation, viendrait se greffer un bourgeonnement mucomatoïde du stroma pénétrant au sein des amas épithéliaux et y constituant les amas réfringents » (Quénu).

En tout cas M. Malassez ne croit pas que ce soit une altération des cellules qui donne lieu aux corps oviformes.

Ziegler admet 3 sortes de cylindromes qui donnent tous les caractères du sarcome avec un stroma muqueux, c'est un myxosarcome. D'autre part le terme sarcomatosa peut être désigné d'une transformation muqueuse ou hyaline, la première se rapportant surtout aux cellules; c'est le sarcome myxomatoide; la seconde se produisant principalement sur les parois des vaisseaux; c'est l'angiosarcome hyalomatoide.

Ce sont autant d'interprétations qu'il me nous est pas possible d'admettre.

D'abord pour ce qui concerne la nature sarcomateuse des tumeurs, c'est méconnaître l'origine épithéliomateuse ou glandulaire de la tumeur.

Il est bien certain que dans ~~[illegible]~~ les cellules des acini, dissociées, intercalées et des tumeurs composées, qui sont toujours de nature mixte, se présentent une protoplasma muqueux ou hyalin qui peut suffire à donner lieu aux corps ovifères. Ceux-ci sont surtout très prononcés dans les cas de substratum fondamental hyalin abondant.

cette substance hyaline est à tort considérée comme une dégénérescence du grand organisme de Virchow comme une dégénérescence de Virchow.
C'est au contraire une néoproduction périvasculaire où l'on voit des cellules en petit nombre sur les points les plus récents et en qd. nombre sur les points plus anciennement formés, tout comme dans certains tumeurs utérines où cette production est aussi très pareille pour la dégénérescence.

Du reste par la désintégration et au contraire disposition parfaite du rapport entre les cellules des vaisseaux cellulaires et certaines tumeurs qui ont subi la transformation hyaline.

Ces tumeurs ne sont donc un aspect particulier qu'en raison de cette disposition qui peut se rencontrer non seulement au sein de t. d'origine cutanée ou muqueuse, mais aussi d'origine glandulaire.

épithélium pavimenteux différen-
tié. Nous avons vu que dans les
variétés précédemment étudiées de
l'épithélium malpighien, on ne
rencontre pas seulement l'épithélium
sous la forme de cellules, de colonnes
ou d'amas épithéliaux bien
caractérisés, mais qu'il existe
aussi sur les préparations des
tumeurs ou trames cellulaires moins
importantes, diminuées plus ou
moins irrégulièrement dans leur
conjonctif. Lorsque cette dernière
disposition vient à prédominer
on peut donner à l'épithélium le nom
de différencié. Il a alors la structure du carcinome
aussi ne faut-il pas s'étonner qu'il ait été autrefois
aussi désigné sous le nom de carcinome épithélial.

Ce mode de répartition des cellules se remarque toujours à un degré plus ou moins prononcé au niveau des parties ulcérées où la disposition des cellules est ~~analogue~~ analogue à celle des parties ulcérées par une simple inflammation. Elle n'en diffère que pour l'aspect des cellules plus reconnaissables jusque dans les parties profondes de l'organe, et encore dans certains cas diagnostic difficile.

Ex. des préparations : tumeur de la langue et concrétion de la lèvre inférieure.

à voir dire cette disposition tout à fait diffuse prédominant ne se remarque bien que au niveau des épithéliums ulcérés. C'est l'indice de l'extension diffuse des lésions et de la tendance à la généralisation. ~~Dans l'ulcération~~ clinique l'indice d'une aggravation bien connue et dont l'examen anatomique peut parfaitement rendre compte.

Epithélioma pavimenteux corné de la langue

Epaississement de la couche de malpighi et envahissement du tissu sous-jacent par des productions épithéliales où l'on voit prédominer des cellules aux globes cornés à leur centre, jusqu'au milieu du muscle en voie de destruction.

Lumen de la langue. Epithélioma lobulé avec globes cornés et colloïdes nombreux où l'on peut voir l'envahissement des follicules pileux et des glandes sébacées.

Carcinome par d'envahissement du tibia. Epith. pav. muqueux

augmentation de volume avec disposition irrégulière de la couche muqueuse de malpighi. formation très nette de cette couche ainsi qu'il résulte de l'abondance des cellules dans le tissu conjonctif sous-muqueux au voisinage immédiat de la couche épithéliale dont les jeunes rangées de cellules ont des noyaux identiques à ceux du voisinage qu'on voit en certains points pénétrer dans la couche épithéliale.

Productions épithéliales au sein du tissu conjonctif jusque [illegible]

Lemmum de l'aile droite - Epithélioma tubulé

C'est évidemment un type de ce que l'on désigne à tort sous le nom d'épith. tubulé et qui mieux désigné sous le nom d'épith. muqueux ou malpighien avec addition des épithéliums en colonnes en îlots ou massifs, vacuolisés, rétrécis, suivant la disposition des noyaux cellulaires.

Son caractère épidermique et disposition modifiée mais les cellules diffèrent notablement de celles des principales morphoductions au point que l'on pourrait se demander s'il s'agit bien pour ce prétendu d'une origine épidermique et si l'on n'aurait pas plutôt affaire à une tumeur partant pour origine des glandes sudoripares en raison de la forme de la disposition de beaucoup de noyaux cellulaires ? Mais d'autre part on voit aussi des nids cellulaires n'ayant aucun rapport avec la disposition des glandes sudoripares. Du reste il n'est pas nécessaire pour nous, comme pour les auteurs qui admettent la morphoduction pour provenant directement d'un tissu, que la tumeur nouvelle forme ressemble beaucoup à tel ou tel tissu normal. Il suffit qu'il ait comme dans ce cas les caractères malpighiens et nous expliquerons les différences observées par la rapidité de production, mais sans l'influence de causes encore inconnues et t. [illegible]

Creux poplité. Epithélioma lobulé à cellules épidermiques

modification profonde de la couche de Malpighi et envahissement des tissus sous-jacents jusqu'au niveau des glandes sudoripares qui semblent cependant respectées.

Cancer d'un ancien trajet fistuleux d'ostéomyélite

Epithélioma pavimenteux où se trouvent réunies les variétés dites ~~[illegible]~~, lobulée, tubuleuse, vacuolisée, réticulée. — On remarque autour des productions néoplasiques une glande sebacée absolument intacte.

Cancer de l'œsophage — Epith. pav. lobulé. Toutefois les lésions sont assez discrètes et pourraient passer inaperçues à un examen rapide. D'abord épaississement irrégulier de la couche de Malpighi, mais sans exagération; puis dans le tissu conjonctif sous-muqueux diminution de petits amas de cellules plus volumineuses, ~~[illegible]~~ analogues à des amas de cellules sous l'influence d'un inflamm. quelconque, mais où l'on trouve un lapsus de petites cellules épidermiques en connection avec voie de formation.

Epithélioma de l'épaule. Ep. pavimenteux avec production externe très prononcée et irrégulière de corps muq. à Malpighi où l'on trouve nombreux noyaux, rares petits kystes cornés. D'autre part production évidemment Malpighienne avec cellules plus petites, plus pâles, plus colorées, sous la forme de masses arrondies régulières ou disposées en rosaces autour d'un tissu conjonctif très délié et riche en cellules de même aspect que celles des productions néoplasiques. Ces dernières productions ~~seraient~~ plutôt analogues à des néoplasies glandulaires coïncidant avec les néoproductions de la couche de Malpighi. Mais d'autre part on peut expliquer cet ~~aspect différent~~ des productions par la différence des régions où elles existent et par les modifications survenues dans le tissu conjonctif sous-épidermique.

Adénome de la peau. Epith. pav. Malpighien en ourlet ou légèrement branché avec tissu conjonctif profondément modifié, ayant plutôt l'aspect dit myxoïde. C'est évidemment une t. maligne vu la disposition des nouvelles productions et leur rapport avec l'état du tissu conjonctif.

Épithélioma du dos de la main. Épith. pav. constitué principalement par un amas de cellules en travées irrégulières ~~dans lesquelles~~ où les disposition malpighienne, mais avec transformation pseudo-colloïde de la partie centrale de tous les amas, avec tissu pseudo de tissu conjonctif entre les amas qui se touchent presque. Exceptionnellement on peut voir que les cellules du tissu conjonctif ou en grand nombre autour des amas bien colorés mais tout légèrement jaunâtres analogues à celle des cellules des amas cellulaires environnants de la périphérie au centre.

On peut se demander s'il s'agit d'une transformation de l'éléidine en une substance jaune d'aspect colloïde ou graisseux ou bien si l'on a affaire à une néoplasie ayant pour origine les glandes sébacées en raison de l'analogie de la substance qui se trouve dans le protoplasma cellulaire avec celle qu'on trouve dans les glandes sébacées atteintes?

Epithélioma épidermoïdique de la main. Épith. pavimenteux. Autre exemple d'épithélioma où se trouvent réunies les variétés cellulaires et muqueuses.

17me Leçon
14 Xbre 1897

Epithéliom pavimenteux (fin)

- Epithéliom malpighien sarcomateux, pourrait être décrit dans la forme diffuse en raison de l'aspect du lésions, mais les auteurs le signalent sous le nom de sarcome, en rapportant son origine au tissu conjonctif.

Nous ne connaissons pas tous les sarcomes qu'on pourrait rapporter à l'épith. pav. de la peau ou des muqueuses, mais je crois que les tumeurs mélaniques s'y rapportent certainement.

Les auteurs décrivent ces t. sous le nom de sarcome mélanique ou de mélano-sarcome et plus rarement de carcinome mélanique. Ils leur donnent pour origine les yeux, la peau et les organes internes exposés plus rarement.

L'origine de cette dernière catégorie nous paraît absolument contestable. Cours d'ailleurs par suite de la généralisation.

Ex. de préparations. - D'abord une de préparations portant sur un point très petit une portion de peau dont on peut suivre l'altération jusqu'à l'ulcération :

Epaississement de la couche de Malpighi dont les cellules présentent toutes une pigmentation accentuée et irrégulièrement répartie, puis un bourrelet plus

plus ou moins prononcé de cette couche jusqu'à l'ulcération avec envahissement des parties profondes par des cellules isolées ou disposées en amas irréguliers à travers le stroma conjonctif dont les cellules sont aussi plus ou moins progressées, ou encore par des amas plus considérables dans des cavités alvéolaires de dimensions variées.

Cette disposition alvéolaire est encore plus marquée sur les préparations qui se rapportent à un fragment superficiel pris au niveau de l'ulcération.

Les caractères attribués au sarcome alvéolaire sont encore plus accusés sur d'autres préparations qui proviennent d'une tumeur appartenant à un jeune sujet. C'est, en effet, chez les jeunes sujets qu'on voit les tumeurs prendre plus particulièrement le caractère sarcomateux.

Si la disposition des cellules suffisait à caractériser les t. malignes, il faudrait admettre pour leur cas, un épithélioma, un carcinome et un sarcome, ce qui est inadmissible. —

Mais de ce que les cellules sont dissociées à travers le tissu conjonctif ou agglomérées en plus ou moins grand nombre dans des cavités, il ne s'ensuit pas que les t. changent de nature ou encore on l'on peut mettre sur le même pied toutes les modifications dans la disposition des cellules depuis celles dont l'origine est manifestement de l'épithélium altéré et alors que les cellules dissociées ou bien encore disposées isolément conservent leurs caractères. — cette origine des t. malignes est encore plus manifeste que celle de la plupart des t. rapportées par Cornil à une variété d'origine —

Origine, évolution, extension, généralisation de l'Epithélioma pavimenteux

—

Nous avons vu que les tumeurs bénignes avaient ordinairement leur origine au niveau de la peau et des muqueuses et que les tumeurs ~~paraissant se rapporter~~ se rapportant manifestement aux glandes sébacées et aux glandes sudoripares étaient vraisemblablement de productions appartenant à des kystes dermoïdes et par conséquent de nature congénitale.

Ces mêmes réflexions nous

sont engagées par l'étude des tumeurs malignes. De l'avis unanime c'est bien le revêtement épithélial qui est ordinairement le point de départ des néoplasmes malins. On admet aussi qu'ils peuvent avoir pour origine les glandes sébacées et les glandes sudoripares.

Pour Broca, pour Rindfleisch les glandes sébacées ~~dermoïdes~~ souvent naissance aux tumeurs; tandis que pour Darier le fait serait exceptionnel en dehors des cas où la tumeur apparaît dans un kyste sébacé. Les auteurs citant des cas de kyste sébacé restent

stationnaire depuis l'enfance pendant un grand nombre d'années et ~~[illegible]~~ tout à coup l'allure d'un néoplasme malin. Il s'agit ~~ordinaire~~ d'un kyste dermoïde congénital qui ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ donné est devenu le point de départ d'un épithélioma. C'est là en effet un phénomène assez fréquemment observé et dont nous possédons de préparations.

Un simple kyste sébacé peut-il aussi être le point de départ d'un épithélioma? certainement, rien ne prouve que comme ~~toutes~~ lésion persistante d'un point quelconque. Et le fait paraît incontestable pour ~~certains~~ cas d'acné sébacée des vieillards où la lésion cutanée a été l'origine ~~de~~ épithélioma.

Plusieurs observateurs ont publié des cas d'épithéliom dont l'origine devrait être attribuée aux glandes sudoripares. Mais ces observations comme l'indique justement M. Quénu ne sont pas à l'abri de tout reproche car "cette origine est le plus souvent niée par deux idées fausses, l'une relative à l'évolution de la bénignité des tumeurs glandulaires de la peau, l'autre relative à la structure présumée identique des tumeurs sudoripares". Sur le premier point les t. bénignes qu'on croyait devoir pour origine les glandes sudoripares, provenaient de l'épithélioma ordinaire. Sur le second des t. où les glandes sudoripares étaient atteintes (mentionné ou décrites) l'épithélioma présentait des variétés diverses et non pas seulement celle qui aurait quelque analogie avec la disposition des glandes. D'autre part on sait que l'épithélioma cylindrique ou en bourgeon ramifié a aussi ordinairement pour origine l'épithélium de revêtement.

D'autre part nous avons vu que les productions congénitales ayant pour origine les glandes sudoripares ne sont pas rares ; il est bien possible qu'elles puissent aussi être le point de départ ~~[illegible]~~ de t. malignes. Ce serait plus particulièrement l'origine des tumeurs que d'après l'ex. histologique on pourrait ~~[illegible]~~ rapporter aux glandes sudoripares, en raison de leurs caractères bien acquis.

Ce n'est pas que les glandes sébacées et sudoripares ne puissent pas être envahies par le néoplasme. Nous les avons vu citant des exemples.

Nous avons vu ton plus

préparations les glandes indépendantes intactes quoique entourées de productions épithéliomateuses ou présentant seulement des cellules plus nombreuses, mais sans envahissement au dehors du grain. Quelques auteurs ont vu cet envahissement et rien ne s'y oppose. Nous ferons seulement remarquer que de tous les éléments de provenance épithéliale ces glandes sont les organes les plus différenciés et qu'ils sont plus difficiles à envahir. Ils sont occupés plus profondément, ce qui les rend encore moins vulnérables à tous les points de vue. Donc nous croyons l'envahissement de ces glandes très rare et qu'il n'apparaît que dans les cas d'altération profonde ou envahissement de tous les organes qu'il ait lieu auxquels la néoplasie se substitue.

Il est encore assez fréquent de voir des glandes sébacées intactes quoiqu'elles soient environnées de productions épithéliomateuses ; moins souvent nous en avons vu aussi qui très manifestement étaient envahies par le néoplasme, les nouvelles cellules se substituant peu à peu à celles de la glande qui ~~conservaient encore de parfait~~ étaient simplement de volume et assez ~~leur forme~~ peu déformée pour être reconnues ; d'autant que parfois elle étaient attenantes à un follicule pileux également envahi.

Ces follicules pileux sont, en effet, fréquemment envahis et cela s'explique parce qu'ils sont intimement plus que les glandes sous dépendance de l'épiderme. Et cependant il est curieux de voir que les auteurs n'en parlent pas comme siège primitif d'un épithéliome.

C'est peut-être pour cette même raison que [illegible] qui prenait naissance sur les follicules agit aussi spécialement sur l'épithélium [illegible]

Quoiqu'il en soit, pour tous les auteurs, dans l'immense majorité des cas, l'épithélioma a pour origine l'épithélium de revêtement et en général depuis Thiersch, on admet que les nouvelles productions ont d'abord lieu dans les espaces interpapillaires par division exagérée des cellules prévertébrales ~~dont résulteront les~~ bourgeons épithéliomatés qui pourraient se prolonger ~~tout~~ dans le ~~derme~~ ~~conjonctif~~ sous-jacent.

Cependant Mlle C. et R. admettent ~~cependant~~ que les nouvelles productions peuvent quoique dans de plus faibles proportions être augmentées par la reproduction des cellules embryonnaires nouvellement formées au voisinage de l'épithélium sous l'influence d'une action de pression.

Rindfleisch avait aussi adopté une opinion mixte, croyant avec Förster que cette adjonction provient de l'envahissement de l'endothélium des lymphatiques par la tumeur.

Quoiqu'il en soit tous les auteurs admettent que les productions principales proviennent de l'extension du néoplasme dans le fond des cul-de-sac interpapillaires, de son enfoncement dans le derme où il peut prendre ensuite un développement plus ou moins grand, et cela par la division secondaire des cellules, non plus par division directe, comme on croyait naguère l'avoir vu sans contestation, mais par division indirecte, par Karyokinèse.

On admet que à l'état normal les cellules les plus jeunes qui forment la couche basale constituent la couche

génératrice et que les nouvelles cellules produites par la division de celles qui constituent cette couche passent dans la couche supérieure et progressent de proche en proche en se kératinisant.

Or les premiers auteurs admettent que pour l'édification de tumeurs l'accroissement des productions épithéliales aurait lieu en sens inverse, c.à.d. de la couche basale dans le derme.

Outre qu'on ne saurait admettre pour expliquer les phénomènes pathologiques une chose absolument opposée à ce qui se passe à l'état physiologique, l'observation simple, indépendante de toute conception théorique est en opposition avec cette manière d'interpréter le développement de l'épithélioma.

Et d'abord il y a un grand nombre de préparations où l'on peut voir très manifestement les cellules de tissu conj. passant insensiblement dans la couche épidermique avec toutes les transitions entre les cellules en place et celles plus jeunes qui se trouvent en qtè quantité au voisinage de la couche basale. De plus on peut observer dans certains cas où les neoproductions épithéliales sont très abondantes avec la tendance très accusée à la kératinisation que même les cellules du stroma ont déjà plus ou moins cette tendance et un aspect analogue à celui des cellules des bulbes.

cette particularité est surtout bien manifeste sur des préparations vieillies dont les cellules de toutes catégories ont pris une teinte jaunâtre et un aspect de kératinisation montrant bien qu'il s'agit de cellules de nature.

Si au lieu d'avoir un épithélium à évolution épidermique, les cellules ont la tendance à l'évolution colloïde, on voit que les cellules ~~dites~~ conjonctives ont un protoplasma qui déjà a un aspect une teinte jaune doré analogue à celle des cellules du centre des lobules.

Du reste en considérant le mode d'évolution des cellules au niveau des lobules, on voit bien qu'il n'y a rien de changé dans le mode d'évolution physiologique.

puisque elle se fait de la périphérie au centre des lobules. Et il en serait juste admettre que des cellules évoluant d'une certaine manière à l'état physiologique, commencent à évoluer à l'état pathologique d'une façon absolument contraire pour reprendre ensuite à un moment donné l'évolution habituelle dans les lobules d'épithélioma ainsi que tous les auteurs l'ont montré.

Théoriquement nous peut on bien ~~supposer~~ cette multiplication des cellules de la couche basale dans les parties profondes, alors que les productions épithéliales ont lieu surtout sous la forme de bourgeons plus ou moins allongés jusqu'à devenir parfois filiformes?

Evidemment nous pouvons, à l'état normal, les cellules vont en grossissant et en s'étalant de plus en plus du bas en haut du sein, à l'état pathologique, les cellules deviennent de plus en plus petites et diminuent de nombre jusqu'à ne plus former qu'une suite de cellules unissées sur la même ligne. Il faudrait supposer que les cellules voisines ont cessé graduellement de se reproduire, ce qui serait en opposition avec le fait de l'hyperproduction bien manifeste constituant la tumeur. On voit ainsi que avec cette hypothèse qui n'est basée que sur une idée théorique absolue contraire aux lois physiologiques, on arrive bien vite à des conclusions tout à fait inadmissibles dont peut-être même absurdes.

Il est au contraire tout naturel d'expliquer la production nouvelle pour une exagération des phénomènes physiologiques, c.à.d. pour une plus grande quantité de cellules évoluant de la couche basale aux couches superficielles, ainsi qu'on en a la preuve par l'épaississement de la couche de malpighi et ~~l'accumulation de cellules~~ kératinisés à la surface.

On voit, comme nous l'avons dit, les cellules dites conjonctives ~~de même~~ même nature que les cellules de la couche de malpighi, en plus grand nombre au voisinage de la couche basale, venir s'ajouter à la face profonde de l'épiderme pour augmenter son épaisseur et évoluer dans leur

physiologique. Il y a coordination dans toutes les productions résultant au niveau des cours interpapillaires où l'adaptation de nouvelles cellules est plus facile. Mais encore ce n'est qu'une coordination de l'état normal. Lorsque ces productions prennent un trop grand développement l'évolution ne peut plus avoir lieu à la surface et c'est au centre des cellules que la Régénérescence ou l'évolution cellulaire a lieu. Il se forme vrai des centres d'évolution en plus ou moins grande quantité et d'une manière plus ou moins régulière. Les produits arrivés à leur période ultime d'évolution ne sont plus éliminés comme à la surface de la peau ou des muqueuses. La plus grande partie des déchets est retenue

et subit des modifications diverses.
Ces produits entravent de plus en plus
le fonctionnement des parties où elles retournent
d'autant plus qu'elles sont plus profondément situées,
occasionnent des troubles circulatoires
d'où résultent l'apport d'un plus
gd. nombre de cellules, dont la répartition dépend de la distribution des vaisseaux et
forment des amas épithéliaux
nouveaux toujours en dehors
des parties latérales, de telle
sorte qu'il y a invasion des
parties voisines, ce qui constitue
l'extension de la tumeur de proche
en proche.

Il y a peu de nouveaux vaisseaux
produits et par conséquent peu de
tendance aux productions secondaires.
C'est ainsi que les t. de cette nature
ne font pas de grands ravages et
se développent surtout par l'envahissement
des tissus voisins.

Nous avons dit qu'il y avait accumulation des déchets résultant des productions surabondantes et aussi de l'entrave apportée par ces productions aux phénomènes normaux de nutrition. C'est ainsi que l'évolution des cellules est plus ou moins modifiée et que les déchets ne peuvent pas être éliminés par l'absorption.

Cependant les lymphatiques voisins continuent à fonctionner et il est vraisemblable qu'il y a toujours au moins une élimination partielle produite de cette manière. Mais il y a en un temps envahissement des vaisseaux lymphatiques soit de proche en proche, soit aussi à distance, par de nouvelles productions semblables à celles de la tumeur.

Les auteurs admettent que c'est le résultat d'une greffe cellulaire qui continue à proliférer ~~à distance~~ ~~Mais c'est là une~~ pure hypothèse, personne n'ayant vu une cellule se déplacer pour se greffer sur un autre point de prolifération. Les expériences tentées ~~pour séparer~~ ce point de parthogénie sont ~~une~~ contraires à cette idée ; car les parties transplantées expérimentalement ~~et qui devaient~~ pour reprendre vie, finissent ~~ordinairement~~ par disparaître en totalité ou en partie ; de telle sorte que dans les ~~deux~~ cas d'inoculation positive, comme dans ceux où l'inoculation de vaccage a eu lieu spontanément (cas du reste assez fréquents sur les vaccinés dont les enfants se trouvent en contact,)

On ne sait pas si cette inoculation ne provient pas de l'action de la mère commun inconnu qui a motivé les premières productions. Du reste on peut aussi supposer que de jeunes cellules sur le point d'évoluer ~~pour~~ contribuent à l'augmentation de la tumeur ont été entraînées dans le torrent circulatoire lymphatique ou sanguin (indirectement ou directement par le drain) et ont continué leur évolution plus ou moins loin du foyer primitif. Cette hypothèse est d'autant plus rationnelle que ces cellules ne sont pas encore immobilisées et qu'elles se trouvent sur les limites de la tumeur, c.a.d. au niveau des parties où les phénomènes d'absorption pour les lymphatiques peuvent encore se faire. Cela se plaidoyerait pourquoi on n'a jamais réussi des inoculations par les produits dégénérés de tumeurs et pourquoi le fait positif appartient aux cas de transplantation de parties [illegible]

une fois qu'une ou plusieurs cellules ont évolué sur un point voisin ou plus ou moins éloigné de la t. primitive, il y a augmentation de la production par l'adjonction de jeunes cellules qui subissent la même évolution ou voisinage de premières en raison d'un fait qu'on désigne sous le nom d'action de présence, mais en sens qui est inconnu. C'est pour la même raison que les jeunes cellules arrivées près de l'épiderme se transforment en cellules épidermiques et non en cellules d'une autre nature. Rubin a cherché à expliquer cette action par sa théorie de la ~~[illegible]~~ résorption gonflante

dans un laboratoire. Mais en laissant de côté la question de la génération spontanée qui n'est pas admissible, on peut encore expliquer la modification lorsque dans les jeunes éléments pour déterminer leur mode d'évolution, dans les échanges nutritifs qui ont lieu certainement au sein des tissus entre les éléments à leurs divers degrés d'évolution.

Comment se comportent les nouvelles productions par rapport aux anciennes, en les considérant soit au voisinage de la ligne primitive soit sur les régions éloignées?

Et d'abord il est évident que partout le néoplasme se substitue au tissu ainsi

Les auteurs considèrent la nouvelle tissu comme s'infiltrant entre les éléments du tissu ancien qui sont ainsi peu à peu étouffés. C'est ainsi qu'ils décrivent l'établissement du nodule de généralisation dans les divers organes. Ils disent que les cellules arrivent au niveau des vaisseaux et qu'elles se multiplient en refoulant et étouffant, éliminant les cellules voisines.

Il m'a semblé que l'envahissement d'un tissu normal par une néoplasie avait bien souvent.

J'ai bien constaté l'arrivée au niveau ou au voisinage des vaisseaux d'un plus ou moins grand nombre

de jeunes cellules ; mais j'ai vu souvent ces cellules se substituer aux cellules des éléments normaux environnants dont les noyaux devient d'abord semblables à ceux des cellules de la tumeur alors que le protoplasma cellulaire n'est pas encore modifié. Puis ce protoplasma se modifie peu à peu ou plutôt on voit sur des points plus avancés le protoplasma prendre de plus en plus les caractères de ceux des cellules de la tumeur. En somme il semble que ~~les~~ nouvelles cellules se substituent d'abord aux noyaux des éléments vivants dont le protoplasma prendrait peu à peu les caractères ~~de celui~~ des cellules de la tumeur. De plus les cellules les moins atteintes gardent encore la disposition ~~de~~ du tissu normal pour prendre graduellement la disposition du tissu pathologique. En outre cellules nouvelles aux environs de vaisseaux

J'ai cru remarquer aussi que la néoplasie prend un développement d'autant plus considérable et d'autant plus semblable à celui de la t. primitive qu'il existe une analogie plus marquée entre le tissu de l'organe où s'est développée la t. primitive et celui où se trouvent les noyaux secondaires.

C'est ainsi que pour les productions de l'épithélium pavim. on voit l'envahissement facile des divers organes de la peau et des muqueuses ayant un épithélium semblable ou analogue; toutefois les productions d'une nature dans les ganglions, dans le foie, etc. sont en général assez restreintes et surtout sont délimitées au milieu de cellules abondantes d'apparence embryonnaire (sarcomes).

Il est cependant des cas où les productions sont très abondantes, soit en raison de l'activité plus grande de la cause inconnue, soit par suite de la ~~constitution~~ du néoplasme. C'est ainsi que les ~~épithéliums~~ à évolution non épidermique, ~~[illegible]~~ présentent en général un ~~[illegible]~~ plus grand développement s'étendent et se généralisent davantage probablement en raison de leur évolution incomplète, de la qté de quantité de cellules produites, ce qui pourrait tenir à la vascularisation plus grande et moins réportée de ces tissus. D'où les conditions plus favorables à leur développement de proche en proche et au loin

Ces considérations sont durant applicables à l'épithélioma

On voit ainsi les lymphorrhagies envahir forme des traînées rouillées plus ou moins étendues. Mais le plus souvent les lymphorrhagies ne sont pas atteintes autant que les autres parties des tissus où elles se trouvent et d'après Uhlen. Regaud et Roizon il semble le plus souvent obstrué par les phénomènes inflammatoires réactionnels.

Cependant le plus souvent elles donnent passage à des cellules ou à des agents inconnus qui vont déterminer l'envahissement des ganglions du voisinage.

– préparations se rapportant à des lésions de cause.

On peut aussi observer l'envahissement de ganglions plus ou moins éloignés. – préparations

Souvent la lésion primitive a été enlevée ou n'a pas attiré l'attention, de telle sorte qu'on pourrait croire à une lésion primitive des ganglions si l'épith. n'était pas absolument caractéristique

Les lésions se présentent avec les mêmes caractères que sur la t. primitive. Cependant, si dans certains cas il y a identité complète dans les lésions de part et d'autre, il arrive aussi que, surtout lorsque l'envahissement ganglionnaire ~~debute après les~~ nouvelles cellules produites en qdé exagérée n'ont encore aucun caractère pathognomonique ou que les points qui ne laissent aucun doute sur la nature de l'affection sont encore très rares et dissémiés au sein des jeunes cellules; ce qui peut exposer à une erreur d'interprétation et faire croire à de simples phénomènes inflammatoires à un examen superficiel et surtout aux les théories régnantes. Bandiera qu'en considérant les nouvelles cellules comme de vraies nature que celles qui tout à un degré plus avancé d'évolution, on se tient en garde et on considère ces ganglions ~~transformés~~ pour la production de nouvelles cellules comme déjà envahis

On a la preuve que ces jeunes cellules doivent être tenues pour plus que suspectes en voyant ce qui se passe dans la plupart des cas où on a les préparations où on constate toutes les transitions entre les ~~cellules~~ ayant subi l'évolution épithéliale et celles qui sont nouvellement produites au sein desquelles on voit peu à peu se former des petites vacuoles, puis des plaques de cellules à évolution cornée. C'est dans les cas les plus nombreux que la nature des lésions offrirons est la plus difficile à déterminer par suite du caractère peu marqué des différences des amas cellulaires de première formation.

Ce n'est pas à dire que il n'y ait en aucun temps dans les lésions des phénomènes semblables à ceux qu'on désigne sous le nom d'infl. comme il y en a dans les tumeurs périnéales. Il y a de plus d'autre d'autant plus de raison que les lésions évoluent plus lentement.

Mais dans tous les cas il faut comme nous l'avons dit se méfier et tenir pour plus que suspects les cancroïdes inflammatoires des jeunes et vieillards de tumeurs.

1-2 Mélanome certain sur peau et au point ulcéré

3. Ennui de la tête prolavicular

4. Généralisation de proche en proche aux ganglions

5-6 – aux muscles sourcils.

7 – Généralisation aux ganglions éloignés.

8-9 – Généralisation au foie et au rein

10 – Généralisation aux ganglions péritrachéaux gauche pour t. de C. thyroïd

11 – généralisation au poumon

12-13-14 – Géné. de t. de la face au poumon et à l'intestin –

~~Quelquefois~~ organes internes peuvent être atteints le siège d'un envahissement secondaire et plutôt consécutif le siège de la t. primitive se trouve sur la tête, notamment sur la face. Cette propagation de la lésion pourrait avoir lieu d'après les auteurs par la voie sanguine ~~indirectement~~ ou directement. Dans le premier cas l'envahissement se ferait d'abord par les vaisseaux lymphatiques et consécutivement par la circulation sanguine; mais cela n'est rien moins que démontré. Dans le second cas ~~c'est~~ l'envahissement des veines donnerait directement accès au néoplasme dans la circulation. La démonstration de ~~parvenir~~ évidente dans beaucoup de cas et peut être plutôt admise pour tous les cas d'envahissement de la circulation.

+ Préparations se rapportant à l'envahissement des os.

Les plus que dans les gaînes on doit admettre l'opth. par perinévrite des os ainsi qu'admettent de Virchow qui admet le contact de beaucoup d'auteurs sur bien des cas d'amé-

Préparations se rapportant à l'envahissement du foie, des poumons, des reins, des muscles, de gros ganglions plus ou moins nombreux, mais en général, [illegible] en raison de la nature des productions de leur peu de vascularisation.

+ Ces préparations se rapportent à des cas d'envahissement de proche en proche des os qui sont incontestablement les plus nombreux. Il est à noter toutefois pour les tumeurs malignes d'origine [illegible].

20me Leçon
21 Xbre 1897

B

1

Tumeurs formées aux dépens de l'épithélium cylindrique des muqueuses et des glandes annexes.

Les auteurs décrivent sous le nom d'épithélioma cylindrique les t. des muqueuses et des glandes qui ont des cellules analogues à celles de l'épithélium cylindrique auquel ils en attribuent l'origine.

Mais si certains t. d'organes très différents peuvent ainsi présenter des analogies et même exceptionnellement une gde ressemblance, le plus souvent on peut constater que les t. diffèrent entre elles, non seulement par leur siège, leur évolution, etc., mais aussi par leurs caractères histologiques.

Les mêmes organes peuvent présenter

des tumeurs dont les productions épithéliales s'éloignent plus ou moins du type caractéristique, au point que l'on a cherché à attribuer une autre origine à certaines de ces tumeurs.

Waldeyer a fait pour ces tumeurs ce que Ehrlich avait fait pour les tumeurs à épithélium pavimenteux. Il a démontré que les t. à épithélium atypique devaient aussi être rattachées au tissu épithélial. C'est ainsi que l'origine des carcinomes n'est plus rapportée au tissu conjonctif, comme le voulait Virchow, mais attribuée aux cellules des muqueuses, des glandes qui en sont le siège.

Si l'on décrit à part les t. à épith. cylindrique typique relatives à tous les organes, on arrive à englober les t. les plus variées au

point de vue de leurs autres caractères et de plus, on perd l'occasion de rechercher toutes les particularités relatives à chaque organe, non seulement pour la constitution du stroma et les modifications apportées aux autres éléments, mais aussi pour les caractères des cellules et leur mode de groupement.

Il n'y a donc aucun profit à ~~décrire~~ toutes les t. à équilibre cytoplasmique dans une même description; car si l'on a souvent affaire dans ces cas à des t. bénignes, bien souvent aussi il s'agit parfaitement de t. malignes.

Ces t. aussi ne se présentent pas avec la même fréquence dans tous les organes où l'on peut les rencontrer. Elles ont leur maximum de fréquence là où

l'épithélium cylindrique se présente sous une plus grande étendue, c'est-à-dire, au niveau de l'estomac et de l'intestin. Ce sont les t. de ces organes qui à proprement parler seront décrits dans cette seconde catégorie.

Mais avec l'épithélium de revêtement, il y a des cellules glandulaires auxquelles on peut aussi rapporter les tumeurs, surtout celles qui ont le caractère atypique ; les auteurs supposant que ces cellules peuvent être le point de départ des proliférations cellulaires.

Elles n'ont point notre matière de vue aussi bien pour cet épithélioma que pour l'épith. glan. — nous n'admettons pas cette multiplication alvéolaire que nous n'avons jamais pu voir. Nous croyons au contraire que ce sont les nouvelles cellules

qui vont constituer la néoplasie plus ou moins analogue aux productions normales. C'est vrai que ou aussi des amas cellulaires ou la disposition en cellules toujours d'épith. cylindrique d'aspect vraiment ou aux la disposition glomerulaire en bourgeons dispersés ou rien de tissu capitaux ou disséminé entre les fibres conjonctives ou encore formant des masses plus ou moins considérables. Les cellules pourront aussi avoir un protoplasma d'aspect très variable d'après la constitution glomerulaire lui faisant sécréter un bourgeon plus ou moins anormal, au point qu'on le prend souvent pour un phénomène de dégénérescence. Je fais allusion dans ce moment aux aspects mucoïdes et colloïdes que la néoplasie peut présenter assez fréquemment.

mêmes divisions que pour les t. à épithélium pavimenteux.

1° t. bénignes

2° t. malignes.

1° t. bénignes

Ce sont celles qui sont connues sous le nom de polypes muqueux, de t. adénoïdes, d'adénomes ou de polyadénomes.

- caractères macroscopiques.
- caractères microscopiques.

Ces t. sont constitués par des cavités glandulaires tapissées d'un épith. cylindrique ayant tout à fait l'aspect de celui qui revêt la muqueuse de l'estomac ou de l'intestin ou même d'un stomac en général ayant conservé la forme d'un filament, sans altération des parties situées au dessous de la muqueuse qui présentent seulement une hypertrophie de tous leurs éléments.

Séparer limites adénomes qui se distinguent des kystes inf. comme

2° t. malignes

a. Epith. cylindrique ou adénome destructif ou adenocarcinome

b. epith. atypique à forme alvéolaire ou diffuse. Carcinome pur

c. — — — embryonnaire ou sarcomatosus

d. Cancer colloïde de épithélioma typique ou atypique.

—

Caractères macroscopiques : Envahissement, squirrhe et C. colloïde. t. localisés ou plus ou moins étendus et en nappes - ou envahissant de toutes ~~les~~ parties des parties affectées et ord. des phénomènes de généralisation par le système lymphatique, par les V. sanguines et aussi par le péritoine. Sous ces caractères macroscopiques on rapprochera les caractères histologiques.

Caractères histologiques :

~~A~~ épithélioma cylindrique. Disposition très irrégulière et ord. très abondante des cavités tapissées d'epith. cylindrique et envahissant des parties sous-jacentes à des degrés divers.

Généralisation. Mêmes caractères que ceux de l'intestin comparés à ceux de l'estomac

22me Leçon
4 janv. 1898

Cancers de l'estomac et de l'intestin (suite)

6. Epithélioma atypique, métatypique, polymorphe, alvéolaire ou diffus, carcinome proprement dit.

Formes intermédiaires entre l'épithélioma cylindrique et l'épithélioma atypique. prép. 96-1890

Dans les formes atypiques caractère de disposition des cellules sur toutes les tuniques des organes. prép. - 15 - 1887

Caractère du tissu conjonctif intermédiaire dont la production est toujours augmentée, surtout dans les formes squirrheuses et certaines formes du cancer entéroïde.

En général il y a aussi une production plus abondante de fibres élastiques. prép. 214

Développement ord. plus prononcé des tuniques musculaires, surtout dans certains cas elles peuvent immédiatement au sein d'un tissu conjonctif épaissi. - Fréquent destruction des muscles envahis par le cancer

Envahissement des parois vasculaires et notamment des veines qui sont peu à peu oblitérées par des néoformations cellulaires et conjonctives. Ce serait plutôt dans ces cas qu'on observerait une production abondante de tissu conjonctif et de hypertrophie musculaire.

En même temps néoformations vasculaires dans les tissus de nouvelle formation, tout comme dans les processus dits inflammatoires.

Ce sont le plus souvent ces V. de nouvelle formation qui sont lieu à des hémorrhagies en général peu abondantes, mais qui peuvent parfois être très considérables.

Ces hémorrhagies se produisent surtout lorsque les tissus sont ulcérés, parce qu'il y a alors des oblitérations artérielles qui augmentent la pression dans les branches collatérales des nouveaux V. dont les parois sont peu résistantes; il en est bien plus encore les points en désintégration par le fait de l'oblitération artérielle qui est la cause de l'ulcération; ~~Celles-ci~~ ne pouvant relever de la simple régression des éléments cellulaires comme l'admettent les auteurs

C. Epithélioma atypique à forme sarcomateuse.

Caractères des cellules et de leur répartition dans les tumeurs sous la forme diffuse ou alvéolaire. Dans les deux cas l'aspect du tissu fait songer au tissu adénoïde des follicules lymphatiques, mais absence de reticulum.

En outre aspect de tissu conjonctif plus.

Il est aussi à remarquer qu'on peut en un temps rencontrer des cellules sous forme de bourgeons dans des cavités closes de telle sorte qu'il a coexistence des 2 variétés atypiques.

d. Caractère colloïde ou caractère à l'œil nu et au microscope.

On peut l'observer sur l'épithélioma typique, cylindrique (suite.); mais on le rencontre plutôt sur des cellules atypiques, dans les formes alvéolaires et non diffuses.

L'aspect colloïde du protoplasma cellulaire n'est pas dû à une dégénérescence. Il provient d'une évolution normale des cellules qui sécrètent le démontrent. - La tendance à l'aspect hyalin du protoplasma montre les cas provient déjà de la nature des cellules.

origine - évolution - [illegible] (19e Leçon 16 juin [illegible])

Cancer du colon — 96 - 1890

Dans les points où les néoproductions sont peu abondantes, on trouve à peu près le développement des culs-de-sac glandulaires tapissés d'un épithélium cylindrique bien caractérisé. — Lorsque les néoproductions se trouvent au sein des faisceaux musculaires, les culs de sac sont plus petits et l'épithélium est plus bas; ou bien, si la production est exubérante, elle a lieu dans des cavités alvéolaires plus ou moins allongées où les cellules abondent toujours ou bien tendent à former des cavités où se trouvent des débris cellulaires, mais qui sont entourés d'une assise de cellules formant des couches d'épaisseur irrégulière et non constituant en certains points des amas pleins (où il est cependant bien rare de ne pas trouver des cellules en désintégration indiquant le centre ou un des centres cavitaires de l'amas cellulaire).

Cancer de l'estomac — 203

type de carcinome à grosses cellules occupant toutes les tuniques avec prédominance dans la tuni. muqueuse sur le bord de l'ulcération où la muqueuse qui a pris un développement excessif est remplacée par le néoplasme.

Au niveau du point ulcéré, les productions cellulaires sont très abondantes jusqu'au niveau du péritoine et on ne trouve que ça là gros. trous de tuni. musculaire complètement disséqué et en qdq. partie remplacé par les néoproductions.

— Généralisation du foie sous la forme d'amas cellulaires dont les cellules ont un protoplasme clair dans un stroma fibreux épais.

Cancer du pylore — 15/2 1887

Type de carcinome sur une coupe où l'on peut voir l'envahissement de toutes les tuniques dont la plaque est parfaitement reconnaissable malgré les altérations profondes dont elles sont le siège.

Il est vrai que c'est sur la limite de la lésion et que, en s'éloignant de la portion saine, on voit se faire l'uniformisation du tissu pathologique sous la forme d'amas cellulaires très irréguliers dans un tissu conjonctif aussi irrégulièrement disposé et où l'on ne trouve plus la trace des tuniques de l'estomac ni au point vrai ni

On voit l'envahissement de toutes les tuniques avec prédominance dans la sous-muqueuse et la sous-péritonéale qui sont très épaissies. Les fonctionnelles musculaires sont aussi épaissies pour un tissu conjonctif très épaissi.

Les cellules sont diminuées dans le tissu conjonctif sous forme de petites cellules allongées caractéristiques du carcinome bien plus accusé et nombreux dans les tissus sous-muqueux et sous-péritonéal.

— Généralisation aux ganglions où l'on voit la pénétration des follicules au sein d'un tissu constitué par des amas cellulaires contigus, tellement qu'il est difficile de reconnaître le néoplasme. Moins dans le tissu conjonctif lâche de la périphérie, on trouve des corpuscules cellulaires allongés comme dans la paroi stomacale et même en certains points on peut voir quelques cellules ont un protoplasma assez abondant et très bien tout à fait caractéristique.

— Généralisation au poumon dans le tissu conjonctif interlobulaire où l'on voit des cellules accumulées régulièrement et nombreuses et toutes limites les corpuscules cellulaires caractéristiques.

Cancer du Cardia ulcéré — 66 - 1892

Sur une portion de la préparation on peut voir toutes les tuniques de la paroi plus ou moins envahies par le néoplasme sous la forme d'une prolifération abondante de cellules disposées dans un tissu conjonctif densifié, mais non infiltré blanchâtre, brillant, et disposées aussi en petites masses irrégulières. Les cellules sont petites et leur protoplasme assez abondant et très clair — au niveau du point où commence l'ulcération de la muqueuse, obliterant de tous les vaisseaux. L'ulcération pénètre de plus en plus profondément les couches musculaires complètement dissociées par l'infiltration de nombreuses cellules.

Cornu de l'entomac généralisé à l'ovin. 27 - 1896

La préparation se rapporte à un point où existe un nodule muqueux végétant sous la forme d'un champignon ou d'une grosse papille à base pédiculée. On voit qu'il est formé par une exposition de la muqueuse très épaissie par l'allongement du tissu interglandulaire qui est infiltré de cellules rondes ou agglomérées en petites masses, comme s'il ne s'agissait que d'une modification de glandes. Toutefois on remarque que le tissu conjonctif est disposé parfois en minces d'espaces clairs d'aspect muqueux et que dans le protoplasme de certaines cellules de même aspect; enfin qu'on trouve aussi muqueux aussi aussi cellulaires, ce n'est là qu'exp. cellules muqueuses absolument transparentes.

Ensuite dans l. muqueuse remplie de cellules ayant même aspect que celles des cellules de la muqueuse, mais à un moindre degré.

Ces nodules paraissent puis au milieu d'un tissu conjonctif épaissi, mais des travées cellulaires assez abondantes mettant un certain point, de sorte alors on pourrait croire à une infl. simple. Mais on peut voir aussi les bourgeons où les cellules ont pu mieux se développer que quelques amas ponctués muqueux

Le tissu conjonctif interstitiel est épaissi, bien plus que dans les autres muqueuses. L'allongement

Cancer de l'estomac (autopsie) - 66 - 1892

Le néoplasme peut être considéré comme caractérisant une forme atypique différenciée en raison de la dissémination des cellules à travers toutes les parois épaissies.

Ce n'est qu'en raison de la nécrose profondément atteint au fur de son ulcération, qu'on peut trouver ça, ici, de cellules dont le protoplasma est assez nettement atteint. Partout ailleurs, il semble qu'il n'y a que de petits noyaux répondant abondamment dans un tissu conjonctif sous-muqueux, intermusculaire et sous péritonéal d'un blanchâtre éclatant. Cependant lorsque on peut trouver une cellule parfaitement isolée, on voit toujours autour d'un noyau un peu de protoplasma absolument clair incolore. Les formes vacuolaires les plus profondes sont ~~surtout~~ disséminées. Cependant en général toutes les tumeurs sont à leur place, surtout avec un épaississement du tissu conjonctif dans lequel transparaît clairement de cellules.

— Généralisation au foie où l'on retrouve les mêmes petites cellules au milieu d'un stroma présentant aussi un caractère hyalin bien net.

Cancer de l'estomac — 68 - 1892

cette préparation peut être présentée comme type de la forme sarcomateuse en raison des ~~agglomérations~~ petites cellules rondes très abondantes formant des amas volumineux et nombreux disséminés dans toute l'épaisseur de la paroi dont les éléments sont à peine reconnaissables ça et là. Le tissu conjonctif intermédiaire présente une teinte blanchâtre typique sur l'aspect des cellules ayant le même noyau que les cellules agglomérées et uni au protoplasma très clair et peu abondant, mais fuisant.

Les amas de cellules donnent au premier abord l'impression d'un lymphosarcome. Mais on voit qu'il n'y a pas de stroma étiré et que le tissu conjonctif intermédiaire a les caractères des autres variétés de cancer de l'estomac.

Cancer de l'estomac — 193 — 1889

Epithélioma ~~cylindrique~~ à cellules caliciformes. — La préparation porte entièrement sur un tissu de nouvelle formation constitué par des cavités de forme plutôt arrondie ou ovalaire, mais aussi irrégulières, tapissées par un épithélium cylindrique mince et très haut, s'élargissant en haut en prenant les caractères de cellules caliciformes remplies de mucus qui semblent faire saillie à l'extrémité de la cellule sous la forme d'une goutte muqueuse transparente, tandis que la base possède un noyau de coloration rouge sombre un peu allongé. Tous les noyaux sont placés très régulièrement les uns à côté des autres. — On remarque les mêmes noyaux dans des cellules du stroma peu abondant, situé entre les cavités glandulaires. — Dans ces cavités nombreuses blanc ou jaunâtre sous forme de granulations ou de traînées baveuses on voit des débris cellulaires, avec le même aspect que la substance rencontrée dans les cavités alvéolaires du cancer colloïde vulgaire. — (cellules remplies de mucus, etc.)

Examen du voisinage de l'ampoule Vater - 75 - 1892

Les mucoseuses ~~[illegible]~~ des glandes de Brunner et des glandes ~~[illegible]~~ muqueuses n'offrent pas d'altération notable; toutefois les tissus sous-muqueux, les tissus musculaires et jusqu'au tissu conjonctif sous-péritonéal sont envahis par le néoplasme qui se présente sous la forme de culs-de-sac glandulaires de forme ovoïde plus ou moins allongée, tapissés d'un épithélium assez élevé en certains points, plutôt cylindrique sur d'autres. Tantôt les cavités sont pleines de cellules ou n'en contiennent que quelques-unes; tantôt elles sont très grandes et remplies de mucosités sous forme de traînées granuleuses. Les culs-de-sac glandulaires sont disséminés au sein d'un tissu fibreux dense ou entre les faisceaux musculaires; ou bien ils forment des amas plus ou moins étendus de culs-de-sac confluents entre lesquels se trouvent des cellules fuseaux à protoplasma hyalin comme celui des cellules.

— Généralisation en foie où l'on retrouve les culs-de-sac glandulaires avec les mêmes caractères que sur la t. primitive; mais où les productions colloïdes sont bien moins accusées.

Cancer colloïde de l'estomac 35 – 1891

Dans l'épaisseur de la paroi est infiltrée de cellules volumineuses constituées par un protoplasma abondant d'aspect granuleux et mucoïde refoulant souvent le noyau à la périphérie. Surface aussi une partie du protoplasma est refoulé avec le noyau par un gros globule mucoïde paraissant résulter de la coalescence d'une partie des granulations mucoïdes. Ces cellules sont contenues en plus ou moins grand nombre dans des cavités irrégulières paraissant formées par l'écartement des fibres conjonctives ou de faisceaux musculaires donnant lieu à des cavités ~~plus~~ plus grandes qu'il ne faudrait pour les contenir, mais qui renferment aussi des agglomérations mucoïdes diffuses irrégulièrement ou sous forme de traînées ou de barres avec des débris cellulaires. – On peut voir certaines fibres conjonctives constituées par une cellule fusiforme très allongée dont le protoplasma est également clair et mucoïde. En tirant conjonctif ainsi est plus dense et fortement coloré en rouge. – Dans certaines parties de la préparation où les cellules sont très confluentes et tassées ~~dans les cavités~~ ~~conjonctives~~ des traînées conjonctives, les cellules n'ont rien perdu de l'aspect muqueux probablement parce qu'elles se sont pris en l'espace suffisant pour se développer. – Il est à noter que les cellules différentiées que celles qui sont désintégrées dans les ~~[illegible]~~ [illegible]

Cancer Colloïde et Estomac - Foie - 1886 - 1889

Dans les points du foie envahis présentant des amas de cellules ~~polyédriques~~ moins volumineuses dont le protoplasma est granuleux et manque plus abondant et plus facile à voir là où les cellules sont moins confluentes et où il y a bientôt des espaces remplis de mucus clair ou légèrement jaune sous forme de traînées granuleuses. En tout cas partout où le néoplasme apparaît, il y a en même temps une teinte claire hyaline apparaissant à travers les éléments de nouvelle formation et devenant bientôt caractéristique sur les lésions un peu plus avancées.

Et encore il n'y a de dégénérescence que sur les points ~~où la~~ productions sont plus abondantes et paraissent à plus ancienne, l'apparence hyaline, marque du colloïde du protoplasma cellulaire s'affirmant dès l'apparition des nouvelles cellules.

24me Leçon
19 janv. 1898

Tumeurs du foie

Division des auteurs et notamment de Mm. Hanot et Gilbert en C. mixtes, cancer nodulaire et C. en cirrhose.

Ces auteurs ne décrivent comme C. mixtes que celui qu'ils désignent sous le nom de C. en ananas; mais il peut se présenter aussi sous l'aspect d'une t. volumineuse faisant un bouillon blanchâtre plus ou moins accusé à la surface de l'organe et qui est le plus souvent accompagné de gg. noyaux secondaires dans son voisinage.

Cette tum. est ord. située dans le lobe droit, vers la partie médiane, et lorsque la tum. est contiguë à la vésicule biliaire qu'on trouve aussi envahie par le

néoplasme, il peut arriver qu'il soit très difficile de dire si la tumeur a réellement pour origine la tumeur hépatique ou si elle a pris naissance dans la vésicule hépatique pour gagner ensuite la tumeur hépatique voisine.

L'ex. microscopique peut parfois permettre de trancher la question qui du reste n'a pas une grande importance au point de vue pratique.

Quant à la forme nodulaire primitive, elle est absolument contestable, les observations n'étant pas irréprochables au point de vue de l'ex. des divers organes.

Dans tous les cas, y compris celui du Cancer mixte, il faut bien se garder malgré l'avis des Mess. Hanot et Gilbert de supposer envahissant tous les organes, le cancer primitif du foie étant cause de la C. secondaire ~~des prog~~

E. bénigne

E. malignes

1° E. bénigne

Adénome de Salomon qui se rencontre ordinairement avec une cirrhose plus ou moins accusée et qui est ord. de nature bénigne.

Description des lésions macroscopiques. MM. Hanot et Gilbert, comme M. Salomon, font remarquer que ces lésions sont assez analogues à celles que présente le foie cloisonné du nourrisson, sous cette dénomination, il est bien possible qu'on ait méconnu des adénomes.

D'après ce que j'ai observé, j'ajouterai que si cette méprise a pu être commise, ce doit être bien rarement, car il m'est

arrivé bien plus souvent, en tenant compte des renseignements de ces auteurs, de croire à la possibilité d'un adénome dans des cas où l'ex. microscopique montrait qu'on avait affaire simplement à un processus cirrhotique.

Et d'abord lorsque les noyaux formés à la surface du foie sont tous à peu près égaux, comme dans le foie cloué, il y a peu de chances pour que ces noyaux représentent des productions adénomateuses qui, dans les cas véritables, se présentent toujours lorsque le t. de volume ~~tharéoïdale~~ se rencontre une disposition très irrégulière. En outre tissu blanc jaunâtre doré (sclérose) avec tendance au ramollissement en partie ou en totalité

Examen des préparations :

Adénome avec cirrhose — 30 — 1894

On se demande pour savoir si la lésion initiale était la cirrhose ou l'adénome.

Les lésions cirrhotiques sont si semblables à celles qu'on observe chez les alcooliques ; aussi il est ~~peu~~ rationnel d'admettre son origine pour adénomateux. D'ailleurs pourtant il n'est guère admissible non plus que l'adénome se produise postérieurement à la cirrhose, ~~étant~~ ou peut de tendance ~~gala~~ très négatives amené dans des travaux filiaux peut-avoir à se développer, si même il n'y a pas à cela une ~~impossibilité~~ réelle.

Il est plus rationnel d'admettre que toujours sous l'influence de l'alcool, ~~sous~~ quelques autres causes inconnues supposées se trouve en présence d'un processus cirrhotique capable de donner lieu non seulement à des productions de vaisseaux biliaires, mais aussi à celle d'éléments glandulaires ayant plus ou moins ressemblance.

Ces productions de ce genre peuvent affecter une marche très lente, sans généralisation ; ce qui permet bien d'en faire un adénome bénin.

Parfois cependant il y a envahissement des veines et notamment de la V. porte.

Beaucoup plus rarement il peut survenir des généralisations pulmonaires pour mériter le nom de Cancer : Cancer avec cirrhose ou d'adénocarcinomes de certains auteurs.

Je n'ai pas rencontré cette dernière forme avec généralisation à un autre organe, de sorte que je ne puis dire s'il s'agit bien d'une t. avec les caractères décrits précédemment généralisée, ou si la t. a alors d'autres caractères [illegible] qui accompagnent la t. malignes. Toutefois en tout cas les adénomes peuvent devenir malins puisque c'est une des raisons pour lesquelles on doit les maintenir parmi les tumeurs. +

+ Je pense que les productions à marche lente peuvent être considérées comme bénignes que les t. malignes ne peut [illegible] marche rapide.

Neoplasie Hystogène. Il est une question à propos de laquelle [illegible]

2° b. Malignes

Cancer du foie. – Cancer mixte avec ou sans nodules.

MM. Ranvier et Gilbert décrivent un épithélioma alvéolaire à grosses et à petites cellules et un épithélioma tubéuleux, puis encore un épithélioma à cellules cylindriques –

On peut en effet rencontrer des t. ou productions épithéliales tubéuleuses ou alvéolaires, mais le plus souvent ces variétés sont réunies et même la coexistence des productions devient plus caractéristique comme dans le cas de la préparation 49 – 1893.

Quant à l'épith. cylindrique, il apparaît évidemment aux vois biliaires intra ou extra-hépatiques.

2. de la Vésicule et des voies biliaires

1° Forme typique à épithélium cylindrique

2° Forme atypique.

Dans ce dernier cas difficulté de distinguer la t. d'une t. de ~~forme~~ provenant soit s'il s'agit de la vésicule biliaire et d'un cancer de la tête du pancréas soit s'agit d'une t. du cholédoque.

Ce sont les dispositions bien étudiées des productions néoplasiques et les examens microscopiques répétés portant sur les divers points suspects qui permettront de se faire une opinion dans la plupart des cas, mais non dans tous.

Foie - Adénome avec cirrhose - 30 - 1894

Ce qui frappe d'abord c'est la cirrhose généralisée avec plaques et traités fibreux épais au niveau et à l'entour des espaces portes où le tissu glandulaire est étouffé en totalité ou en partie, de telle sorte qu'on ne voit que çà et là de petits amas cellulaires arrondis ou trabéculaires. - Par contre dans d'autres points correspondant aux productions d'adénome on voit de gros amas cellulaires plus colorés que le tissu normal, de forme trabéculaire ou ~~arrondie avec plus~~ ~~volumineux~~ volumineux, d'un volume dix fois et vingt fois plus considérable que les trabécules normales, dont les limites sont marquées par de fortes travées fibreuses plus fortes que ~~des~~ prolongements déliés au sein de ces amas. Puis on trouve aussi çà et là des plaques fibreuses d'où paraissent provenir ou auxquelles adhèrent les travées fibreuses interlobulaires.

Les gros travées scléreuses présentent des noyaux cellulaires qui en certains points sont tout à fait semblables à ceux qu'on l'on observe dans la cirrhose ord. et dans la cirrhose hypertrophique, car ils sont très bien accusés et très nombreux, au point de constituer ~~parfois~~ par places comme un réseau irrégulier et incomplet. En outre on remarque que sur certains points ces noyaux cellulaires augmentent de volume et se fusionnent graduellement tout en restant au sein des noyaux cellulaires beaucoup plus volumineux et très nombreux constitués par des cellules ayant le même aspect que celles des gros amas trabéculaires ou de forme diverses, limités par les bandes scléreuses.

Cancer du foie — 49 – 1893

Gros amas de cellules en voie de désintégration au sein d'un tissu hépatique dont les espaces portes présentent un tissu conjonctif épais fibreux envoyant gros prolongements à la périphérie.

En examinant les bords du néoplasme, on voit que les nouvelles productions présentent parfois l'aspect de trabécules plus épaisses et plus allongées avec une coloration des cellules plus accentuée.

On peut voir aussi l'altération débutant au niveau des espaces portes par l'envahissement de la veine présentant des cellules accumulées sur la tunique interne de manière à obliterer complètement la lumière. Puis les cellules vont répondre à la périphérie de manière à former un amas irrégulier englobant tout l'espace porte épaissi et s'étendant au-delà, sous la forme d'amas ~~cellulaires~~ agglomérés irréguliers et parfois disposés en trabécules accolées les uns aux autres. Les canaux biliaires compris dans le néoplasme paraissent augmentés de volume avec de gros cellules cylindriques dans leur voisinage et semblables à celles des cellules du néoplasme.

Examens du pancréas

Examens bénignes ?

nous n'en avons pas rencontré.

Examens malignes

1° Epithélioma glandulaire à type cylindrique bas

2° Epithélioma glandulaire non tendance à l'infiltration carcinomateuse.

3° Forme carcinomateuse prédominante à la tête avec conservation de la disposition glandulaire au niveau de la lésion et généralisation à de nombreux organes sous la forme carcinomateuse.

On peut dire que d'une manière générale le C. du pancréas a une tendance à la généralisation ; de telle sorte que sa gravité résulte à la fois de cette tendance et des accidents locaux ; d'où la rapidité de la marche de la maladie.

Cancer de la tête du pancréas — 36 — 1894

Epaississement irrégulier de toutes les trabécules fibreuses interlobaires, lobulaires, conservant dans des cavités irrégulières des amas de cellules volumineuses à noyau ovalaire ou gros nucléole bien colorés et protoplasma clair. Ces amas cellulaires forment des nappes plus ou moins volumineuses sous la forme de ~~trajectoires~~ ou de ~~trajets~~ disposés irrégulièrement, donnant à certains les caractères d'un carcinome alveolaire d'un carcinome ~~alveolaire~~, mais de telle sorte qu'on retrouve la trace de la disposition des lobes et lobules.

On trouve aussi au sein du néoplasme des canaux ~~à parois~~ épaissis, manifestement sclérosés dont l'épithélium a conservé le caractère cylindrique des canaux excréteurs de la glande. Toutefois les noyaux de cet épithélium sont tout à fait semblables à ceux des cellules néoplasiques voisines.

Envahissement des veines.

Cancer du Sommier (Suite) — 198 — 1883

néoproduction cellulaire abondante sous forme de gros amas séparés les uns des autres par du tissu conjonctif disposé en travées plus ou moins espacées circonscrivant les amas dans lesquels ils paraissent envoyer des prolongements. Ce tissu conjonctif est le siège d'amas cellulaires sous forme de petites noyaux irrégulièrement disposés, mais plutôt allongés dans le sens des fibres conjonctives ou vers lesquelles ils se trouvent. Ces amas cellulaires devient plus nombreux ~~à mesure~~ qu'on se rapproche des gros amas où ils se confondent avec la masse de cellules agglomérées où l'on n'aperçoit plus que quelques travées conjonctives cloisonnant au sein des cellules.

Sur certaines coupes, tapissant d'un épithélium cylindrique un kyste rempli de cellules isolées et autres cellules.

On peut aussi constater ~~les~~ nettement la présence de noyaux cellulaires dans le tissu conjonctif périphérique.

Sur certaines coupes, ~~[illegible]~~ plusieurs vaisseaux sanguins dilatés.

Enfin il est évident que les nombreuses cellules volumineuses représentant les cellules de la glande dont la périphérie est limitée par le tissu conjonctif relevé est aussi le siège de productions cellulaires néoplasiques.

Cancer du Pancréas (suite) — 198 – 1883

La tumeur du pancréas est aussi bosselée du néoplasme, mais à un moindre degré qu'elle et aussi avec des caractères un peu différents. Les productions ~~glandulaires~~ sont beaucoup moins abondantes, tandis que celles du tissu conjonctif sont très prononcées, séparant les lobes par de larges bandes fibreuses qui envoient des prolongements plus ou moins épais dans leur intérieur aussi divisé et subdivisé irrégulièrement de telle sorte que les productions cellulaires se présentent sous la forme d'amas irréguliers, plutôt de boyaux allongés ou épais, parfois anastomosés, très inégalement disposés et mordus par des travées conjonctives blanchâtres bien accusées. On rencontre aussi des canaux sécrétoires plus ou moins volumineux à parois épaisses ou un épithélium cylindrique très haut dont les noyaux sont semblables aux noyaux des autres cellules.

Au premier abord on pourrait croire à une lésion selérose de la glande à la mission, tellement les productions conjonctives sont abondantes, mais le néoplasme est caractérisé par les productions cellulaires qui ont pris des caractères anormaux tout en gardant la disposition propre à la glande qu'elle doit à la trame des caractères d'épithélioma. – On peut soupçonner que la selérose bien plus marquée en mission de la tumeur qui est mission de la tête, tient aux obliterations veineuses produites par la tumeur de la tête du pancréas, celle de la tumeur beaucoup moins nombreuses étant moins [illegible]

Cornu du poumons (ganglion vrai) - 158 - 1883

dont le ganglion est envahi à l'exception d'un point où l'on voit plusieurs follicules indemnes dans un stroma constitué comme le reste du ganglion par le tissu néoplasique. Celui-ci est formé par des cellules à noyau ovalaire bien coloré et dont le protoplasma est d'une coloration blanc clair transparente; de telle sorte que les noyaux se détachent nettement sur un fond blanc. Ces cellules paraissent disposées par cinous irréguliers dont les limites sont figurées par un espace blanc plus accusé qui forme parfois des stries irrégulières dues à la présence de cellules fusiformes de même nature que les autres cellules.

Cornu du poumons (ganglion bronchique) 158 - 1883

Le dessin de la précédente préparation que pour la production plus grande de cellules fusiformes demeurant bien à des beaucoup conjonctives épaisses restant à la périphérie où elles contiennent indépendamment des cellules fusiformes isolées, des bonnes cellules en assez grande quantité, indépendamment que toutes ces productions sont de même nature. Dans une partie du ganglion cellules claires comme dans le précédent - mais partout présence de particules noires diminuées dans la préparation.

Ces transitions étant absolument insensibles.

Cornil et Ranvier (Foie) — 158 - 1883

Les nodules de régénération présentent un tissu analogue à celui des ganglions avec lymphe. On peut voir en outre sur la limite du tissu du néoplasme du tissu sain, que ce dernier commence à présenter une agglomération des travées de manière à former des mailles 2 ou 3 fois plus étroites entre lesquelles les noyaux paraissent plus larges et où l'on aperçoit de nouvelles cellules. Mais en même temps on peut voir que toutes les cellules hépatiques voisines ont pris des noyaux plus colorés et semblables à ceux ~~des cellules~~ du néoplasme, tandis que les noyaux des cellules des travées hépatiques situées plus loin sont à peine visibles. Puis peu à peu on voit les noyaux des cellules hépatiques se contracter insensiblement sur la marge des nodules. C'est ainsi qu'il n'y a pas de ligne de démarcation précise entre le parenchyme où la cellule hépatique double noyau est modifié et dont le protoplasma a encore les caractères de la cellule hépatique, et des cellules à protoplasma blanchâtre hyalin. La transition est absolument insensible.

Cancer du pancréas (Rein) - 158 - 1883

on trouve dans la partie profonde de la substance corticale, au voisinage de gros vaisseaux deux nodules accolés de forme arrondie ou plutôt ovoïde, constitués par le tissu du néoplasme, sous la forme d'amas cellulaires plus ou moins irréguliers au centre et devenant de plus en plus allongés à la périphérie où l'on peut même voir sur la limite ~~des~~ nodules quelques bourgeons solides et très allongés constitués par des cellules ayant les caractères de celles du néoplasme et qui paraissent avoir pris la place de celles d'un tube du rein dont elles remplissent la lumière, en distendant le tube auquel elles donnent l'aspect bosselé.

On voit aussi dans ce gros vaisseau veineux des bourgeons cellulaires partout de la paroi et se dirigeant vers la lumière du vaisseau en formant comme de gros franges.

Cancer du poumon (poumon) 198 - 1883

moyens de généralisation au voisinage de la plèvre où l'on voit le néoplasme développé dans le tissu conjonctif sous-pleural et dans le tissu pulmonaire sous la forme d'amas cellulaires plus ou moins volumineux, mais ayant plutôt la disposition allongée ou tubulaire, avec des cellules toujours à protoplasma blanchâtre formant comme des traînées blanchâtres aux points où se trouvent les cellules fuchsiques qui limitent les amas cellulaires ou bourgeons. Ce n'est que sur un point où les amas cellulaires paraissent avoir conservé la disposition des alvéoles pulmonaires qu'ils semblent remplis.

Cancer du poumon (corps thyroïde) 198 - 1883

C'est surtout dans le corps thyroïde qu'on voit les mêmes formes des amas en rapport avec les vaisseaux auxquelles elles sont substituées et qu'elles paraissent remplir, tandis que des cellules fuchsiques de même nature suivent le trajet des fibres conjonctives intermédiaires de la charpente de l'organe — On peut aussi voir sur les limites des parties saines que celles-ci sont d'abord envahies par les travées conjonctives intermédiaires qui sont épaissies progressivement par la présence d'une quantité de cellules qui peu à peu obstruent les vaisseaux. Ces cellules d'abord petites deviennent plus grosses et ont les caractères de toutes celles du néoplasme. Elles finissent même de l'envahissement de l'organe.

Tumeurs des glandes salivaires

8. bénignes

8. malignes

1° Tumeurs bénignes

Les auteurs décrivent des t. du stroma et des t. glandulaires. Pour nous ces parties ne sont pas plus indépendantes ici que dans les organes précédemment examinés. Variations dans les productions du stroma et des amas cellulaires d'où les aspects divers et les interpretations différentes.

Les t. les plus fréquentes est l'enchondrome se présentant ~~avec~~ un type fondamental plus ou moins ressemblant au tissu cartilagineux et des productions glandulaires variés.

Enchondrome de la sous-maxillaire

— Cylindrome de la parotide ou formation kystique (c'est le type de cylindrome donné par Ranvier dans son article des tumeurs du traité de Chirurgie) —

2° Tumeurs malignes

Carcinome dont les préparations nous font défaut

Glandes salivaires

Enchondrome de la sous-maxillaire.

Stroma hyalin avec cellules dans une capsule ou non et alors avec des prolongements donnant l'aspect d'un tissu myxoïde. Les éléments cellulaires sont partout nombreux et montrent on voit des amas de cellules qui ont manifestement pour origine des culs-de-sac glandulaires qu'on retrouve en certains points avec des modifications plus ou moins accusées formant les transitions jusqu'aux grands amas cellulaires irréguliers. Le protoplasma des cellules est peu abondant, très clair, hyalin et paraît en rapport avec l'état du stroma.

—

Cylindrome de la parotide avec formation hyalique. C'est le type de cylindrome dont la figure se trouve dans l'article de M. Quénu sur les tumeurs, in traité de chirurgie.

—

35me Leçon
18 janv. 1898

Tumeurs du Corps thyroïde

T. bénignes et malignes

1° T. bénignes ou adénomes (goitres)

2° T. malignes : { a adénome malin
b carcinome
c forme sarcomateuse

Tumeurs du poumon

T. bénignes et malignes

1° T. bénignes { polypes ou adénomes de la muqueuse bronchique
adénomes des glandes bronchiques.

2° T. malignes { a carcinome
b forme sarcomateuse
c forme colloïde

Tumeurs du Rein

T. bénignes et malignes

1° T. bénignes { adénome (Salomon)
maladie kystique

2° T. malignes { Epith. glandulaire
Carcinome
forme sarcomateuse

Examen du poumon

Les auteurs admettent des t. d'origine congénitale ~~et~~
nous admettons des t. bénignes et malignes

t. bénignes

Elles se rapportent aux bronches et aux glandes bronchiques
Polypes ou adénomes ~~de~~ bronchiques –
adénome des glandes bronchiques

t. malignes

1: Carcinome

2: ~~forme~~ sarcomateux

3: Cancer colloïde ayant probablement
pour origine les glandes bronchiques

Poumon

Adénome des glandes bronchiques (chat)

organoïdes et multiplication des glandes bronchiques modifications très variées dans forme au milieu d'un stroma, où l'on remarque aussi une hypertrophie et hyperplasie des fibres musculaires.

Cancer colloïde du poumon ayant probablement pour origine les glandes bronchiques (38 - 1893)

Infiltration du tissu pulm. par des cellules ayant un protoplasma muqueux ou amas de cellules ou gouttelettes muqueuses formant des taches claires disséminées ou groupées. Envahissement surtout dans paroi des bronches y compris la couche de cellules qui les tapissent, mais aussi des vaisseaux, surtout des lymphatiques et des veines, moins aussi des artères comme on peut le voir sur de gros vaisseaux en partie remplis par des néoformations; enfin des alvéoles pulmonaires encore intactes ou avec des modifications plus ou moins marquées: là épaississement des travées, ici ou contient grandes cavités remplies de substance colloïde ou ~~filaments~~ mucus, amas cellulaires en dégénér. ou des nuns caractère -

---

Cancer du poumon ou gén. avec ganglion, au foie (62 - 1893)

carcinome débutant dans les alvéoles pulm. et formant des cavités plus ou moins vastes de dimension, de forme remplies de cellules au milieu d'un stroma fibreux épais.

Cancer du poumon avec gén. à la rate - (mars 1893)

Forme sarcomateuse où l'on peut voir le cartilage muscle à sa périphérie.

28me Leçon
29 janv. 1898

Tumeurs du rein

T. bénignes et T. malignes

1° Tumeurs bénignes

A. Adénome décrit par M. Sabourin analogue à celui du foie, mais que nous n'avons pas eu l'occasion d'observer.

B. Maladie Kystique du rein.

aspect macroscopique.

Ex. microscopique. Lésions complexes avec productions cellulaires exubérantes. Siège tantôt de groupes de tubes aux dimensions normales ou plus ou moins dilatés, puis des cavités arrondies ou ovalaires tapissées d'un épithélium analogue à celui des tubes du rein, espaces plus ou moins agrandis. Parfois la cavité paraît résulter de la fusion de plusieurs cavités plus petites; enfin espaces plus ou moins denses

où l'on voit du amas de cellules ou bien une infiltration cellulaire abondante et au sein duquel se trouvent des tubes très petits de plus ou moins volumineux tapissés d'un épithélium cylindrique.

Quant aux glomérules ; ceux-ci peuvent plus ou moins atteints et beaucoup sont relégués et plus ou moins atrophiés.

Partant néoproductions vasculaires abondantes, tantôt en rapport avec phénomènes allég.

Pathogénie – La théorie de la rétention ne est pas rationnelle en observant ce qui se passe dans le rein dans les cas de rétention manifeste dans les expériences faites à ce sujet.

Pourquoi raison rejet de la théorie de M. Brault de la pression exagérée dans le contenu du tube producteur alors qu'il a manqué [illegible]

La théorie néoplastique de Malassez nous paraît la seule rationnelle.

Ce dont en effet les phénomènes de prolifération cellulaire et vasculaire amènent une pénétration d'une fonctionnel atrophie des reins par suite de la pénétration d'une portion du tissu rénal dans un quart de heure compte tenu préparation.

C'est vraisemblablement en raison de ce fait qu'il y a des récidives après un plus ou moins de rétrocession et que les malades peuvent avoir une survie parfois assez longue avec des reins polykystiques qui, au premier abord, semblent un plus contenir de tissu rénal.
– coexistence de kystes dans le foie, assez fréquente

2° Examens histologiques

Description macroscopique
Ex. microscopique.

Dans les cases du rein sont de nature épithéliale. – Dans foie on entend appeler communément l'épithélioma et sarcome avec nom tumeur, surtout à celles qu'on observe chez les enfants. – Mais nous verrons que cela tient aux caractères que prennent les productions cellulaires.

on pourrait admettre comme pour la plupart des tumeurs : a. une variété glomérulaire, b. une variété carcinomateuse et c. une variété sarcomateuse suivant la disposition prédominante des cellules. Mais on peut sur la plupart des préparations retrouver ces caractères plus ou moins associés.

Cependant il est quelques tumeurs dont les productions ont plus constamment l'aspect des éléments cellulaires des tissus conjonctifs.

M. Brault décrit un épithélioma à cellules cylindriques irrégulières dont nous nous sommes pour en l'occasion d'observer et une autre variété à épithélium cylindrique avec plus complexes superposés ressemblant beaucoup à des préparations que je vois vous montrer dans un [illegible]

— Et d'abord préparation d'un épithélium glandulaire où les cellules disposées sous la forme tubulaire ou alvéolaire, ont une qté remarquable sur les cellules des tubes contournés. Cellules volumineuses au protoplasma très granuleux ~~disposant~~ mais toute jeune vacuolisé et sur lequel se détachent bien les noyaux arrondis colorés par la carmin. 200 - 1890

— Carmin du Rein 23 février 1886 —

on peut voir depuis le tubulaire relevé et refoulé à la périphérie, des amas cellulaires provenant de l'accroissement de nombreuses des cellules contenues dans des tubes et qui vont s'agrandissant de plus en plus jusqu'à former des masses cellulaires séparées seulement par des travées fibreuses plus ou moins régulières auxquelles les cellules restent comme appendues et rappelant forme des couches épithéliales superposées analogues à celles de la fig. donnée par M. Brault.

— Cancer du sein H - 1889 - Disposition analogue à celle de la précédente préparation et qui paraît constituer la variété la plus commune

- Généralisation à la plèvre viscérale [illegible] avec la caractère glandulaire très prononcé au point que vos cavités alvéolaires vides apparaissent avec une bordure d'épithélium cylindrique à un ou plusieurs étages comme sur les figures de M. Brault.

- Généralisation à l'autre sein où l'on peut voir sur les limites du tissu sain l'envahissement des tubes et des cavités glandulaires ; tandis que du côté opposé le néoplasme prend tout à fait l'aspect du sarcome fuso-cellulaire.

— Cancer du sein EE - 1893 - où l'on peut voir l'origine épithéliale du néoplasme (mais plutôt analogie avec l'épithélium des tubes de stand) et très vite sa transformation en cellules fuso-cellulaires d'aspect sarcomateux très prononcé surtout sur les noyaux de généralisation où l'on retrouve plusieurs catégories sarcomateuses (pleine, dure, myxomatoïde)

— Cancer du sein GG - 1893 - [illegible]

Vascularisation par le mouvement vasculaire et abondante dans tous les cas

Tumeurs de la vessie

T. bénignes et T. malignes

1° Tumeurs bénignes

aspect macroscopique

papillomes et adénomes - leur à préparations

2° Tumeurs malignes

aspect macroscopique -

M. Albarran décrit un groupe atavique (t. de type allantoïdien) et un groupe vésical adulte, qui comprend 3 variétés 1° type de revêtement commun; 2° de type de revêtement à cellules claires; 3° de type glandulaire ou adénome; et enfin un groupe atypique comprenant a) épithélioma tubulé ou trabulé; b) cylindrome; c) épithélioma carcinoïde; d) épithélioma réticulé; e) épithélioma à stroma muqueux; f) adéno-épithélioma -

enfin les t. épithéliales kystiques -

nous n'avons pas eu l'occasion de vérifier la description de toutes les variétés en raison du nombre de cas relativement restreint que nous avons pu examiner. En tout cas il y a de fortes très contestables, notamment en ce qui concerne les types alloantoïdien et glandulaire, ou tout au moins cette interprétation. Ce qui il y a de positif c'est qu'on trouve des types variés depuis celui qui se rapproche plus ou moins des productions cellulaires normales jusqu'à celui qui s'en éloigne le plus, avec des productions concomitantes plus ou moins prononcées portant sur les organes glandulaires, sur le tissu conjonctif et sur les fibres musculaires.

Le type musculaire végétant existe-t-il? C'est ce qu'il est difficile de dire en raison de la difficulté parfois très grande à distinguer les ~~fibres de~~ nouvelles productions du tissu musculaire lisse de celles du tissu conjonctif, que nous avons vu, pour un cas de généralisation au foie.

Bacon de la Vérin ou gén. pleural.
32 - 1894

Le rapportant au type décrit par M. Albarran sous le nom de revêtement commun - Surface irrégulière ou raison des ~~bouchés~~ papilles recouvertes d'un épithélium cylindrique à plusieurs couches de cellules ; puis infiltration de cellules fusiformes dans le tissu sous-jacent sous épithélial, vient ayant dans toute l'épaisseur de la paroi, détruisant peu à peu les faisceaux musculaires. généralisation à la plèvre et au tissu pulm. vient sous la même forme - cellules remplissant les lymphatiques de la plèvre, ou vascularisation ou angiomes tout comme dans tous les cas d'inflammation de la plèvre et de la partie superficielle du poumon dans la tuberculose ou autre inflammation

— 91 - 1893 - Cancer de la vessie, avec infiltration de la paroi vésicale par de grosses cellules conjonctives de forme diverses et parfois fusiformes. Développement rare de l'épithélium directement sur la limite de la tunique; et même au sein du néoplasme, on remarque des cavités à parois filiformes à épithélium cylindrique très développé, ~~et~~ rapportons aux cavités glandulaires modifiées par la présence du néoplasme. - Envahissement de l'uretère et des orifices urétériques

— 54 - 1895 - forme tubulaire ou colonnaire, plus ou moins irrégulière; mais en tout cas, noyaux cellulaires de forme arrondie ou allongée très variable entre lesquelles ou au milieu desquelles se trouvent des fibres conjonctives des vaisseaux hypertrophiés et hyperplasiés ou canaux lymphatiques - généralisation au poumon dans presque toutes ces formes. Dans ce dernier organe, un vrai acini entourés de noyaux cellulaires, des fibres entrecroisées conjonctives ou lymphatiques?

— 81 - 1895 - nodule à forme carcinomateuse généralisé aux ganglions lombaires

2. de la prostate - bénigne et malignes très rares

6 - 1897 - petite tumeur de la prostate avec cavités glandulaires. Tapissées d'un épith. cylindrique

31e Leçon
1er fév. 1898

Tumeurs de l'utérus

T. bénignes et malignes

1° Tumeurs bénignes

T. du col et du corps de la cavité.

Aspect macroscopique - T. unie ou pédiculée (polypes) d'aspect rouge ou roséi, de consistance molle, faisant une saillie plus ou moins accusée.

Tr. de préparation :

1) Polype muqueux du corps de l'utérus constitué par un stroma de cellules rondes ou fusiformes au milieu duquel se trouvent des culs-de-sac glandulaires tapissés par un épithélium cylindrique. Dans les mailles de ces diverses cellules sont plutôt un peu avoisinées au milieu des mucéides.

- Aspect analogue des préparations suivantes :

2) { adénome de la muqueuse utérine (raclage) et raclage du col utérin (adénome) mu Duchamp 1897.

L'analogie de ces produits pathologiques avec ceux de la muqueuse utérine tuméfiée ou hyperproductive cellulaire sous l'influence de l'inflammation, fait considérer pour la plupart des auteurs toutes ces lésions comme étant de nature inflammatoire. C'est surtout parmi les métrites que les leurs classiques décrivent toutes ces lésions, pourquoi nous motivons cette classification telle que elle leur paraît naturelle ou en disant comme M. Dellatroyen toutes les raisons militant en faveur de cette interprétation pour laquelle cependant il n'en mentionne que deux : 1° l'abrasion de t. proprement dite, ce qui est contraire à l'observation, au moins pour toutes les saillies minces ou pédiculées ; et 2° la présence de cellules migratrices. Or il faudrait plutôt prouver qu'il y a des tumeurs sans cellules migratrices.

Au contraire ces productions rentrent absolument dans notre définition des tumeurs ; moins des t. bénignes.

ainsi ces lésions confinent à l'infl. chronique ; mais elles s'en distinguent par leur caractère de production analogues, anormales, exubérantes, à caractère extensif, sans cause déterminée de sang qui ou puisse les reproduire ~~extrémitisonstales~~.

Directes ces lésions peuvent devenir malignes et confinent à certaines tumeurs malignes dont il est qqf. très difficile ou même impossible de les distinguer par le simple ex. des parties superficielles.

On peut faire la même remarque pour ce qui concerne l'infl. simple.

Il faut donc considérer la lésion dans son ensemble pour dire s'il s'agit seulement d'infl. ou d'esthet. bénigne ou bien d'une t. maligne.

3) { Epithélioma de l'utérus (raclage)
Cancer cylindrique (raclage)

2. Muqueuse

2. du col et du corps se réunit à la portion vaginale du col.

aspect macroscopique -

formes : végétante ou papillaire, nodulaire et intermédiaire.

Dans tous les cas il y a une rougeur plus ou moins accusée et une pénétration plus ou moins prononcée du tissu musculaire.

On a dit que il n'y avait pas pénétration du tissu musculaire ~~comme~~ dans le cas de cancer de la langue. Mais les conditions dans lesquelles se trouvent les lésions ne sont pas comparables. Nous savons ~~comme~~ que l'on peut remarquer les lymphatiques, fort défaut entre les faisceaux musculaires de l'utérus, mais encore les nerfs à filets lisses se pénétrant dans des conditions absolument différentes de celles où l'on trouve des nerfs à filets striés avec du tissu conjonctif, etc.

3) { Épithélium de l'utérus (rouleaux) à épithélium cylindrique
{ Coupe cylindrique (rouleaux).

Ce qui distingue surtout cette t. des t. précédents, c'est l'exubérance de production cellulaire pour former des culs-de-sac glandulaires. C'est ainsi qu'on trouve des cavités avec des bords épithéliaux soulevés en double pour former comme des cloisons. En outre on peut voir sur la 2e pièce une élévation considérable de l'épithélium et parfois plusieurs rangées de cellules.

De là à voir des cavités à peu près ou complètement remplies de cellules, il n'y a qu'un pas. C'est ce que l'on trouve sur la préparation suivante.

4) Coupe du col utérin (épithélium) – 96 – 1843

La plupart de nos préparations sont analogues à cette dernière. Souvent il y a des cavités n'ayant que deux rangées épaisses de cellules; souvent et le plus souvent les cavités sont remplies de cellules dont la rangée périphérique paraît plutôt cylindrique tandis que les autres sont polyédriques par pression réciproque. Noyau de cellules un peu ovoïde avec 1 ou 2 nucléoles et protoplasme clair.

Le stroma est formé par des fibres musculaires bien caractérisées ou par de jeunes fibres sous la forme de cellules fusiformes très allongées réunies en faisceaux qui sont entrecroisés en tous sens. On y trouve aussi comme dans les t. bénignes des V. plus ou moins volumineux.

Mêmes dans les cas où la disposition épithéliale est bien reconnaissable, comme dans la préparation précédente, on trouve des points où les cellules sont diminuées plus ou moins irrégulièrement.

Il existe aussi des cas où cette dernière disposition domine comme sur la prép. suivante.

5) <u>Cancer de l'utérus</u> (<u>carcinome</u>) — 75 — 1890.

La prolifération du cancer de l'utérus à un autre organe a lieu, ~~en reproduisant~~ les caractères de la tumeur primitive, de telle sorte qu'ils sont plus marqués ~~que~~ sur la t. secondaire que sur l'utérus, comme sur les prép. suivantes:

6) { <u>Epithélioma cylindrique de l'utérus</u> — 244 — 1888
— — — (foie) — —

Cancer ayant pour origine la portion vaginale du col et pour correspond à épith. pavimenteux.

C'est le cancroïde du col qui a de la tendance à s'étendre sur le vagin en raison de la conformité de l'épithélium.

Une préparation portant sur la t. primitive a dû s'égarer et nous n'avons que les préparations relatives aux voyeux de généralisation dans les poumons.

7) Cancer de l'utérus (portion vaginale) nodule pulm. 87-1895

nombreux ou lobules remplis de grosses cellules épithéliales stratifiées et çà et là accumulation de plusieurs grosses cellules formant de petites globes épidermiques.

Moins ce qu'il y a de curieux c'est que d'autres préparations se rapportant à d'autres nodules pulm. offrent un aspect différent et notamment des cavités tapissées d'un épithélium ayant tout à fait les caractères de ceux qui proviennent des glandes de la muqueuse.

Il pourrait donc se faire que la muqueuse fût affectée en même temps et à la manière, contrairement à l'opinion des auteurs qui supposent seulement l'existence d'une mutuelle concomitance en opposition avec l'opinion d'Ahlfeld qui avait admis un sarcome concomitant.

De nouvelles recherches sur la concomitance des lésions de la muqueuse et de la surface vaginale du col sont nécessaires pour trancher la question. Chéron

Tumeurs de l'ovaire (11 fév. 1886)

t. bénignes et malignes

1° t. bénignes

Aspect macroscopique –

ex. de préparations

Kyste de l'ovaire ——— 54 - 1890

2. t. malignes

Récidive de tumeur kystique de l'ovaire 14 - 1891

Kyste de l'ovaire (foie) – 42 - 1886

Cancer de l'ovaire (carcinome) – 38 - 1896

—

Tumeurs du testicule (11 fév. 1886)

t. bénignes et malignes

1° t. bénignes

Les t. bénignes sont rares. Maladie Psychique Lemoine?

2°. t. malignes

Tum. du testicule (épithélioma) - 76 - 1893

Carcinoma du testicule — 69 - 1892

Tum. du testicule (carcinoma vésicule) 49 - 1894

T. de la muqueuse utérine

T. bénignes -

Polype muqueux du corps de l'utérus -

T. malignes

Epithélioma du col utérin 101 a 1893.

cancer du col utérin - Epithélioma 96 - 1893

cancer de l'utérus - Carcinome - 75 - 1890

T. de l'ovaire -

T. bénignes

Kyste gélatineux de l'ovaire - 1899

K. de l'ovaire - 54 - 1890.

T. malignes

Récidive de t. kystique de l'ovaire - 14 - 1895

Kyste de l'ovaire généralisé au foie - 3 Xbre 1886.

Epithélioma ovarien - ~~[illegible]~~ de 19 ans, n. 5 Réc.

T. d'un ovaire, fille de 16 ans - Carcinome 38 a 1896.

T. du testicule

T. bénignes ?

T. malignes

Epithélioma d'un testicule en ectopie - 1899

Carcinome du testicule - 69 - 1892

T. du testicule - C. rétenu - 49 - 1894

34e Leçon
8 février 1898

Tumeurs du sein

Tumeurs bénignes et tumeurs malignes

1° Tumeurs bénignes ou adénomes

Depuis Cooper, on sait qu'il existe des tumeurs de la mamelle qui évoluent lentement et ont un caractère macroscopique de bénignité.

Principaux caractères macroscopiques de ces tumeurs.

Velpeau : t. adenoïdes

Gubert : adénomes (hypertrophies partielles, glandes)

Cruveilhier : t. fibreuses.

Depuis lors deux opinions contraires :

avec Cruveilhier, Abernethy, Müller, Reinhardt, Meckel, Virchow, Cornil et Ranvier, Monod, Gosselé et Cooper, les tumeurs auraient une origine conjonctive.

avec Gubert, Broca, Verneuil, Cordier, Quénu, Delbet, les considèrent comme ayant une origine glandulaire.

— Arguments invoqués de part et d'autre.

Broca avait déjà indiqué la possibilité d'une évolution prédominante des productions conjonctives ou glandulaires. M. Quénu propose de les considérer comme un espèce spéciale pouvant évoluer suivant des circonstances indéterminées vers le type épithélial ou vers le type conjonctif.

M. Delbet dit que il est impossible de savoir si le tissu conjonctif de la tumeur doit être considéré comme simple stroma ou si les deux éléments glandulaires et conjonctifs sont simultanément frappés de sorte que l'évolution de manière à constituer une tumeur mixte.

Pour nous tumeurs constituées comme celles des autres organes glandulaires, c.a.d. par des éléments glandulaires et un stroma conjonctif dont les néoproductions peuvent varier à l'infini, mais sont toujours dans un certain rapport, ainsi qu'on le voit par l'ex. des prépositions; toute tumeur étant constituée par des productions anormales portant sur tous les éléments de la glande.

c'est pourquoi le mot adénome doit être conservé.

Ce n'est pas une hypertrophie de la glande comme le croient MM. Gallé et Coyne.

Le mot adénome proposé par M. Dellet est également impropre, surtout parce qu'il est incomplet.

Si le stroma joue un rôle aussi important dans les tumeurs du sein, cela provient sans doute de sa constitution et de son importance à l'état normal.

C'est probablement parce que le développement des adénomes est tout que le tissu conjonctif est produit plus abondamment, comme dans tous les processus pathologiques hostiles. C'est aussi parce que la lésion est en un temps limitée que la tumeur tend à se circonscrire par une capsule fibreuse caractéristique des tumeurs bénignes.

Adénomes simples dont le tissu se rapproche plus ou moins de l'état de la glande pendant la grossesse et la lactation.

Adénomes aux variétés nombreuses par production conjonctive et glandulaire très variées,

d'où les variétés admises par les auteurs de fibro-adénomes, myxoadénomes et sarcoadénomes. Le plus souvent ces variétés n'existent pas pures.

Description des préparations et considérations se rapportant à la disposition des divers éléments.

Autres variétés avec kystes qui n'ont pas de simples dilatations ~~glandulaires~~.

(voir leçon du 7 janv. 1896)

2° Tumeurs malignes

Epithéliomes et Carcinomes

Caractères macroscopiques de ces tumeurs.

On peut admettre 3 formes principales :

a. - Epithéliome glandulaire

b. - Epithéliome alvéolaire diffus ou carcinome

~~c. - Epithéliome alvéolaire [illegible]~~

c. - Epithéliome colloïde

chacune de ces formes ~~peut~~ comporte des variétés :

3e Leçon
3 février 1898

Tumeurs du tissu conjonctif fibreux

(V. 4e Leçon 19 février 1896)

Fibrome

forme bénigne et forme maligne

1° forme bénigne

a. fibrome fasciculé

b. — hyalin

2° forme maligne

a. — fibro-sarcome

b. — sarcome

Lipome

forme bénigne et forme maligne

1° forme bénigne

a. lipome proprement dit

b. fibro-lipome

2° forme maligne

lipo-sarcome

Myxome

forme bénigne et forme maligne

1° Tumeurs bénignes

a - Myxofibrome

b - Myxolipome

2° Tumeurs malignes

Myxosarcome

Anatomie pathologique

Avant-propos

Depuis que je suis chargé de l'enseignement de l'anat. path., j'ai cherché ~~chaque année~~ à le rendre de plus en plus pratique, afin d'atteindre autant que possible le but d'un enseignement professionnel qui est l'utilisation des connaissances acquises, à la pratique médico-chirurgicale. C'est ainsi que ~~mon~~ cours et ~~les~~ conférences antérieures faites et seront encore faites ~~pour les Deux premières et troisième~~ ~~année~~ des pièces macroscopiques ou microscopiques.

La leçon du Mardi sera, ~~comme pour les~~ consacrée à l'histologie pathologique,

celle du jeudi à une démonstration d'autopsie faite à l'Hôtel-Dieu et celle du samedi à la présentation des pièces macroscopiques recueillies pendant la semaine.

En outre autopsies de tous les malades succombant dans les services de l'Hôtel-Dieu auxquelles vous êtes invités à prendre part.

Malgré cela il est incontestable que les examens démontrent en général chez les candidats un insuffisance des connaissances anatomo-path. ~~nécessaires pour les~~ études cliniques et peut constituer préjudiciable à l'intérêt des malades. ~~Ce cas-ci est toujours avantageux à être traités par des médecins instruits~~.

Cela a été l'avis du Conseil de la Faculté et ému du Ministère qui a élaboré un nouveau règlement d'où il résulte que le 3me examen portant sur l'anat. path. sera éliminatoire.

Comme l'examen doit être uniquement pratique, les candidats devront faire préparer connaissances portant à la fois sur des pièces macroscopiques et microscopiques.

Les premiers se manqueront pas à ceux qui assisteront aux autopsies et à la leçon du samedi.

Mais depuis longtemps j'ai remarqué qu'il était difficile aux auditeurs du lundi d'examiner convenablement les préparations qui ne fois vues une fois et à leur des descriptions, et j'ai pensé qu'il

étant de toute justice que les candidats interrogés
montrent aux préparateurs avant ou l'occasion
de les voir et de les comprendre. C'est
pourquoi avec le concours de nos préparateurs
et des deux moniteurs qui ont bien voulu
aussi accepter cette tâche, ~~les démonstrations~~
des préparations vous seront faites à
chaque table par l'un de nos collaborateurs
qui s'assurera que vous avez bien vu
ce qu'il fallait voir.

Dans ce but les auditeurs seront
divisés en deux séries qui viendront
examiner les préparations ayant été l'objet
du cours du mardi, l'une le mercredi
et l'autre le vendredi de 1h à 2h.

De cette manière chacun de vous aura été à
même de voir des pièces macroscopiques et microscopiques
sur lesquelles l'examen devra porter et par conséquent
nous serons en droit d'exiger des connaissances d'ordre pratique
~~qui ne seront pas~~ ~~de nature~~
nous les exigerons au moment des examens
~~[illegible]~~

1re Leçon
7 nov. 1899

Tumeurs

Je ne entreprendrai pas de vous faire l'historique de la question, ni de discuter toutes les opinions émises pour chercher à caractériser les tumeurs, à expliquer leur origine, leur évolution, etc; car il faudrait y consacrer tout le semestre. Or, comme nous avons tout juste le temps d'examiner les tumeurs qui se rencontrent le plus fréquemment sur les divers organes, je vous devrai connaître indépendamment de toute conception théorique, je me bornerai dans cette première leçon à définir ce que nous entendrons sous le nom de tumeurs, et à ajouter quelques considérations générales sur la constitution et les caractères des classifications.

Ce qui a particulièrement contribué à faire reconnaître la nature des tumeurs, c'est ~~le point de vue dans lequel on est parti pour~~ l'idée qu'on s'en est faite tout d'abord ~~les études~~ : c'était ~~d'abord~~ des produits ~~semblables aux organismes~~. Puis on s'est aperçu que certaines tumeurs présentaient des caractères ~~analogues à ceux des tissus des organismes~~, d'où la division des tumeurs qui étaient analogues ou sans analogie avec les tissus de l'organisme. Enfin on a fini par reconnaître que ces dernières se rapportent encore à des formations analogues, mais en supposant que les éléments dont elles ~~sont~~ constituent ~~s'éloignent~~ sont à ~~étant à l'état~~ l'état embryonnaire ou adulte et s'éloignent plus ou moins des caractères typiques de l'organisme sain. On a

toujours été hanté par ces idées de productions embryonnaires, en cherchant d'abord à les rapporter directement aux formations de l'embryon. Mais comme ces formations n'existent que pendant une partie de la période fœtale, on a admis encore des formations embryonnaires de l'adulte qui n'existent qu'en théorie.

Malgré cette tendance des auteurs à voir surtout dans les tumeurs des productions régulières analogues ou même semblables aux formations de l'organisme en développement ou de l'adulte, on a commencé aussi depuis 1891 à considérer les productions irrégulières comme des productions anormales, relevant de la présence d'une parcelle qui pour les uns était de nature, pour d'autres de zoogénie. La théorie cellulaire

surtout à décrire bien à de nombreuses controverses si elle encore soutenue par plusieurs auteurs.

certains faits de contagion et d'inoculabilité d'un sujet à un autre sujet d'un organe à un autre organe, virent que l'évolution de certaines tumeurs tout à fait comparable à celle de lésions manifestement infectieuses comme la tuberculose, la syphilis, la morve qui soutiennent l'analogie donnent la définition suivante de la tumeur. C. de R. d'après la plupart des auteurs admettent avec ou sans modifications secondaires, tout se rattachant à part ces deux affections.

C'est qu'en effet les tumeurs ne sont que des productions morbides certainement analogues à celles des productions plus ou moins bien connues de nature infectieuse, cor-

des modifications produites dans les phénomènes de rénovation et de nutrition intimes ; mais [illegible] cause est encore inconnue, comme on peut aussi la constater pour plusieurs maladies infectieuses. Toutefois elles diffèrent de celles que nous désignons ainsi ~~par~~ tout comme les maladies infectieuses diffèrent entre elles et surtout par deux caractères essentiels qui sont, d'une part la tendance constante à l'accroissement, sans qu'il y ait par conséquent de guérison spontanée à espérer et d'autre part ~~également~~ une tendance à s'étendre ~~[illegible]~~ les mêmes caractères non seulement de proche en proche, mais encore sur des points plus ou moins éloignés dans les phénomènes dits de généralisation ; ~~D'où il résulte que ces tumeurs ainsi constituées par la réunion [illegible] ces deux phénomènes [illegible] pas [illegible] différents indéterminés.~~ Ces deux phénomènes paraissent dépendre pleinement ~~de ceux observés par ex. dans la tuberculose, dans la syphilis~~ de l'intensité ~~d'action~~ et de la persistance d'action ~~ou les altérations secondaires sont bien [illegible] tandis que les~~ de la cause déterminante ~~dont la [illegible]~~ qui nous échappe ~~[illegible] ; mais dans ces deux cas les [illegible]~~ encore.

6

D'après les considérations précédentes, ~~on peut définir~~ une tumeur : une production pathologique ayant une tendance constante à l'accroissement et à l'extension, ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ déterminée.

Lorsque la ou les causes des tumeurs seront connues, il n'y aura qu'à spécifier la cause pour caractériser ~~absolument~~ la production pathologique. Cela constituera un progrès immense au point de vue pratique, mais n'ajoutera rien de plus à nos connaissances anatomiques, contrairement à l'opinion émise par certains auteurs qui attendent ce moment pour être renseignés sur le mode de formation des tumeurs, sur leur constitution, etc. ; tout comme si la découverte du bacille de Koch avait élucidé les questions relatives aux ~~lésions tuberculeuses~~, et ~~qui [illegible]~~ au sujet desquelles il y a encore autant de discussions que si la cause des lésions était inconnue ~~au sujet de [illegible]~~. sans que elles ne soient plus considérées par personne comme des tumeurs.

Il n'existe pour le moment aucune hypothèse pour expliquer l'origine des t. et leur mode de formation aux dépens d'une ou de plusieurs cellules, par des multiplications cellulaires, etc.; tout comme pour expliquer les productions normales inconnues. Si l'on connaissait le mécanisme exact de ces productions, celui des t. serait également connu, puisqu'elles ne constituent en somme que des productions exagérées analogues, mais toujours plus ou moins anormales.

Du reste les t. qui se développent lentement sont ordinairement constitués par un tissu qui a beaucoup d'analogie avec les tissus normaux qui leur ont donné naissance; toutefois ceux qui se sont développés rapidement s'éloignent plus ou moins du type normal, jusqu'au point de retrouver

difficilement les caractères analogues au tissu d'origine. Considérons les premiers ord. bénignes ont peu de tendance à s'étendre, les secondes qui tendent au contraire à envahir les tissus voisins et à se généraliser sont dites malignes. C'est là une question de la plus haute importance en clinique et savoir si une t. est bénigne ou maligne. Et, quoique l'on doive admettre en principe que tout t. peut à un moment donné se généraliser, il est certain que le développement lent d'une t., sa structure plus ou moins rapprochée de celle du tissu qui lui a donné naissance et surtout sa limitation par une enveloppe fibreuse, sont autant de conditions relatives et formelles. Il faudra en outre tenir compte des données fournies par la clinique qui apprend souvent se comportent plus volontiers les t. de tel ou tel organe

Les t. s'observent le plus souvent au déclin de la vie, mais on les rencontre aussi chez l'adulte, chez l'enfant et même avant la naissance, sans les confondre avec les vices de conformation qui ne sont pas des t., tels que les naevi, les K. dermoïdes qui appartiennent à la période embryonnaire et se rapportent à un mode vicieux de formation des tissus, et non à un simple trouble dans les phénomènes de rénovation et de nutrition des éléments cellulaires. Du reste ces formations anormales deviennent souvent le siège des t., tandis que les véritables tumeurs ne donnent lieu qu'à des phénomènes d'extension et de généralisation.

Les sujets jeunes présentent un terrain beaucoup plus propice à l'extension des tumeurs. C'est dire que les t. qui les peuvent avoir le plus souvent des caractères de malignité.

Il peut arriver que les éléments anatomiques produits en grande abondance, présentent encore une disposition qui rappelle beaucoup celle du tissu normal qui lui a donné naissance; mais le plus souvent ils s'en éloignent d'autant plus que la t. est plus maligne, jusqu'au point où il serait impossible de caractériser la nature de la t. si l'on ne connaissait pas son point d'origine qui, dans certains cas rares, peut encore rester plus ou moins douteux.

Ce sont ces t. qui ont été considérées par les auteurs comme des sarcomes et au sujet desquelles il existe encore tant de divergences.

Sandrin que la plupart des auteurs les considèrent comme des productions embryonnaires du tissu conjonctif, M. Bard les rapporte au

tissu embryonnaire des éléments adultes de chaque tissu.

Cette dernière interprétation a le mérite de rapporter les t. à leur tissu d'origine. mais je crois, contrairement à l'opinion des uns et des autres, qu'on ne saurait attribuer ces t. à des éléments dans une phase embryonnaire, ~~d'abord~~ parce que les productions embryonnaires peuvent être n'existent qu'à une période déterminée de l'évolution de l'organisme c.a.d. à la période de formation après laquelle les phénomènes sont tout autres; et parce que dans cette seconde phase d'évolution, on n'observe pas à proprement parler de productions embryonnaires précédant les formations dites adultes.

Du reste on ne saurait rapporter à une phase embryonnaire ou transitoire quelconque des cellules qui évoluent manifestement en prenant des formes diverses et des dimensions parfois considérables telles qu'on ne les observe jamais chez l'embryon ni ~~dans les formations adultes~~

La vascularisation des tumeurs est en rapport direct avec leur développement aussi bien dans les t. bénignes que dans les t. malignes ; c'est là tout un ensemble de relations qui existent toujours entre les productions cellulaires et la nécessité de leur nutrition aussi que de la rénovation des cellules.

Lorsque les V. sont très développés, les t. qui en sont le siège sont dites télangiectasiques. C'est une manière d'être de ces t. qui paraît dépendre des conditions parfois multiples qui président à leur développement, mais où il faut surtout tenir compte de la rapidité et de l'abondance de production des éléments anormaux, en même temps que de la richesse en V. de tissu où la tumeur a pris naissance.

En tout cas il n'y a pas de t. des V. lymphatiques. Elles ne sont pas considérées comme des t. par les auteurs, mais les angiomes caverneux sont interprétés diversement

Les dilatations des lymphangiomes doivent être plutôt considérées comme des productions congénitales.

D'après certains auteurs les lymphatiques seraient abondants dans les t. fibreux pour lesquels le pronostic est défavorable. On trouve bien des lymphatiques remplis par les productions néoplasiques; mais ce sont probablement des lymphatiques nouveaux ; et cette facilité des lymphatiques a été le siège des néoproductions rend très difficile à décider s'il y a vraiment production de nouveaux lymphatiques.

Il est encore plus difficile de dire s'il y a de nouveaux nerfs produits, vu la difficulté de retrouver les filets nerveux au sein des néoproductions abondantes, irrégulièrement disposées. C'est une question qui n'a peut-être pas été l'objet de recherches suffisantes.

Les productions néoplasiques évoluent ~~à la~~ d'une manière analogue à celle des productions normales, mais non d'une manière semblable; d'autant mieux que leur structure se rapproche de la structure normale et d'autant moins que elle s'en éloigne davantage, vu les modifications apportées principalement dans la disposition des V. sanguins, lymphatiques, ~~de constitution des phénomènes d'extravasation, etc~~

Les productions hyperplasiques fournies par les cellules pourront être à la fois plus abondantes et rétrocéder dans l'intérieur des tissus en raison de la place occupée par les amas cellulaires de nouvelle formation. Elles seront naturellement plus ou moins modifiées par le fait de toutes les conditions anormales où elles se trouvent. Ce sont elles qui constitueront les Kystes. Ceux-ci s'observeront naturellement d'autant plus fréquemment sur certains organes que les deux seront constitués par des cellules de nature sécrétoire. (Cellules de liquide normal ou séreux).

Les t. bénignes à développement lent avec des cellules évoluant à peu près à la manière des cellules normales demeurent plus volontiers voisines à des Kystes; tandis que l'on voit plus rarement à la rencontre avec des t. à production cellulaire non seulement abondante, mais encore envahissante, où l'évolution des cellules n'a pas le temps de la prédominance. Les t. à développement lent ont aussi plus de tendance à s'entourer d'une enveloppe fibreuse qui favorise encore la rétention des liquides. C'est pourquoi on peut dire que d'une manière générale les t. Kystiques sont des t. bénignes, sans cependant que ce soit d'une manière absolue.

Les Kystes ne seront pas confondus avec des phénomènes de dégénérescence; d'autant qu'il y a plutôt dans ces cas des phénomènes d'astenie du tissu. Ce sont les oblitérations vasculaires qui donnent lieu aux phénomènes de dégénérescence très variés que l'on peut observer dans les t. et qui ~~ne se fondent pas ~~ sont plutôt confondus ~~confondus~~ avec les phénomènes de rétention anormale des cellules, pouvant les rétention aussi avec des pigments intracellulaires. C'est en premier

en considération les phénomènes présentés par les cellules à l'état normal qu'on pourra le mieux se rendre compte des altérations observées dans les t. des mêmes tissus dégénérés tout-à-fait spécialement à ces tissus.

Il est vrai qu'il y a souvent en plus bien des troubles de la nutrition qui viennent compliquer l'observation. Mais ces derniers aboutissent toujours à la destruction du tissu et des éléments, en toutes les transitions depuis l'altération la plus légère.

S'il arrive qu'un gros v. soit oblitéré et que la circulation soit complètement abolie dans les parties où il se distribuait, on observera alors des phénomènes de nécrose, tout comme sur des parties normales dans les mêmes conditions. Des oblitérations de petits v. pourront avoir le même effet sur des parties plus nutritives qui seront vite frappées à mort, éliminées mais en donnant lieu à une perte de substance dite ulcération.

toutes les autres causes invoquées par les auteurs pour expliquer la production des ulcérations spontanées de n'importe quel organe, sont hypothétiques et illusoires ; d'autant que les examens à l'œil nu, aussi autant au microscope permettent dans tous les cas de constater les oblitérations vasculaires qui commandent les ulcérations des tumeurs néoplasiques, aussi bien que celles des tumeurs enflammées et non nommées. C'est une loi qui ne comporte pas d'exception. Et l'on comprend bien qu'il en soit ainsi ; car si les modifications dans les phénomènes de nutrition peuvent occasionner des troubles plus ou moins profonds dans les éléments cellulaires, il n'y a que la cessation de la nutrition qui détermine leur mort, ainsi qu'on peut le prouver expérimentalement.

Les troubles circulatoires peuvent encore être la cause d'hémorrhagies se produisant,

soit au niveau des parties voisines des oblitérations par suite de l'augmentation de la pression vasculaire à ce niveau, soit sur les parties ulcérées et surtout lorsque la perte de substance s'est produite rapidement, atteignant des vaisseaux plus ou moins volumineux. L'hémorragie peut être alors très abondante et rapidement mortelle, si les conditions anatomiques permettent l'issue du sang. Mais elle peut aussi être peu abondante et intermittente.

L'hémorragie peut aussi avoir lieu alors que la perte de substance paraît uniquement sur des néoformations où se trouvent seulement des capillaires plus ou moins volumineux, plutôt dans les cas de tissus à développement rapide. Les hémorragies s'y produisent plus facilement lorsque ils sont moins bien arrêtés sur un tissu vivant, en raison de la présence de ces V. à parois fragiles. Dans un tissu néoplasique où les phénomènes de réparation avec oblitération vasculaire se produisent difficilement.

Toute t. peut envahir les lymphatiques, les ganglions voisins et même éloignés. Les parois des V. et surtout des veines peuvent être détruites sur un point avant d'être oblitérées, de telle sorte que la t. peut s'étendre et se généraliser au loin

par les vaisseaux lymphatiques et sanguins.

La généralisation d'une t. est d'autant plus à redouter que sa structure s'éloigne de l'état normal dès qu'il y a des productions cellulaires abondantes, parce que c'est dans les cas où les v. sont le plus facilement envahis. C'est aussi la raison pour laquelle les auteurs prétendent que les sarcomes se généralisent plutôt par les v. sanguines.

Ce sont surtout les t. ulcérées qui exposent les malades à cet envahissement général, soit autour même des parties ulcérées, si elles sont anfractueuses, de manière à faciliter les phénomènes de résorption, tout comme pour les lésions inflammatoires, soit dans les parties plus profondément situées où les veines doivent être plus facilement envahies par suite des tendances ulcéreuses de la lésion.

L'envahissement par les lymphatiques peut avoir lieu de proche en proche jusqu'aux ganglions. Mais le plus souvent il n'en est pas ainsi et les ganglions sont affectés alors que les vaisseaux lymphatiques qui les relient à la t. sont intacts. Ce sont naturellement les ganglions les plus proches de la t. qui sont le plus souvent envahis et ensuite ceux qui sont en communication avec les premiers, mais parfois ± éloignés.

Dans le cas de généralisation par les V. sanguins les métastases ont lieu sur des organes en relation par les veines avec la t. primitive et qui peuvent être encore plus éloignés. Ce sont les organes riches en V. et où la circulation est ralentie qui sont le plus exposés à être le siège des métastases. Quoiqu'aucun des organes puissent cependant en être le siège. Ce sont ceux qui sont le plus souvent atteints primitivement qui le sont le moins secondairement.

malgré l'éloignement du foyer primitif, les foyers secondaires se développent avec les caractères essentiels de la t. primitive. Rencontrés dans la généralisation des t. se présentant d'abord sous une forme bénigne, ces caractères peuvent s'éloigner beaucoup de ceux de la t. primitive, au point qu'on a pu croire à des lésions différentes. Nous aurons à revenir sur ce point, notamment à l'occasion de la généralisation de certaines t. glandulaires.

On admet que les généralisations ont lieu par greffes d'éléments cellulaires. Mais personne n'a pu la prouver et il ne s'agit que d'une hypothèse à laquelle d'autres hypothèses plus vraisemblables pourraient avantageusement substituer.

Lorsque une ou plusieurs lésions sont atteintes secondairement, on voit se développer une infl.

avec des exsudats liquides et solides, tout comme dans les infl. tuberculeuses ordinaires. Mais les exsudats solides qui s'organisent, par ex., dans la carcinose miliaire atteignant la plèvre, le péricarde, le péritoine, etc., offrent la structure de la t. primitive, au lieu de présenter celle de la tuberculose ou d'une infl. quelconque. Il ne s'agit pas d'une infl. réactionnelle suscitée par la production néoplasique, puisque ce sont les éléments mêmes du néoplasme qui constituent la production inflammatoire.

~~Outre les phénomènes de généralisation~~ ~~Il est les [illegible] que bien~~ ~~ou de métastase~~, on peut encore observer après l'ablation d'une t., la production soit d'une t. nouvelle sur le même point, soit d'une ~~deuxième~~ t. sur des points ± éloignés.

Enfin que ~~exceptions~~ ~~survienne~~ ~~à une époque~~ ~~[illegible] après~~ l'opération, ~~ils peuvent~~

considérés comme une simple continuation dans les phénomènes de production de la t. primitive : c'est la <u>répullulation</u>. Mais si la t. se reproduit au bout d'un temps plus ou moins long, on peut la considérer comme ayant pris naissance dans les mêmes conditions que la t. primitive : c'est la <u>récidive</u> proprement dite. Celle-ci se rencontre plutôt avec des tumeurs bénignes, tandis que la répullulation est ordinaire de la part des t. malignes.

Donnons que les t. bénignes sont souvent primitivement multiples, soit de même nature, c.à.d. développées aux dépens similaires, soit de nature différente, c.à.d. développées aux dépens différents ; les t. malignes sont ~~très~~ rarement multiples au début. On peut cependant observer ce phénomène principalement sur les os et les nerfs, sur les ganglions lymphatiques, sur les organes où plusieurs noyaux peuvent s'être développés

simultanément. Il est vrai que le plus souvent c'est bien successivement que divers points sont affectés, mais tandis que la ~~la contagionnation~~ production à plusieurs moyens communs sur un organe comme le foie, par ex., peut s'expliquer par la contamination de plusieurs moyens avec les parties voisines au moyen des V. sanguines et lymphatiques, on ne saurait pas la relation qui existe entre les divers tissus développés sur les muqueuses ou ~~exclusivement~~; mais qui doit être analogue à celle qui préside à la production des t. bénignes multiples sur un ~~un~~ organe ou appareil.

Il est beaucoup plus rare de constater le développement simultané ou successif de plusieurs t. malignes sur des organes différents et dannant par conséquent naissance à

des t. offrent des caractères tout différents, c.a.d. en se mettant en garde contre les causes d'erreur provenant d'une métastase possible dans divers organes où la t. peut présenter des caractères rendant son assimilation avec la t. primitive ± douteuse.

Depuis que l'attention est attirée sur ces faits, ils paraissent moins rares et ils le sont certainement bien moins à l'avenir. Ils complètent l'assimilation qui existe entre les t. bénignes et les t. malignes.

En tout cas, en dehors des métastases, il n'y a jamais d'hétérologie; toute t. primitive isolée ou multiple étant de même nature que le tissu qui lui a donné naissance, c'est-à-dire étant constituée par des éléments analogues à ceux des parties normales, avec une structure analogue ou qui en diffère beaucoup.

Mais dans tous les cas, il n'y a

jonction que des dispositions analogues
et non semblables, comme on l'a dit
quelquefois et comme on l'a ~~du~~ un
contresens ; car il ne s'agissait pas de
termes, le ~~[illegible]~~ caractère de similitude
étant réservé aux simples hypertrophies
~~aux quelques parties~~ les t. ne doivent pas
être assimilés, comme le font certains
auteurs, sous peine de tout confondre.

Lyon
mai 1899

Tumeurs

Introduction. Nous chercherons seulement à définir ce qu'on doit entendre sous le nom de tumeur, en y ajoutant quelques considérations générales sur la constitution des tumeurs ~~pour arriver~~ ~~à leur classification~~ ~~leur comportement~~.

D'abord produits sous analogie dans l'organisme, puis analogues et sans analogie, puis tous analogues, mais à l'état embryonnaire ou adulte, s'éloignant plus ou moins des caractères typiques de l'organisme sain.

On a toujours été hanté par ce idée de productions embryonnaires d'abord de nature que celles de l'embryon, puis rapportées à la période adulte. On a ainsi admis des malformations congénitales ou acquises ~~dans~~ cours de la vie.

Cependant depuis quelques ans on les a regardées aussi comme des productions analogues à celles des maladies infectieuses et produites par des microbes ou des sporozoaires. Prédominance de la théorie cocciennne.

En effet les tumeurs ne sont elles pas des productions morbides plus ou moins considérables analogues à celles des productions de cause infectieuse portant sur les tissus formés dans leurs évolution, c. à d. sur les phénomènes de rénovation de nutrition des tissus, mais dont la cause est inconnue.

Elles diffèrent toutefois des productions de cause infectieuse par une caractère essentiel : la tendance constante à l'accroissement et à l'extension sur les tissus environnants. Ce phénomène paraît dépendre de l'intensité et de la persistance d'action de la cause des tumeurs qui nous échappe encore.

D'après les considérations précédentes on peut définir une tumeur : une production pathologique ayant une tendance constante à l'accroissement et à l'extension de cause encore indéterminée.

La connaissance de la cause des t. constituera un progrès important, mais n'apprendra rien de plus au point de vue de la constitution des t. tout comme pour la tuberculose

Il n'existe aucune de hypothèses pour expliquer l'origine des tumeurs, leur mode de formation aux dépens d'une ou plusieurs cellules, par des multiplications cellulaires, etc., tout comme pour expliquer les productions normales. Si l'on connaissait le mécanisme exact de ces productions, celui des tumeurs serait également connu, puisqu'elles ne constituent en somme que des productions exagérées analogues, mais toujours plus ou moins anormales.

Ex. développées lentement ou rapidement, ordinairement bénignes ou malignes.

Mais en principe toute t. peut se généraliser.

Les t. ~~s'observent~~ plutôt au déclin de la vie, mais peuvent se rencontrer à tout âge.

On ne les confondra pas avec les nævi et les t. dermoïdes, dus à un mode vicieux de formation des tissus. Ex. plutôt malignes dans les jeunes âges.

Il peut arriver que les éléments aient produit en qu'abandonnant, présentant encore une disposition qui rappelle beaucoup celle du tissu normal qui lui a donné naissance, mais le plus souvent

ils s'en éloignent d'autant plus qu'ils sont plus malignes, jusqu'au point où il serait impossible de caractériser la nature d'alors, si l'on ne connaissait pas son point d'origine exact, dans certains cas même peut-être rendu plus ou moins douteux. Ce sont les t. qui ont été considérés comme des Sarcomes.

Opinion des auteurs : productions embryonnaires du tissu conjonctif qui suivant les Bord tissu embryonnaire des éléments adultes de chaque tissu.

Cette dernière interprétation a le mérite de rapporter les t. à leur tissu d'origine. Mais je crois, contrairement à l'opinion de mes deux auteurs, qu'on ne saurait attribuer ces t. à des éléments dans une phase embryonnaire quelconque. - raisons à l'appui.

Vascularisation des tumeurs en rapport direct avec leur développement dans les t. bénignes analogies en tenant compte de leur nature.

Tumeurs télangiectasiques -

~~Angiomes~~ ~~Angiomes~~ ~~Angiomes~~ ~~Angiomes~~ adenomes pour les uns, kystes pour les autres.

Pas de t. des v. sanguines ou lymphatiques.
Les angiomes et les lymphangiomes doivent être considérés plutôt comme des productions congénitales.

Nerfs. dans les tumeurs ?

Les productions néoplasiques évoluent d'une manière analogue à celles des productions normales, mais non d'une manière semblable ; d'autant mieux que leur structure se rapproche de la structure normale et d'autant moins qu'elle s'en éloigne davantage.

Tumeurs kystiques formées par des cellules de nature sécrétante, produisant abondamment du liquide, avec tendance relat. à s'entourer d'une membrane fibreuse ; donc plutôt avec les t. de nature bénigne, mais non d'une manière absolue.
De tout ces tout. t. kystiques volumineux ont de nature bénigne ; car les t. phénomènes dans les t. malignes lorsque tout un tissu
des conditions irregulières, et plus de moins

défectueuses dans lesquelles se trouvent les t. au point de vue de leur nutrition et de l'élimination des déchets favorisent les phénomènes de dégénérescence que l'on peut fréquemment observer, dont les uns sont particulier

aux t. des divers tissus, quoique ils constituent dans une modalité ± anormale des productions physiologiques, tandis que les autres sont communes à toutes les productions normales et path., car il s'agit de la mort ± rapide des tissus et des tissus : c'est la dégénérescence graisseuse et la nécrose proprement dite, relevant toujours d'altérations vasculaires, c.à.d. d'un défaut de nutrition.

Les ulcérations spontanées des t. comme celles des tissus infl. ou normaux relèvent de la même cause. C'est une loi qui ne comporte pas d'exception.

Les troubles circulatoires peuvent aussi donner lieu à des hémorrhagies interstitielles quoique peu abondantes, mais peuvent être très abondantes si elles se produisent à l'extérieur ou dans une cavité.

Généralisation par les V. lymphatiques et sanguines, d'autant plus à redouter que la structure de l'at. s'éloigne de l'état normal et qu'il y a des productions cellulaires abondantes, c.à.d. capables d'envahir les V.

Ce sont les tissus altérés qui exposent le plus les malades à cet ~~extrême~~ ~~[illegible]~~ parties plus ou moins éloignées.

Généralisation par les lymphatiques.

Généralisation par les v. sanguines.

Ces nouveaux secondaires présentent les caractères essentiels de la t. primitive.

On admet que les productions secondaires ont lieu par la greffe d'éléments cellulaires, mais sans preuve. Il ne s'agit que d'une hypothèse.

Inflammation carcinomateuse ou sérieuse produite secondairement.

Outre les phénomènes de généralisation ou de métastase, on peut encore observer après l'ablation d'une t., la production d'une t. nouvelle sur le même point ou sur des points plus ou moins éloignés:

Récidiv. Réapparition de la récidive.

Il n'est pas rare d'observer un plus ou moins longtemps après l'ablation d'une t. les phénomènes de généralisation

ord. cancer.

Cancers multiples sur des parties similaires ou sur des organes différents, très fréquents pour les t. bénignes et très rares pour les t. malignes.

En tout cas, jusqu'à l'histologie ; toute tumeur primitive isolée ou multiple étant de ~~une~~ nature, quelle tissu qui lui a donné naissance, c.a.d., étant constituée par des éléments analogues à ceux des parties normales, avec une structure analogue ou bien différente, mais jusqu'à avec des éléments ~~et une~~ structure semblable, le caractère de similitude dans les hyperproductions, étant réservé aux hypertrophies simples, auxquelles les t. ne doivent pas être assimilées, comme le font certains auteurs, sans peine de tout confondre.

Classification des tumeurs

Depuis Remak, deux grandes classes de tumeurs suivant que la tumeur d'origine de la t. appartient au feuillet moyen ou aux feuillets internes de l'entoderme et de l'embryon; d'où la division des t. de nature conjonctive et des t. de nature épithéliale. Objections rationnelles de M. Quénu.

Du reste on avait attribué cette origine aux t. dans la pensée qu'elles devaient résulter d'une aberration dans les phénomènes de formation et de développement, opinion qui doit être absolument rejetée, vu que ces phénomènes sont limités à la première partie de la vie intrautérine et on ne peut constater ensuite que des modifications ± anormales dans les phénomènes d'évolution et d'involution.

~~Cela ne peut~~ résulte du reste de l'examen des t.: C'est l'évidence même pour les t. bénignes dont la structure diffère peu de celle des tissus normaux.

On peut suivre ensuite toutes les transitions entre les t. bénignes et les t. malignes, montrant bien qu'il s'agit toujours de phénomènes de même nature, mais avec des productions de plus en plus anormales.

À l'état normal les tissus sont toujours constitués d'une manière plus ou moins compliquée et la même complexité se remarque dans toutes les productions path. et notamment dans les tumeurs. Il n'y a donc pas de t. simples.

En tout cas les t. ne sauraient être considérés comme des espèces naturelles correspondant aux espèces cellulaires, ainsi que le font beaucoup d'auteurs, pour la raison qu'on ne saurait assimiler les cellules à des êtres évolutifs d'une manière indépendante, alors qu'elles sont intimement associées dans l'organisme pour sa constitution et son fonctionnement. L'observation montre, en effet, qu'à l'état path. comme à l'état physiologique

les modifications que présentent les tissus ne portent jamais sur un de leurs éléments à l'exclusion des autres et que tous les éléments constituants d'un tissu participent toujours à tous les phénomènes morbides qu'ils éprouvent, doivent en nommer ~~très variable~~, certainement, mais qui constituent précisément les diverses modalités pathologiques.

Nous adopterons autant que possible les dénominations employées par les auteurs qui se rapportent aux variétés anatomiques observées, mais sans y attacher aucune interprétation théorique et pour en faire créer de nouveaux, tellement sont nombreux ceux qui encombrent la science.

C'est ainsi que nous adopterons les dénominations employées par la plupart des auteurs pour les t. bénigns, formés par le radical grec du nom du tissu normal auquel appartient la t. et la désinence ome.

nous employions le mot épithéliome non pour désigner une t. formé exclusivement aux dépens d'un épithélium ou ayant pour origine cet épithélium ; mais pour indiquer simplement la prédominance des cellules de nature épithéliale.

De même le mot carcinome ne sera ~~pas~~ employé que pour désigner une variété histologique ~~particulière~~ de tumeurs ayant pour ~~substratum~~ les divers tissus à épithélium de revêtement ~~mais~~ à ~~l'épithélium~~ glandulaire qui une intimation particulière des éléments cellulaires propres des éléments conjonctifs ; nous nous en sommes de son origine et d'une production spéciale ; car telle t. qui a l'aspect d'un épithéliome sur un point peut prendre celui du carcinome sur un autre point.

Le mot sarcome ne ~~sera~~ ~~pas~~ employé pour désigner des t. formées par un tissu ~~[illegible]~~ embryonnaire conjonctif ou autre, qu'il s'agisse d'un ~~par des cellules embryonnaires~~ tissu embryonnaire propre dit ou d'un tissu embryonnaire adulte ; ~~car ce ne sont que des hypothèses~~ ~~[illegible]~~ peu vraisemblables ~~[illegible]~~

rien n'empêche de conserver le mot sarcome pour désigner les variétés de tumeurs constituées en grande partie par des éléments cellulaires très abondants et confluents.

Est. en connaissant que les productions anormales des divers tissus, une première division naturelle s'impose: c'est celle qui a pour point de départ la division des tissus nettement différenciés les uns des autres.

1° G. des tissus épithéliaux

2° G. du tissu fibreux

3° G. des tissus cartilagineux et osseux.

4° G. du tissu musculaire.

5° G. du tissu nerveux.

Chaque classe est. comprendra des divisions en rapport avec la différenciation des éléments caractéristiques des tissus et des organes.

Les t. de chacun d'eux seront étudiés dans des subdivisions comprenant d'abord les t. qui ressemblent le plus au type normal et qui sont ordinairement bénignes, puis celles dont les caractères s'en éloignent de plus en plus. Et à mesure que la malignité se dessine en plus prononcé, c'est aussi que nous portons de formes typiques, en passant graduellement aux formes de plus en plus atypiques et aux variétés diverses que l'on peut rencontrer dans les t. des divers tissus et organes, sans qu'il y ait aucune limite absolue entre les diverses formes et variétés qui, au contraire, offrent toutes les transitions possibles de l'une à l'autre.

Au point de vue anatomique, il n'y a pas de division plus simple. Elle a en outre l'avantage de pouvoir ranger les t. en t. bénignes et t. malignes, sans les réunir toutefois que il n'y a rien d'absolu, mais la conservation des appréciations les importantes pour la chirurgie

1re Leçon
1 nov. 99

1re Classe

Tumeurs épithéliales

Comme nous l'avons dit, il ne s'agit pas de t. formés uniquement par tel ou tel épithélium; car la structure des t. est toujours ± complexe. En effet, on y trouve toujours, ~~[illegible]~~ productions épithéliales anormales, des productions conjonctives et vasculaires qui en forment la charpente inégalement ± anormale qu'on ne peut considérer isolément, parce qu'il ne s'agit pas d'une prolifération à tel ou tel épithélium; d'abord parce qu'il faudrait prouver cette prolifération et ensuite parce qu'elle n'explique pas la production concomitante des autres éléments, attribuée par l'hypothèse d'une attraction qui n'atteint la constitution du fait.

Les t. épithéliales sont les t. des tumeurs épithéliales où les productions partiel. sont constituées par la participation de tous les éléments constituants en voie de production exagérée et anormale où prédominent ordinairement les éléments épithéliaux.

Cherchons en effet, surtout où il existe des cellules épithéliales endothéliales ou glandulaires, ce sont ces éléments qui, à l'état normal jouent le rôle principal et seront encore ceux qui, au moins, prédominent dans les productions path.

La constitution et l'évolution des tumeurs conjonctives, qui sont à l'état physiologique, à l'état normal, à l'état inégalement

~~Lorsqu'~~ un organe renferme divers productions épithéliales, comme un épithélium de revêtement et des glandes, on peut se ~~demander~~ si les néoproductions se rapportent seulement à l'une de ces parties ou si l'une d'elles ~~est~~ prédominante et même, ~~dans les~~ dans les tissus les plus, si c'est aux dépens de cette partie (partie conjonctive) comme accusant toutes ces formations filiales, ~~[illegible]~~ de la charpente de l'organe, que se sont formés) les principales productions anormales.

~~[illegible]~~ On peut pourtant constater que les t. bénignes, c.-à-d. à développement lent, ~~néoproducant~~ les caractères essentiels des parties où elle t. a pris naissance. Mais à mesure que les t. offrent les caractères de plus en plus atypiques, il est beaucoup plus difficile de se rendre compte de leur point d'origine aux dépens d'éléments autrefois dans la constitution pour la production des tumeurs.

c'est ainsi qu'on les sont considérés comme ~~constitués~~ ayant tantôt une origine ~~épithéliale~~ ~~tantôt~~ ~~mésoblastique~~ ~~tantôt~~ une origine conjonctive, qu'ils s'agissent des bénignes ou malignes ; toutefois en considérant la constitution intime d'origine, rien n'est plus naturel que de faire la part souvent inégale qui revient aux divers éléments intimes dans la constitution des divers tumeurs. Peut-être, lorsque on connaîtra mieux d'un part les conditions physiologiques des éléments constituants des tumeurs et d'autre part la cause des et les conditions favorisantes de leur action, pourra-t-on rendre compte de tout ce qui peut contribuer à la localisation, aux modes constitution d'évolution des t.

Tumeurs épithéliales

étudiées successivement dans les organes suivants.

Peau et muqueuses à épith. pav.
Muqueuse de la bouche et de l'œsophage.
Muqueuse de l'estomac et de l'intestin.
Foie et voies biliaires.
Pancréas.
Glandes salivaires.
Voies respiratoires et Poumon.
Corps thyroïde.
Rate et ganglions lymphatiques.
Rein et capsule surrénale.
Vessie.
Utérus et Vagin.
Ovaire.
Testicule.
Sein.

Tumeurs épithéliales de la peau et des muqueuses à épithélium pavimenteux stratifié ou malpighien

Tumeurs bénignes et malignes

A - Tumeurs bénignes - Papillomes

On a décrit sous ce nom, non seulement des t. bénignes ayant l'aspect papillomateux, mais aussi des productions infl. diverses telles que condylomes du vagin et même des t. malignes d'organes divers.

~~Nous~~ Nous conserverons le terme de papillome que pour les t. bénignes de la peau et des muqueuses à épith. pav. stratifié. Ces t. sont caractérisés par une production plus ou moins exubérante d'amas de parties superficielles du tégument [illegible] pour la p[illegible]

c'est à dire principalement sur les parties
avec une augmentation de la vascularisation,
mais nous ~~trouble notable~~ envahissement de
dans certaines nous pouvons par les
productions malpighiennes.

confusion possible de ces lésions
avec celles qui sont manifestement
de nature infl., comme les condylomes
des vernes ~~et~~ qui ne s'en distinguent
à proprement parler que parce qu'elles
~~obéissent~~ à la guérison, ce qui
n'arrive jamais pour les tumeurs.
récemment la constitution exact. de
ces diverses lésions présente le plus
grand analogie et montre la transition
insensible qui existe entre les produits
infl. et les bénignes qui pour beaucoup
d'auteurs seraient toutes de nature infl.

mais comme d'autre part, on peut voir des transitions insensibles entre les t. bénigns et les t. malins, d'autant que les premiers peuvent devenir malins ; c'est encore un argument pour voir dans les t. des lésions analogues aux lésions infl. de cause infectieuse, mais avec des caractères particuliers sous l'influence de leur cause inconnue.

- Verrues de crâne tégument.
- papillomes proprement dits.

Description des préparations qui s'y rapportent.

B – Tumeurs malignes –

– Description macroscopique succinte (cancer gastrique) –

Nous en décrirons ~~quatre~~ formes principales correspondant à une gravité de plus en plus prononcée auxquelles on peut ajouter des variétés en rapport avec les modifications secondaires que peuvent présenter les cellules malignes et celles du stroma.

Dans tous les cas, il s'agit de productions ~~portant le cas~~ constituées par des amas glandulaires de nature maligne au sein d'un stroma conjonctif, soit au niveau ~~un~~ de revêtement malpighien, soit dans les parties voisines d'un ~~tissu~~ toujours avec une densité des productions cellulaires dans ces dernières parties, indice certain d'une malignité ± prononcée. Elles sont toujours

accompagnées de productions conjonctives plus ou moins anormales, modifient profondément la constitution anatomique des parties où se produisent ces altérations.

Il s'agit donc toujours d'un épithélioma ~~pavimenteux~~ malpighien qui, ~~dans les cas les plus~~ lorsqu'il est le plus bénin, a parfaitement la constitution pavimenteuse ou ~~une~~ disposition analogue des cellules malpighiennes; toutefois les t. plus malignes peuvent ~~prendre~~ des dispositions de plus en plus atypiques, ~~jusqu'à~~ à offrir un l'aspect du carcinome et du sarcome, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par l'examen des préparations.

1° Epithélioma malpighien lobulé à évolution épidermique ou cornée

C'est celui qui est le plus connu observé, qui dans certains cas est relativement bénin ; toutefois il peut être tout à fait malin avec les mêmes caractères, principalement lorsqu'il est ulcéré.

Description des préparations se rapportant à cette forme.

2° Epithélioma Malpighien proprement dit de Variétés diverses (en colonnes, en îlots, réticulé, ramifié, etc.)

Il est constitué par des éléments cellulaires ayant des caractères analogues à ceux des corps muqueux de Malpighi, d'où l'expression d'épith. muqueux qu'en. Dallet voudrait voir substituer à celle

d'épith. tubulé généralement adopté qui est absolument faux. Mais le terme d'épith. muqueux prête à la confusion avec l'épith. de muqueuse et une altération des cellules dites colloïdes ou muqueuses.

Sur la même pièce on peut observer toutes les variétés de mêmes à la fois les altérations qui caractérisent la 1re et la 2e forme. ce qui prouve qu'il ne faut pas attacher à ces formes une grde importance; si ce n'est pour remarquer que la 2me se rapproche en général à marcher plus malignes.

3°. Epithéliom diffus ou carcinomatose affectant d'emblée cet aspect ou se présentant avec les deux formes précédentes, le plus souvent à la suite d'altérations. C'est encore un indice de plus grde malignité.

Description des préparations —

4°. Enfin l'épithélioma peut se présenter sous la forme de cellules réunies en amas irréguliers, se dirigeant à travers les tissus, donnant l'aspect du sarcome; de telle sorte que la nature de ces t. ait pu être méconnue.

Nous ne connaissons pas tous les sarcomes pouvant être rapportés à des altérations néoplasiques ~~rapport~~ à épithélioma pavimenteux; mais les t. mélaniques s'y rapportent certainement.

Les auteurs décrivent ces t. sous le nom de sarcome mélanique ou de mélano-sarcome et plus souvent de carcinome mélanique, en leur donnant pour origine ~~les yeux~~, la peau et les organes internes, quoique plus souvent encore les t. mélaniques se puissent développer dans ces derniers après secondairement.

Exam. des préparations au sujet du diagnostic de cellules

2e Leçon
1 nov. 1897

Tumeurs de la peau des muqueuses à épithélium pav. stratifié ou malpighien (suite)

~~Glossoscopie~~ décrit succinctement les t. bénignes qui composent les verrues et cornes séniles, ainsi que les papillomes qui tendent constamment à l'accroissement, puis les tumeurs épithéliales malignes se présentant sous 4 formes principales : 1° Epithélioma malpighien lobulé à évolution épidermique ou cornée. 2° épith. malpighien proprement dit de ~~variétés~~ diverses ; 3° épith. diffus ou carcinomatose, 4° épith. sarcomateux, en vous faisant remarquer que plusieurs de ces variétés se rencontrent fréquemment associées ; ce qui montre que la disposition des cellules n'a pas une aussi importance au point de vue de la nature des tumeurs ; que il faut surtout connaître les formes, variétés sous lesquelles les t. peuvent se présenter, pour les reconnaître d'abord et surtout pour apprécier autant que possible les caractères de malignité qui correspondent dans tels ou tels à des productions cellulaires abondantes, [illegible]

Il importe encore de connaître des sources en rapport avec le mode d'évolution des productions alveolaires dans la constitution du stroma conjonctif.

Nous avons vu que les lobules ~~épithéliomatés~~ pouvaient conserver cet aspect du réseau de trabécules ou présenter ~~les~~ les canaux au centre des lobules des productions épidermiques sous forme d'un globe corné, par suite de l'évolution des cellules suivant le type épidermique. Quelque d'avoir cette production épidermique sur un infarctus, elle a bien toujours à l'opposé de la couche basale, mais alors au centre du lobule.

Vous avez pu voir aussi sur les préparations, que quelque d'une amas de cellules ~~[illegible]~~ au centre du lobule, on pouvait rencontrer des cellules se confondant dans une substance se colorant vivement en rouge par le carmin, ou la stratum granulosum se prenant sans doute d'une évolution incomplète des cellules.

cette évolution peut encore être plus divisée et donner lieu à une substance gélatineuse, dite colloïde ou mucoïde, dont on a fait une sous-variété de l'épithélioma lobulé. ~~[illegible]~~

Bien que les productions ~~épithéliales~~ path. ne reçoivent pas plus de V. que les productions normales, il est certain qu'elles ne vivent et évoluent que parce qu'elles reçoivent à distance des éléments de nutrition. Mais les conditions de cette nutrition deviennent très variables à l'état path., d'où les variations dans l'aspect que peuvent prendre pendant longtemps les cellules. Et alors est il vrai qu'si la nutrition devient manifestement insuffisante, non seulement les cellules ne tendent pas à perdre leurs caractères ~~des~~ cellules malpighiennes, mais il se produit des altérations qui relèvent manifestement du défaut de nutrition, car elles sont évidemment régressives. C'est ainsi par voie ~~[illegible]~~ de préparations où on a les altérations profondes des cellules, où l'on constate en même temps les oblitérations incomplètes ou complètes des V. vivies.

à côté des modifications attribuables à un défaut de nutrition dû à une évolution incomplète, nous signalerons celles qui portent principalement sur le stroma conjonctif ou plutôt qui sont surtout apparentes à ce niveau ; car on les trouve réunies sur le protoplasma des cellules malpighiennes qui participent à l'altération comme celui des cellules conjonctives. Les t. peuvent alors prendre un aspect tellement insolite qu'on a pu leur attribuer des origines diverses. Je fais en ce moment allusion aux t. désignés par Billroth sous le nom de cylindromes et par Robin sous celui de t. hétérodéniques à corps oviformes. Ce sont surtout ces corps qui ont particulièrement exercé la sagacité des observateurs et donné lieu à des explications multiples. Cependant le phénomène nous paraît s'expliquer tout naturellement à l'examen des préparations par l'état du protoplasma cellulaire, notamment au niveau du tissu conjonctif.

On peut voir en effet que les parties dites corps striés ne sont ~~pas~~ rien que pour de minces conjonctifs ~~enfoncées~~ enfoncées sur des coupes perpendiculaires ou obliques ; comme les fonctions longitudinales offrent alors aspect c'est à l'état particulier blanc ou blanc jaunâtre du protoplasme cellulaire que l'aspect particulier est dû. On peut voir aussi au bord des amas cellulaires un peu clairs que les cellules contiennent protoplasmas.

Il y a aussi des espaces clairs arrondis au milieu des cellules qui paraissent produits par les produits de sécrétion des cellules ou de la substance hyaline ou semblable au protoplasme des

Il peut arriver que le stroma conjonctif soit encore plus abondant avec un aspect myxoïde fragile. Mais alors le protoplasma des cellules en amas est tellement peu coloré que les noyaux des cellules paraissent apparaître sans protoplasma ou avec des quantités inappréciables.

Ces trois variétés paraissent correspondre à des productions cellulaires rapides et abondantes. Contraires à des modifications dans la nutrition des cellules et dans leurs produits de sécrétion.

Que l'on doit ces aspects particuliers du ~~protoplasma~~ cellulaire ~~aux productions~~ d'un stroma conjonctif + abondant ; mais il est difficile de dire exactement auquel elles correspondent.

origine. extension. généralisation

On admet généralement que les tumeurs ont le plus souvent leur origine dans l'épithélium de revêtement de la peau et des muqueuses, mais qu'elles peuvent aussi naître des glandes sébacées et des glandes sudoripares.

Sous les t. bénignes nous avons vu qu'elles étaient constituées par des néoproductions atypiques partant les plus superficielles de la peau ou des muqueuses plus ou moins modifiées dans leur constitution c.-à.-d. dans la disposition des éléments cellulaires quand ils étaient également modifiés.

Existe-t-il des t. bénignes des glandes sébacées et des glandes sudoripares ?

Les t. sébacées par rétention des produits de sécrétion des glandes de leur production

On ne rencontre des productions saillantes sous forme de tumeurs constituées par les éléments de la peau avec une production insolite de glandes sébacées comme nous pour la voir sur une préparation. Mais ces glandes

sont identiques aux glandes normales ; ce qui doit immédiatement faire rejeter l'~~interpretation~~ de ~~un~~ t. bénigne ; car, contrairement à ~~l'opinion des~~ autres, il ne saurait pas y avoir identité avec les productions normales. C'est au contraire le fait des malformations congénitales, notamment du R. dermoïdes. Et je crois que c'est ainsi qu'il faut interpréter la préparation que vous avez sous les yeux !

Il est de même pour les glandes indiques que l'on trouve assez fréquemment produites de manière à représenter toutes sortes de tumeurs, notamment chez de très jeunes enfants ; comme sur la préparation que je vous fais passer et où vous pouvez constater une reproduction de tubes glandulaires parfaits formant de gros amas plus ou moins profonds et situés à profondeur ~~dans~~ le derme jusqu'à sa superficie.

Peut-on ainsi prouver la production de t. malignes ayant pour origine les glandes sébacées ou les glandes sudoripares ?

Déjà le fait dont nous trouvons incontestablement de tr. bénignes, ayant cette origine, doit rendre très circonspect à ce sujet.

Dans les épithéliomes que nous avons eu l'occasion d'observer, nous avons souvent vu l'envahissement des follicules pilaires qui sont restés en dépendance directe de l'épithélium de revêtement, ~~puisqu'il~~ ~~l'altération n'a pas~~ ~~avait~~ une glande sébacée attenante. Mais encore le plus souvent nous avons vu des glandes sébacées intactes ou bien en hyperproduction ou bien elles disparaissent complètement comme les autres parties constituantes du poil pour faire place aux nouvelles productions.

C'est que, quoique ces glandes ~~provient~~ ~~de l'épithélium~~ de revêtement, elles sont tellement différenciées avec une structure déterminée avec participation, vis-à-vis leur envahissement d'autre part. Elles disparaissent pour faire place aux nouvelles productions plus simples constituées formées par les jeunes éléments. +

Il en est absolument de même, et pour les mêmes motifs, des glandes sudoripares encore bien plus différenciées. On ne saurait rapporter à ces glandes

+ Cette bénignité constitue mieux encore le trait qui les différencie des productions épithéliales malignes et semble plus qu'il suffit de l'indiquer.

un épithélium cylindrique, dit tubulé, pour une les vraies préparations on peut voir des productions alvéolaires d'aspect tout différent comme je vous en ai présenté un exemple qui, de plus, avait manifestement pour point de départ ~~le~~ revêtement cutané.

Mais les malformations congénitales des glandes sébacées et des glandes mammaires, comme toutes les malformations, peuvent être le point de départ de t. malignes.

Il existe des K. sébacés et notamment ~~et~~ l'acne sébacée de Vuillaude qui est parfois l'origine d'un épithélioma cutané, vient que toute lésion infl. chronique qui constitue une cause prédisposante.

Mais il faut encore l'action de la cause inconnue et doute que connaissant nous ne connaissons pas le mode de pénétration qui doit jouer un rôle dans

le point de départ des lésions.

Il ressort aussi de l'examen des faits que ce sont les parties où les éléments cellulaires sont le siège d'une plus grande activité, d'un renouvellement plus fréquent qui sont les plus affectées primitivement. Or, pour la peau et les muqueuses, ce sont évidemment les productions épithéliales de recouvrement qui présentent ces caractères et qui aussi offrent les modifications pathol. les plus importantes.

Depuis les travaux de Virchow, on admet que les nouvelles productions ont d'abord lieu dans les espaces interparoïdaux par division exagérée des cellules préexistantes d'où résulteraient les bourgeons épithéliaux qui pourraient des prolongements dans les deux sens jusqu'au delà.

cependant MM. C. & R. admettent en même temps que les nouvelles productions peuvent être augmentées, quoique dans de plus faibles proportions, par l'adjonction de cellules embryonnaires nouvellement formées au voisinage de l'épithélium sous l'influence d'une action de présence.

Rindfleisch avait aussi admis une opinion bizarre, croyant avec Porter que cette adjonction provient de l'envahissement de l'endothélium des lymphatiques par la tumeur.

Quoique il soit tous les auteurs admettent que la production principale provient de de l'extension du néoplasme partout du fond des culs-de-sac interpapillaires, de son enfoncement dans le derme, etc. par la division exogène des cellules, non plus par division directe des cellules, comme on l'admettait naguère sous Cohnheim, moins par division indirecte ou Karyokinèse comme on le croit aussi récemment sans en avoir une meilleure preuve.

Mais déjà on peut remarquer que cette manière d'expliquer les productions cellulaires portant de cellule à cellule intercépitélium est absolument contraire aux phénomènes physiologiques, puisque les cellules épith. procèdent de la couche basale à la couche épidermique. On en a vu la preuve à l'état pathol., comme on peut la voir pour la ~~[illegible]~~ multiplication des cellules épidermiques au niveau des points où la couche de Malpighi est épaissie.

Mais M. Tolen-Dominguez a cru trouver l'explication du phénomène en admettant une désorientation cellulaire et en figurant un schéma où l'on voit de petites flèches indiquant que à partir d'un certain point les cellules doivent changer de direction. Mais il n'y a que les flèches ajoutées à la théorie précédente, car que il est vrai que d'une hypothèse contraire à la physiologie

En effet, quelque que soit la profondeur du bourgeon cellulaire, attenant aux corps de Malpighi, si l'évolution des cellules n'est pas entravée, on voit toujours les cellules à forme cylindrique à la périphérie des parties profondes et les cellules épidermiques à la superficie. Mais si les productions cellulaires forment un amas isolé ou incomplètement isolé, la tendance à l'évolution épidermique se remarque sur les parties centrales, c'est sur les plus anciennes cellules produites. Il peut se faire aussi plusieurs centres ayant eu un tout petit sur un bourgeon cellulaire. Et cela doit être en rapport plutôt avec les phénomènes de nutrition.

En outre on peut très bien voir sur la plupart des préparations que les bourgeons cellulaires sont formés d'augmentés par l'adjonction

des cellules dites embryonnaires, dont se trouvent dans le tissu conjonctif. Elles forment parfois au niveau de la pointe du bourgeon cellulaire comme des traînées qui se confondent insensiblement avec les cellules épithéliales. Ce mode seul peut expliquer les néoformations qui paraissent descendre profondément dans le derme ou s'immiscer; car il est vrai tout autant si les cellules nouvelles proviennent de la couche basilaire qui devrait avoir s'étendre en longueur dont en outre se multiplient d'une manière anatophysiologique, comme nous ne saurions admettre. Mais d'autant plus qu'en considérant les productions path., on les voit évoluer d'une manière conforme à celle qui se passe à l'état physiologique, mais d'une manière exagérée de sorte des modifications qui constituent précisément l'état path.

Les productions épithéliales qui naissent sous V. ne prennent pas un aspect développement, présument pour a priori, cependant la circulation est plus ou moins entravée sur les parties où les productions néoplasiques se développent et les V. congestionnées à la périphérie provoque de nouvelles neoformations.

Lorsque ces productions sont abondantes et rapides, on voit sur les préparations de nombreux noyaux cellulaires qui semblent jeunes uniquement pour dégénérer cellules semblables à celles du tissu conjonctif et dont il serait difficile de déterminer la nature, si en certains points, les plus anciens, on ne voyait les cellules prendre un aspect fusiforme pacnétique indiquant leur tendance à la kératinisation.

Envahissement possible des vais lymphatiques et sanguins, d'où les phénomènes de généralisation vers ganglions et à des organes plus ou moins éloignés.

Caractère de ty. donne les divers organes, à l'état de jeunes cellules pris avec l'aspect de la t. primitive ou à peu près. Trig. de la génér. en rapport avec les

Epithélioma du larynx.
Bête de la clavicule - géminalisation
oblitération vasculaire et nécrose

Tumeur de la voûte du palais - Cylindrome -

E. de la joue à type kératoïde - Malformation congénitale

Polyadénome endocrinien - Id. congénitale
E. endocrinien nécrosé - id — id —

Lupus éléphantiasique de la main - Epith. malpighien kérato-

---

glioma péritrachéal - Epithélioma malpighien

Nodule pulmonaire - Epithélioma malpighien

Cancroïde non envahissant de la tête -

Epithélioma malpighien développé sur la face - génés. au foie
— — — — — au rein

10e Leçon
4 nov. 1899

Tumeurs épithéliales de l'estomac et de l'intestin.

Tumeurs bénignes et malignes

1° Tumeurs bénignes.

Caractères macroscopiques des polypes et, connus sous le nom de polypes muqueux, de l'adénoïdes, d'adénomes ou de polyadénomes.

Caractères microscopiques se distinguant surtout par la présence de cavités glandulaires tapissées par un épithélium cylindrique ou haut et analogue à celui qui revêt la muqueuse de l'estomac ou de l'intestin.

Le stroma est en général assez consistant, formé de tissu fibreux avec augmentation de volume et de nombre des fibres musculaires voisines et ~~augmentation de la vascularisation~~, sous pénétration des néoproductions glandulaires dans les parties sous-jacentes.

Lésions limitées, mais pouvant être diffusées en plusieurs points, ce qui les distingue des lésions infl. communes.

2. Tumeurs malignes -

Caractères macroscopiques du carcinome de l'utérus qui comprend 3 variétés : C. médullaire ou mégalocyte, C. squirrheux et C. colloïde.

Ces t. sont plus ou moins localisés, ord. près du orifice et plutôt vers le pavillon et sur la petite courbure. Elles peuvent être vues plus ou moins étendues et non présenter la disposition en nappe. La t. occupe ord. toute l'épaisseur de la paroi utérine et s'étend encore vers ganglions voisins pour l'entraînés des v. lymphatiques. Elle se généralise ensuite par les v. sanguins. Enfin il n'est pas rare non plus qu'elle envahisse le péritoine par contiguité ou perforé par le cancer de l'intestin. -

Caractères histologiques : 4 variétés

a. - ~~Epithélioma typique~~ à cellules cylindriques ~~épithélioma typique~~.

b. Epithélioma atypique à forme alvéolaire ou diffuse - Carcinoma propremdit.

c. - - à forme dite embryonnaire ou sarcomateuse -

d. - ~~Cancer~~ Colloïde ~~ou~~ épithélioma typique ou atypique.

a. Épithéliom typique à cellules cylindriques.

pouvant se présenter sous une forme relativement peu maligne, c.à.d. sans perte de tendance à un système rapide dû la généralisation, soit sous la forme d'une t. papillomateuse très colorée, soit sous l'apparence d'un épaississement diffus.

Dans ce cas les cavités glandulaires nouvelle formation occupent surtout la muqueuse, pénétrant ± dans la s. muqueuse et pouvant même envahir les couches musculaires, mais toujours avec une certaine discrétion, sans grandes destructions.

Mais ~~il en existe~~ aussi même aux périphérie des t. à marche rapide envahissante, avec généralisation, qui ont eu sous des caractères degré malignité et qu'on a décrit sous les noms d'adénome destructif et d'adéno-carcinome.

Ces lésions diffèrent des précédentes, d'abord par l'abondance des néoformations, par leur disposition irrégulière dans toute l'épaisseur de la paroi et même dans les muscles, par l'abondance de productions épithéliales qui forment un tissu replié irrégulièrement.

L'épithélium typique de l'intestin présente ggs. caractères qui permettent de le distinguer de celui de l'estomac. Stromas ordi. plus dense, plus fibreux, sur les parties anciennes atteintes; car il peut être très mince, là où sur les productions très récentes où l'épithélium cylindrique est toujours très haut, tandis qu'il est ~~plus bas sur les~~ parties anciennes, jusqu'au point d'être difficile à caractériser. En outre débris cellulaires ordi. abondant au centre des cavités.

b. Epithélioma métatypique, ~~cytotypique~~, polymorphe, alvéolaire ou diffus, carcinome proprement dit.

Forme intermédiaire entre les productions typiques et atypiques; c'est là dire qu'on y trouve abondant, on trouve surtout des cellules disposées ~~en commandées~~ la forme typique sur certains points et çà et là des cavités remplies de cellules, ou bien surtout des amas et bourgeons cellulaires avec çà et là ggs. cavités tapissées d'un épithélium cylindrique.

Ces formes intermédiaires se rencontrent surtout dans l'estomac, mais plutôt sur l'intestin, surtout gros et cecum du cecum. Il en résulte que l'intestin présente de vrais tous atypiques.

Dans les formes atypiques peuvent exister les éléments cellulaires se présentant sous des aspects, sous des rapports de ~~disposition~~ les variables ~~les éléments cellulaires~~ volume et de forme des cellules, ainsi que même disposition ~~l'aspect égal et les deux~~ dans toutes les parties constituantes de la paroi profondément modifiée qui souvent entièrement en partie détruite.

Ordinairement on trouve les nouvelles productions cellulaires disposées ~~en partie~~ en partie sous forme d'amas ou de bourgeons cellulaires ~~et~~ en partie sous forme d'infiltration dans les tissus précédemment plus ou moins modifiés.

Les mucoques peuvent en partie conservé, mais toujours plus ou moins modifiée par des phénomènes inflammatoires de la présence des neoproductions qui, d'autres fois l'ont complètement envahie.

Le plus souvent la sous muqueuse est très envahie, sans cependant qu'elle soit une règle absolue et en même temps elle est le siège d'une sclérose plus ou moins prononcée surtout si les neoproductions sont assez bien limitées.

car lorsque les nouvelles cellules sont plutôt répandues sous la forme diffuse, il semble seulement que le tissu est augmenté d'épaisseur par hypertrophie et que les cellules sont devenues très nombreuses.

Il est donc prouvé que les couches superficielles qui présentent d'abord des cellules en amas dans le interstices de fibres musculaires, les phénomènes destructifs ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ sont envahis. Toutefois l'on observe surtout des phénomènes d'hypertrophie et d'hyperplasie avec l'infiltration cellulaire diffuse dans les plus profondes qui immobilise les couches musculaires profondes.

Bien souvent l'atteinte atteint un le tissu conjonctif sous-vésical qui peut avoir été beaucoup augmenté.

Il y a des productions anormales de vaisseaux en même temps que des oblitérations vasculaires. Ces dernières se remarquent surtout au voisinage des ulcérations qui recommencent toujours alors comme. C'est le résultat des néoproductions qui envahissent surtout les capillaires des veines, mais aussi les V. artérielles.

Hémorrhagies parfois par les V. veines, mais plutôt par les V. de nouvelle formation suite des oblitérations des V. veines qui augmentent la pression dans les V. [illegible]

Les préparations offrent alors l'aspect le plus divers, en raison du mode de répartition des néoproductions cellulaires et des modifications survenues dans les diverses parties constituantes de la paroi.

Ce sont les productions cellulaires abondantes qui constituent le syncitium. Les pseudomonomères de plasma, distendus par les cellules rodées de l'intérieur à l'extérieur.

C. Epithelioïde atypique en forme sarcomateuse.

On peut appliquer cette appellation au cas où les cellules provenant en très grand nombre forment des amas différents assez considérables pour ne pas rentrer dans la variété précédente.

Préparation où les cellules sont accumulées en donnant l'aspect d'un tissu lymphoïde, sans que le réticulum fait défaut.

Mais le plus souvent on trouve à côté de ces amas cellulaires, des productions se rapportant aux variétés précédentes.

d. Cornée colloïde que l'on peut observer avec l'épith. typique assez rare dans l'intérieur, mais plutôt dans l'extérieur.

Par contre on trouve comme la cornée colloïde dans les formes atypiques.

Description de l'athérome dite colloïde doit être considérée à tort comme un dégénérescence. En effet, c'est plutôt un mode particulier d'évolution ~~de la cellule~~ nécrogène ; car toutes ces cellules, dès que leur protoplasma peut se développer, prennent un aspect hyalin particulier dû à l'état de leur protoplasma qui augmente jusqu'à ~~qu'il ne puisse plus augmenter~~ sa désintégration, comme le prouve toute cellule sécrétante et dans des conditions tout à fait anormales, par la rétention des produits de sécrétion.

De reste dans toutes les néoproductions, on peut voir que le protoplasma cellulaire présente aspect particulier, ou : plus ou moins clair et réfringent, analogue au protoplasma des éléments cellulaires de la nécrose ; ce qui indique bien la nature des néoproductions cellulaires.

Origine - Evolution - Métastases des tumeurs de l'estomac et de l'intestin.

13e Leçon
7 Xbre 1899

Tumeurs du foie et des voies biliaires.

L'étude des t. du foie mérite d'autant plus d'être réunie à celle des voies biliaires que ~~leur~~ l'origine des t. se dit être souvent confondue et que ~~fréquemment~~ toutefois, en présence de cette erreur décrite, il est impossible de décider si une t. a réellement pour origine la glande hépatique ou les voies biliaires, non seulement par l'examen à l'œil nu mais ~~aussi~~ par l'ex. histologique. ~~On aperçoit~~ aussi que l'on peut avoir des difficultés ou même une impossibilité pour décider si une t. a véritablement son origine sur les voies biliaires et non sur la ~~tête~~ du pancréas ou l'intestin au voisinage de l'ampoule de Vater. Néanmoins on peut rapporter parfaitement certaines t. au foie dont [illegible]

Tumeurs de la glande hépatique

Tumeurs bénignes et malignes.

A. Tumeurs bénignes.

Adénome de type Sabourin et qui coexiste ordinairement avec une cirrhose plus ou moins accusée, peut être considéré comme t. bénigne, quoique Hutt Monod et Gillet décrivent cette affection sous le nom de cancer avec cirrhose. C'est que l'on peut observer les deux formes, bénigne et maligne, de l'adénome, comme pour les adénomes d'autres organes. Nous l'avons déjà vu pour l'utérus et l'intestin. C'est, du reste, une des raisons pour lesquelles les t. bénignes doivent être considérées comme des tumeurs.

Description de l'adénome avec cirrhose au point de vue macroscopique.

MM. Hanot et Gilbert pensent qu'on a dû confondre cette lésion avec celle de la cirrhose simple dénommée quelquefois par les auteurs hypertrophie de foie cloutée. Cette opinion est sans doute probable, cependant, dans tous les cas suspects, j'ai toujours trouvé qu'il s'agissait en réalité du foie cloutée ou simple cirrhose.

Le cas dont je vais vous montrer la préparation se rapporte à une malade qui était entrée à l'Hôpital avec de l'œdème des membres inf. et de l'ascite, en présentant à la région épigastrique une tumeur indurée douloureuse qui avait motivé une laparotomie. Mais on vit qu'on avait affaire à une hypertrophie du foie que l'on jugea cancéreux et après avoir bien évacué le liquide ascitique, on renonça à enlever la tumeur.

Or, contrairement à toutes prévisions, le malade se mit à désenfler et à reprendre l'appétit; de telle sorte qu'au bout de quelques temps, il put sortir de l'hôpital dans un état satisfaisant.

Ce n'est qu'au bout d'un an que l'albuminurie se reproduisit et que le malade fut pour la seconde fois.

Or il est bien évident qu'une tumeur maligne ne se comporte pas ainsi; d'autant que les t. malignes du foie évoluent toujours assez rapidement.

Description des préparations hist. se rapportant à ce cas.

Lésion initiale attribuée à la cirrhose ou à l'adénome — discussion. Probable transformation de la tumeur maligne du t. que l'auteur a trouvé d'autres fois ce l'alcool — Nous avons trouvé

Veine porte envahie; cela a été signalé par les auteurs. C'est que les t. bénignes ne valent de la tendance à devenir malignes

B. Tumeurs malignes.

1° Cancer avec cirrhose ayant les mêmes caractères macroscopiques que précédemment, mais avec envahissement des veines, ganglions lymphatiques, du poumon.

2° Cancer proprement dit dont les auteurs admettent deux formes: Cancer massif et Cancer nodulaire.

Description macroscopique de ces lésions, en faisant remarquer que l'origine du cancer massif peut être douteuse lorsque la vésicule biliaire est atteinte et que l'on ne peut admettre un cancer primitif nodulaire qu'après un examen minutieux de tous les organes et une recherche microscopique de toute lésion suspecte (au moyen d'échantillons de la paroi de l'estomac, de la vésicule biliaire, etc.) la plupart des obs. publiées ne donnent pas toute garantie à ce point de vue.

au point de vue histologique 3 variétés :

1° ~~[illegible]~~ adénomatum ou adénome malin

2° f. atypique carcinomatum ou carcinome proprement dit

3° f. atypique sarcomatum

1° E. adénomatum ou adénome malin ou adéno-carcinome ou cancer avec cirrhose, répondant à la forme malignes des lésions précédemment décrites.

On remarquera que si, en certains points, on trouve encore la disposition trabéculaire des cellules ; en d'autres points, on voit très manifeste la disposition alvéolaire qui est l'index de malignité. C'est aussi sous ce dernier aspect que se présentent les lésions de généralisation.

à noter que les nombreux vaisseaux présentent de néoformations conjonctives, comme dans l'infl. simple, ce qui indique une certaine indépendance des vaisseaux lésés

2° E. carcinomatosum ou carcinoma propagatum

Préparation où l'on voit des lésions tout à fait caractéristiques. Peu importe que les cellules soient grosses ou petites, qu'elles aient telle ou telle forme; ce sont des détails sans d'importance sur lesquels il n'y a pas lieu d'insister comme le font Mr. Hanot et Gilbert, puisque dans tous les cas il s'agit de tissus malades, cela supposant une g^de tendance à l'envahissement des parties voisines et à la généralisation.

Il n'y a pas lieu non plus d'attacher trop d'importance à la disposition des noyaux cellulaires qui peuvent être ± allongés, dits alors tubéculaires par opposition à la disposition alvéolaire, d'autant que sur la même préparation on peut trouver les deux dispositions ± inégales

3° ~~Dessiccation~~ est la dénomination que l'on peut donner aux tissus qui se présentent avec des amas cellulaires volumineux où les cellules paraissent plus nombreuses, plus diffuses et surtout réunies en plus grand nombre. Dans cette variété on s'écarte de la précédente à propos plutôt que pour la grande quantité de cellules ord., plus petites, puisqu'elles sont plus nombreuses et trouvent plus difficilement à se placer, car il s'agit toujours d'amas cellulaires de volume variable et d'autant aussi que dans certains points, on a un aspect analogue à celui du carcinome précédent décrit.

Tumeurs de la vésicule et des voies biliaires.

Tumeurs bénignes et malignes.

A. Tumeurs bénignes.

Kystes à contenu citrin qui appartiennent certainement aux canaux hépatiques, qui ne dépendent pas d'une dilatation de ces canaux, mais provient de néoformations analogues plus ou moins volumineuses et nombreuses, le plus souvent coïncidant avec des lésions des reins de nature préparation histologique.

B. Tumeurs malignes.

La lésion qu'on rencontre le plus souvent est la tumeur de la vésicule biliaire coïncidant habituellement avec la présence de calculs. Parois épaissies, bourgeonnantes, etc, le plus souvent avec envahissement du foie.

Parfois volumineux tumeur au niveau de la vésicule qui paraît appartenir aussi bien aux tissus qu'au foie vu la rareté des cancers primitifs de cet organe.

nous avons observé des t. nodulaires du foie que nous avons attribués aux connaissances hépatiques en raison de leur constitution histologique et naturellement en l'absence de toute autre lésion des divers organes.

Enfin on peut observer une des connaissances intérieures strictement sur le cholédoque ~~et~~ spécialement des parois avec des productions végétantes avec ou sans la présence de calculs, ou bien une tumeur plus ou moins volumineuse se confondant soit avec la vésicule biliaire, soit avec la tête du pancréas, soit avec la paroi du duodénum, étant ce que nous en possédons de observations.

au point de vue histologique 2 variétés :

1° Epithélioma typique ou ~~cylindrique~~ cylindrique.

2° — atypique ou carcinome

1° Epithélium typique à cellules cylindriques.

Les appartient aux cellules hépatiques à la période de leur évolution.

Proportion se rapportant à un canal modulaire du foie et où l'on peut voir du conduit glandulaire de volume variable tapissé par un revêtement de cellules cylindriques. On peut aussi se rendre compte que le point de départ des lésions se trouve ~~dans les canaux~~ ~~les~~ exposés porte au niveau des canaux ~~hépatiques~~ qui sont le siège d'une multiplication évidente.

Les f. de la période dont nous nous occupons à des lésions analogues, c'est à dire à des productions glandulaires tapissées par un épith. cylindrique haut ou bas, suivant la rapidité d'évolution plus ou moins grande et la ~~dyscrasie~~ du stroma qui lorsque l'évolution est rapide ne permet que la production d'un épithélium ± bas.

Enfin le t. du canal cholédoque donnant aussi des préparations où l'on voit des culs-de-sac glandulaires revêtus d'un épithélium cylindrique, aussi que cela existe sur nos préparations.

2° Atypiques ou cancéreux.

Peut-on rencontrer une tumeur avec productions atypiques dans le foie susceptible pour origine le cancer hépatique? Ce n'est pas impossible; nous il n'est pas possible de démontrer, vu que les t. atypiques du foie peut tout aussi bien, sinon mieux se rapporter à l'élément glandulaire; toutefois sous réserve nous avons attribué au cancer hépatique le point de départ de l'épithélium à cellules cylindriques que contre toute raison, les auteurs attribuent au foie proprement dit.

Sur la vésicule biliaire, il semble bien qu'on puisse admettre une variété carcinomateuse. Mais encore la préparation que nous possédons se rapporte à un cas où la vésicule et les parties environnantes du foie étaient à la fois affectées; de telle sorte que l'on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une t. primitive du foie avec envahissement secondaire de la capsule. Si j'attribue l'origine de la t. à la vésicule, c'est en raison de la plus grande fréquence de la t. primitive sur la vésicule. Mais pour une démonstration rigoureuse, il faudrait que la vésicule seule fut atteinte.

or comme il s'agit d'un tissu particulièrement modifiable, il y a peu de chances pour le trouver aussi limité.

En tout cas dans le cancer atypique, il n'y a aucune caractère histologique qui permette de trancher la question d'origine, précisément en raison des formes atypiques qui présentent les cellules.

Pour le cancer cholédoque, la seule difficulté se présente lorsque la tête du pancréas est envahie simultanément et que l'on existe un cancer atypique.

Ce sont les particularités propres à chaque cas relatives aux points ± altérés qui permettent parfois de former une opinion indépendante de caractère particulier des cellules qui peuvent exister les t. du pancréas.

De notre au point de vue pratique pas d'importance ; [illegible]

anuriosmes du foie (travaillés d'autopsie)

considérés comme des malformations congénitales ou comme de nouvelles productions provenant soit de néoplasies vasculaires, soit de simples dilatations des vaisseaux.

aucune preuve à l'appui de ces assertions.

La vérité est qu'on les trouve chez des enfants comme des malformations et que si elles peuvent être acquises, la preuve n'en a pas été faite puisqu'elle se fonde seulement sur ce qu'on les observe chez des sujets au déclin de l'âge. Toutefois c'est du domaine des hypothèses; car il est impossible de constater une formation par production de nouveaux vaisseaux (vicharr), ou

rien pour la production d'un tissu fibreux très vascularisé, sorte de fibrome télangiectasique, comme l'admettent Friedländer. Les points où l'altération s'est produite ne présente aucun trait du mode de production de tissu vivant ne lui pas rien refondé, comme cela a lieu pour les tumeurs. Les ventes en production sont toujours très limitées, ne paraissant pas s'étendre et ne se généraliser jamais. C'est pourquoi on ne saurait les ranger ~~dans la classe~~ des tumeurs.

—

16e Leçon
12 Xbre 1899

Tumeurs du pancréas

Bénignes et malignes.

1° Tumeurs bénignes. On doit peut-être faire figurer comme t. bénignes les kystes de cet organe signalés par les auteurs. Mais n'ayant pas eu l'occasion d'en rencontrer, je me borne à cette simple mention qui vise une recherche à faire.

2° Tumeurs malignes. Ces t. ne sont pas rares, ~~tout~~ qu'elles distinguent des t. secondaires qui ne sont pas aussi fréquentes que ~~l'indiquent~~ les auteurs. C'est que très souvent les malades qui avaient l'organe tout envahis à la suite d'un cancer de l'estomac. La lésion secondaire peut être

limitée aux ganglions, car d'autre part, moins plus rarement, elle atteint aussi la glande.

Deux cas peuvent se présenter où il est plus difficile de dire si l'organe est plus primitivement ou secondairement : c'est d'abord lorsque le duodénum est atteint, et ensuite lorsque la paroi du cholédoque est affectée. C'est l'ex. histologique seul qui, dans ces cas, peut trancher la question ; mais non toujours.

En cancer des poumons débute ord. par la tête et exceptionnellement par les organes qui sont plutôt le siège des cancers secondaires. Cependant j'en ai observé un cas très manifeste où la tête était indemne, seul l'abcès de tous les organes voisins étaient atteints.

Il se présente en point de vue macroscopique sous la forme d'une masse indurée de coloration blanc jaunâtre, du volume d'un œuf de poule, et parfois encore plus volumineux, qui englobe le canal cholédoque, le ~~[illegible]~~ tel comprime en tout au moins par l'altération moindre des parois, annihile son action; d'où résulte une rétention biliaire avec ictère intense.

Le plus souvent ce cancer se généralise aux ganglions voisins, puis au foie sous la forme de petits noyaux formant ~~à~~ la surface de l'organe comme des taches de bougie, suivant la comparaison de Mlle. Baudoin, mais pouvant aussi donner lieu à des nodules plus ou moins volumineux.

Il se généralise aussi ~~assez fréquemment~~ aux ganglions plus éloignés comme les ganglions du médiastin et du cou et à divers organes, notamment ~~aux~~ poumons, aux reins et au corps thyroïde comme je vous en montrerai des préparations.

au point de vue histologique, on peut admettre ~~deux~~ variétés s'éloignant de plus en plus du type glandulaire, mais qui ~~peuvent~~ se rencontrer sur la même tumeur, suivant le point qu'on examine et qui ~~tout~~ ~~ne~~ rapportent avec l'ancienneté de la tumeur, lorsque dans tous les cas offrir une grande malignité.

1° Epithélioma glandulaire typique

2° — — atypique ou carcinome.

Description des préparations 36-1894 et 198-1883. —

On peut se rendre compte comment la même tumeur peut ~~dans~~ varier ~~typique~~ à la variété atypique qui dans certains points pourrait être aussi bien qualifiée de sarcomateuse.

Généralisation toujours avec les caractères atypiques bien que les régions normales présentent des caractères typiques.

En outre on admettrait encore un épithélioma glandulaire dont la malignité est moindre, mais qui se rapproche de l'épithélioma ordinaire.

Tumeurs des glandes salivaires.

2. bénignes et malignes

1° Tumeurs bénignes. En outre distinguent les t. du stroma et des éléments gland. proprement dits. Mais il nous paraît plus rationnel de ne pas séparer ces éléments qui se trouvent toujours dans toutes les tumeurs.

On rencontre des tumeurs qui séparées à l'œil nu sous la forme de masses dures ± volumineuses à évolution ord. très lente. Ce sont les enchondromes observés surtout sur la parotide et la sous-maxillaire ou de prolifération kystiques observés sur toutes les glandes salivaires.

au point de vue histologique distinguer

- l'enchondrome. Enchondrome de la sous-maxillaire.
- Cysto-épithélioma -
- Epithélioma kystique - Cylindrome (semblable à la fig. donnée par M. Quénu comme type du cylindrome)

2° Tumeurs malignes -

Epithélioma atypique carcinomatosa et sarcomateux.

t. de la parotide - fréquent carcinomateux en général.

rares gliomes secondaires du cerveau.

Coupes de Fonction

- Queue
- Tête
- Ganglion veine
- — — bronchique
- Foie
- Rein
- Poumon
- Corps thyroïde

Tumeurs des Glandes salivaires

- Enchondrome de la sous-maxillaire
- Cysto-épithélioma -
- Epithélioma kystique - Cylindrome
- Tumeur de la parotide - f. sarcomateuse
- gg. et muqueuse du cou envahis

Tumeurs du rein

2. bénignes et malignes.

1° Tumeurs bénignes. ~~Adenome~~

a. Adénome décrit par Salomon.

b. Maladie kystique du rein.

aspect macroscopique.

Examen microscopique : Nombreux canalicules de calibre. Présentant des groupes de tubes aux dimensions normales et plus ou moins dilatés ; puis cavités arrondies ou ovalaires de dimensions variables, pouvant être grandes ~~constituées~~ par une membrane conjonctive mince ou épaisse, dont la surface interne est toujours pourvue d'un épithélium analogue à celui des tubes du rein, mais ± aplati. Certaines cavités paraissent résulter de la fusion de plusieurs cavités plus petites. Enfin espaces plus ou moins denses constitués par

une infiltration abondante de cellules au sein duquel se trouvent de tubes de volume très variable tapissés par un épithélium cylindrique.

Les glomérules que l'on trouve sur les points les moins atteints sont plus souvent sclérosés et atrophiés.

Surtout néoproduction vasculaire abondante en rapport avec les néoproductions cellulaires.

Pathogénie - Rejet de la théorie de la rétention et de la théorie analogique à celle de Brand, qui sont contraires aux expériences faites sur les animaux résultant de la ligature des uretères, pour adopter la théorie néoplasique d'Malassez -

Existence de kystes de même nature dans d'autres organes notamment dans le foie.

2° Reins malades. Description macroscopique - Encéphaloïde -

Examen microscopique montre que tous les canaux du rein sont de nature épithéliale.

a. Variété glandulaire atypique

b. — carcinomatosa } atypique

c. — sarcomatosa }

Le plus souvent on trouve sur la même tumeur et souvent sur la même préparation des points où les néoproduits cellulaires passent insensiblement de la forme typique à la forme atypique carcinomateuse et surtout sarcomateuse avec des cellules tantôt ~~[illegible]~~ et tantôt au contraire plus petites.

Disposition en nodules des néoproduits avec envahissement du tissu périphérique où l'on peut bien observer les transitions du tissu ~~[illegible]~~ au tissu néoplasique formant des tubes pleins, puis des acinus irréguliers, etc.

Ex : des préparations : ~~épithélioma~~ glandulaire à cellules analogues à celles des tubes contorts ~~[illegible]~~ à celles des tubes droits ou intermédiaires, atypique généralisation aux glandes, ganglions, enfin, etc.

(Voir leçon de 1896 [illegible])

Tumeurs de la Vessie

E. bénignes et malignes.

1° Tumeurs bénignes.

Papillomes et adénomes. - Sur de préparations -

2° Tumeurs malignes - Aspect macroscopique

Elles sont toutes de nature épithéliale et cancéreuse ayant pris naissance au niveau de la muqueuse; elles tendent rapidement à envahir toute l'épaisseur de la paroi.

À l'ex. histologique on peut trouver des variétés ~~[illegible]~~ nombreuses suivant que les cellules s'éloignent ± du type de celles de revêtement; mais on peut dire que si l'on trouve à la surface des cellules épithéliales peu modifiées dans certains cas, celles que l'on trouve dans les parties sous-jacentes s'éloignent ~~[illegible]~~ beaucoup du type normal.

Ex. des préparations. (voir les ex. 1896 et 1895)

Tumeurs du corps thyroïde

B. bénignes et malignes

1° Tumeurs bénignes – ce sont celles qui sont ord. désignées sous le nom de goître. Broca décrit les variétés : folliculaire, colloïde, fibreux, kystique, vasculaire ; qui ne se rapportent en somme qu'aux éléments prédominants.

En réalité seulement 2 variétés importantes : Goître charnu et Goître kystique.

Description microscopique.

Au point de vue histologique, ce sont des adénomes simples ou des cystoadénomes.

2° Tumeurs malignes – se rencontrent surtout dans les pays à goître. Evolution plus ou moins rapide sous la forme endéphaloïde ou squirrheuse en général. Jusqu'à ces dernières années au point de vue histologique Wölfler a cru qu'il y a des transitions insensibles entre le goître ordinaire et les épithéliomes et carcinomes. Depuis un peu de différence entre les caractères d'un goître bénin et d'un goître malin ; mais les plus savants cependant la malignité est en rapport avec l'éloignement des caractères typiques.

variété

1° Epithélioma typique ~~[illegible]~~

2° Epithélioma atypique carcinome ou sarcome

Préparations rapportant à un cas d'épith. typique tis manifeste sur la préparation d'une ~~portion~~ de la tumeur ~~[illegible]~~ produite, toutefois la portion ~~réunie~~ s'éloigne des caractères typiques. Ces lésions de genèse. ou poumon ont lieu avec ces deux caractères.

Sous la seconde variété, on voit que la portion ~~[illegible]~~ de la variété précédente prend ~~déjà~~ un ~~[illegible]~~ de point l'aspect du carcinome qui devient comme toujours de l'épithélioma dont il ne se distingue que par l'accentuation des caractères atypiques.

Il n'est pas rare non plus de rencontrer

la vérité sarcomateuse avec les caractères les plus tranchés, comme nous en possédons une préparation. La t. d'où elle provient avait été désignée par le chirurgien comme un sarcome.

Son origine glandulaire est rendue manifeste par l'aspect de protoplasma des cellules qui en certains points ~~[illegible]~~ lui conservent certaines caractéristiques. Mais sur la généralité on ne trouve point d'vivant ~~[illegible]~~ plus souvent, on ne voit que les éléments les plus atypiques.

Tumeurs de la thyroïde

- adénome — Goître chaud
- Cysto-adénome

- néoplasie du Corps thyroïde - Epithélioma
- E. de la thyroïde - Epithélioma
- génère ou pourrir
- E. du corps thyroïde f. sarcomateux
- génère ganglionnaire

Pancréas

Cancer du pancréas. Epith. glandulaire
— Ulcère du pancréas
— Kyste du pancréas
— gen. aux ganglions voisins dans ganglions bronchiques,
— au foie, dans reins, aux poumons
— dans corps thyroïde

Glandes salivaires

Enchondrome de la parotide dans s-maxillaire
E. kystique de la parotide
— — — — (cylindrome)
T. sarcomateux de la parotide
- gen. aux ganglions cervicaux dans ~~[illegible]~~ voisins

Thyroïde

Adénome (goître)
Cysto-adénome
Cancer de la thyroïde récent (adénoïde) ou ancien (carcinome)
aux gén. aux poumons.
T. du corps thyroïde, fibro sarcomateux

19e Leçon
19 Xbre 1899

Tumeurs du poumon et des bronches.

B. bénignes et malignes

1° Tumeurs bénignes.

a. Polypes ou adénomes de la muqueuse bronchique

b. adénomes des glandes bronchiques.

2° Tumeurs malignes. – Dégénérescence bronchique.

a. Cancer ~~colloïde~~ ou muqueux ayant probablement pour origine les glandes bronchiques en raison du caractère colloïde ou muqueux du protoplasma cellulaire qui rapproche toujours à ~~début~~ de sécrétion ~~glandulaire~~, de nature muqueuse le plus souvent.

b. Cancer sarcomateux qui on observe le plus souvent au envahissement des ganglions du médiastin au plus haut degré, de telle sorte qu'il est parfois difficile de décider si l'on a affaire à un cancer du ~~poumon~~ du poumon ou à un C. primitif des ganglions (lymphosarcome).

Généralement aux ganglions dont fait saillie ou bien ~~[illegible]~~ les cellules épithéliales muqueuses ayant peut-être pour origine les glandes bronchiques.

38 – 1893 – Cancer du poumon

ayant prob. pour origine les glandes bronchiques en raison des caractères glandulaires des cellules. C'est ainsi que les cellules disposées en rien ou tiens compactes ou agglomérées dans des cavités alvéolaires sont constituées par un protoplasma volumineux d'aspect clair hyalin formant comme des taches arrondies ou ovalaires translucides, au sein de la préparation. Le noyau coloré par le picro-carmin est plus ou moins facile à apercevoir au milieu du protoplasma cellulaire.

Toutes les cellules qu'on rencontre dans la préparation ont un protoplasma analogue, notamment les cellules qui tapissent la muqueuse bronchique de forme plus ou moins cylindrique et toutes celles qu'on trouve dans la paroi des bronches, jusqu'à celles des cartilages, comme si les cellules avaient un éclairage particulier sur le fond rouge du ~~protoplasma~~ cartilagineux.

Il en est de même des cellules des vaisseaux et de leur tunique interne. C'est ainsi qu'on peut voir la tunique commune à se développer à la partie interne d'une artère pulmonaire en plusieurs points.

Dans tous les points où le t. paraît se développer blanc, on voit des espaces libres plus ou moins grands au ~~sein~~ cellules ou groupes de cellules ou bien blancs protéiques hyalins ayant remplit tous les espaces libres. Les noyaux épithéliaux rencontrés ayant peut-être aussi les glandes bronchiques

14e Leçon
janv. 1900

Tumeurs de la muqueuse utérine

B. bénignes et malignes

1° Tumeurs bénignes –

B. du col et du corps de la cavité.
aspect macroscopique : t. unis ou pédiculés (polypes) d'aspect rouge ou roté, de consistance molle, faisant une saillie plus ou moins accusée.
préj. hist. – aspect varié –
Polype muq. du corps de l'utérus.
Raclage du col utérin (Duchamp).
opinion des auteurs : les uns considèrent ces productions path. comme ~~étant~~ résultant infl., tandis qu'elles autres les rangent avec raison parmi les tum. arguments ~~invoqués pour l'assimilation~~ analogies infl. et réfutation – (L. du 1er février 1898) –
au point de vue hist. difficulté parfois très gde de distinguer vraiment t.b. de productions infl. mais rien une t. maligne. comme nous allons bientôt le voir sur un préj.

2° Tumeurs malignes -

E. du col et du corps, mais venir au point de vue hist. distinction entre les t. de la portion vaginale du col et celles de sa portion cervicale proprement dite.

aspect macroscopique -

formes végétante ou papillaire, nodulaire et interstitielle. Mais dans tous les cas saillie ± abondante et pénétration ± profonde dans le tissu musculaire.

prép. hist.

- Epithélioma de l'utérus (cadre)

difficile à distinguer d'un t. bénigne, si on considérant que la partie superficielle qui le prendrait cependant aux de caractère offrant quelque présomption de malignité. Mais dans tous les cas la pénétration au delà de la muqueuse est caractéristique.

Souvent les productions s'éloignent du type normal à un degré ± prononcé, comme sur la prep. suivante où les alvéoles sont complètement remplis de cellules.

Epith. du col de l'utérus -

aspect analogue présenté par la prép. suivante :
Cancer du col utérin (épithélioma).

Enfin les cellules peuvent être dénuées ± régulières comme sur la prép. suivante :

Cancer de l'utérus (carcinome).
Stroma de fibres conjonctives ± développés et V.

La propagation du cancer de l'utérus à un autre organe a bien conservé les caractères de tat. primitif.

— Cancer aspect pavé atypique la portion vaginale du col et par conséquent à épith. pavimenteux : cancroïde du col

— cancer de l'utérus (portion vaginale) rendu plus, correction des cellules en rapport avec l'épith. pav. sur certaines prép. avec l'épith. glandulaire sur d'autres.

Du reste plusieurs auteurs ont signalé la production simultanée de ces deux productions par les auteurs veulent trop régulier ; car nous les avons trouvées associées à la fois sur des tissus hétérogènes et malades.

Tumeurs épithéliales de l'ovaire

B. bénignes et malignes.

1° Tumeurs bénignes.

a. Kystes de follicules de l'ovaire, considérés comme une hydropisie folliculaire.

b. Kystes prolifères, dits aussi épithéliomes muqueux, cysto-épithéliomes ou kystes de l'ovaire proprement dits, ce qui est peut-être contraire à la vérité, car au moins une partie doit, avoir la nature de tumeurs pour bénigne. ~~Diverses~~ variétés offertes par les pap. portant un état de stroma des productions cellulaires de nature glandulaire.

2° Tumeurs malignes.

Et d'abord les kystes prolifères peuvent parfois se comporter comme de véritables épithéliomes malins, c.à.d. s'accompagner de récidive ou de généralisation.

Preparations :
- Récidive de t. kystique de l'ovaire
- Kyste de l'ovaire (foie) -

En cancer de l'ovaire propagé dit se présentant sous la forme d'une t. solide d'un ou ~~sur les~~ des ovaires et allant sous cette t. primitive ; tandis que l'envahissement des ovaires par une t. du voisinage ou tout autre viscère ayant son origine dans l'abdomen n'est pas aussi rare qu'on semble le croire. On a signalé l'envahissement des ovaires dans le cancer utérin. Cet envahissement est surtout fréquent dans les cas où le péritoine est envahi et donc lié à une péritonite cancéreuse, les ovaires se trouvent dans les conditions les plus favorables pour être envahis, surtout c'est vers la partie inf. de la cavité pelvienne que les productions exudatives sont les plus abondantes, comme dans le péritoine inf. quelquefois

Les t. épith. qui ont pour origine les follicules de l'ovaire, sont toujours ± atypiques. Ce sont des amas cellulaires dans des cavités alvéolaires plus ou moins bien déterminées, éliminés pour des travées conjonctives qui caractérisent l'épithélioma

prép.

Epithélioma ovarien (jeune fille de 19 ans)
t. depuis 2 ans.

Les cellules peuvent être disposées dans un stroma plus irrégulier où la disposition alvéolaire est moins nette, toutefois les cellules sont réparties d'une manière plus diffuse.

prép.

t. d'un ovaire (fille de 16 ans) carcinome.

On a aussi décrit un tertium qui se rapportent aux cas où les productions cellulaires sont encore plus abondantes. Il peut alors arriver que les cellules conjonctives entremêlées avec les cellules glandulaires donnent l'apparence d'un tissu réticulé rempli de cellules, constituant

Tumeurs épithéliales du testicule

B. bénignes et malignes.

1° Tumeurs bénignes

Ces t. sont rares et ne consistent guère que en petits kystes muqueux ne s'attachant pas d'importance.
certains cas de maladie kystique qui le plus souvent est maligne.

2° Tumeurs malignes –

– maladie kystique ou kysto épithélioma.

Epithélioma atypique le plus souvent.

prog. :

– Epithélioma d'un testicule ectopique.

Les cavités glandulaires remplies de cellules sont encore bien manifestes.

Elles peuvent l'être beaucoup moins avec une diffusion plus grande des cellules à travers un stroma fibreux irrégulier, comme dans la proposition suivante :

– Carcinome du testicule –

Enfin les cellules glandulaires peuvent être entraînées avec les cellules conjonctives de manière à donner l'aspect de cellules du testicule.

prog. : B. du testicule (comme retenu) –

27e Leçon
16 janv. 1900

Tumeurs de la glande mammaire

Tumeurs bénignes et malignes.

1° Tumeurs bénignes ou adénomes.

Astley Cooper. T. mammaires chroniques évoluant d'une manière bénigne et qu'il a séparées des t. malignes.

— caractères macroscopiques de ces tumeurs.

Velpeau. T. adénoïdes.

Lebert. Adénomes considérés comme ~~des~~ hypertrophies partielles de la glande.

Cruveilhier. T. fibreuses.

Depuis les deux opinions contraires ont divisé les observateurs : pour Cruveilhier, Alleraethy, Müller, Reinhardt, Meckel, Virchow, Cornil et Ranvier, Monod, Labbé et Coyne, ces tumeurs auraient une origine conjonctive ; tandis que pour Lebert, Broca, Verneuil, Cadiat, Quinn, Delbet, elles auraient une origine glandulaire.

Les auteurs qui soutiennent la première opinion ont été frappés surtout par la quantité produite de tissu intermédiaire ou tissu glandulaire s'isolant par le tissu fibreux qui rencontre le plus souvent (Cruveilhier) s'unissant par des considérations doctrinales (Virchow). Cependant depuis Eckert on avait prouvé l'existence dans ces tumeurs d'éléments glandulaires produits anormalement en plus ou moins grande quantité; mais les auteurs modernes qui soutiennent la seconde opinion ont supposé que il s'agissait de produits réactionnels. Certains auteurs supposent même que l'épithélium devient alors une forme épithélio-glandulaire ils considèrent comme transformé en épithélium de revêtement.

Enfin le dernier argument invoqué est celui de M. Cornil prétendant qu'un adénome, lorsqu'il devient malin, c. à d. lorsqu'il se généralise, ne produit de noyaux secondaires que de nature conjonctive et le plus souvent sous la forme de sarcome.

Les auteurs qui soutiennent ~~la théorie~~ glandulaire de ces produits path. font remarquer que la th. conjonctive ne s'explique pas par la production ± abondante du tissu de soutien glandulaire que l'auteur toujours en plus ou moins gde quantité, ~~ces~~ ~~qui devraient~~ doivent être comme bien d'autres organes ou contient ~~été~~ remplacés par la production conjonctive, comme il arrive sur les organes où se développent de véritables tumeurs conjonctives. Il faut donc compter absolument sur les productions glandulaires qui restent pas expliquées, en disant qu'elles résultent d'une réaction concomitante.

ces tumeurs s'accompagnent presque toujours de la formation de kystes qu'on ne peut expliquer, comme l'ont fait les partisans de l'ath. congénitale, par le travail du cul. de sac, ni par l'oblitération des conduits galactophores; surtout lorsqu'elle est incapable d'écarter le cul. de sac surtout lorsqu'elle est incapable comme c'est le cas habituel. Elle ne peut agir par compression, s'il n'y a pas un développement simultané des productions glandulaires. Enfin l'exp. montre que l'oblitération des conduits glandulaires n'aboutit qu'à l'atrophie de la glande sans provoquer la production de kystes véritables.

On objecte encore à l'ath. conj. la présence de t. dermoïdes comparés à ~~[illegible]~~ des t. congénitales des autres organes.

trois on ne peut pas non plus considérer les adénomes comme constitués uniquement par des glandes, ni les considérer comme ayant pour origine la multiplication des éléments glandulaires, ~~ou les considérant~~ ou les rattacher comme des épithéliomes.

C'est ainsi que l'opposition de la th. conjonctive ou ~~[illegible]~~ ne mérite de montrer que on ne devait pas laisser de côté l'estomac qui dans certains t. joue un rôle très important. On a été amené à tenir compte à la fois des productions glandulaires et du stroma conjonctif.

Broca avait déjà indiqué la possibilité d'une évolution prédominante des productions conjonctives ou glandulaires. M. Quénu propose de considérer l'adénome comme une espèce spéciale pouvant évoluer suivant des circonstances indéterminées vers le type épithélial ou vers le type conjonctif.

M. Delbet dit qu'il est impossible de savoir si la tumeur conjonctive doit être considérée comme simple stroma ou si les deux éléments glandulaire et conjonctif sont simultanément frappés de sens évolutif de manière à constituer une tumeur mixte.

Mais ces deux cas la plupart des auteurs considèrent les adénomes comme de simples produits infl. chroniques.

Si on trouve un corps dans les infl. chr., on peut observer des néoproductions de tubes glandulaires.

Mais alors pourquoi ne pas considérer toutes les t. comme des produits inflammatoires ?

Il faut absolument tenir compte du mode d'évolution des produits path. pour les classer, dans leur cours lorsqu'on le connaît ; car dans tous les états path. une néoproduction on peut trouver des éléments de l'organe plus ou moins modifiés.

Mais les infl. ont aussi des éléments moins bien déterminés, dépassant par une nouvelle envahissement, dans leur cas, elles s'accompagnent d'une production de tissu conjonctif plus ou moins diffus qui en certains points envahit

se substituer aux éléments glandulaires qui en définitive sont toujours diminués par l'établissement d'un tissu cicatriciel.

Pourquoi une infl. une fois limitée, se continue à se développer indépendamment comme certaines adénomes, un volume ± considérable quadrillant.

Enfin pourquoi une infl. de nature déterminée ou expérimentale n'a donné lieu à la production de kystes et même de tumeurs analogues à l'apparence des adénomes.

En résumé nous trouvons dans les adénomes de sein ~~[illegible]~~ ceux ~~des~~ ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ les corrections amenées aux tissus par notre définition. Il s'agit de productions pathol. de cause indéterminée ~~[illegible]~~ à s'accroître ~~[illegible]~~ exceptionnellement élevées, se généraliser.

comme celles des autres organes glandulaires, sont constituées par des éléments glandulaires et par un stroma conjonctif dont les néoproductions peuvent varier à l'infini, ainsi qu'en témoignent les dispositions variées qu'on peut observer sur les préparations. Mais il existe toujours un certain rapport entre les productions de l'un et l'autre élément comme sur les tumeurs des autres organes ; toute tumeur étant constituée par des productions anormales portant sur tous les éléments constitutifs de la glande qui, dans aucun cas ne sauraient être considérés isolément.

C'est pourquoi le mot adénome doit être conservé.

Ce n'est pas une hypertrophie de la glande comme le croient quelques auteurs, ainsi Gaud il s'agit d'une néoproduction anormale.

Le mot acinous proposé par M. Dellet est également impropre, surtout parce qu'il induit en erreur.

Si le stroma joue un rôle si important dans les t. du sein, cela provient sans doute de sa constitution et de son importance à l'état normal, indépendamment de ce que toutes les t. produits lentement renferment ad. beaucoup de tissu conjonctif.

Du reste il faut partir de l'ex. de la glande mammaire normal pour bien se rendre compte des phénomènes observés à l'état patt. et notamment sur les adénomes.

Ex. de préparations :

1°. Mamelle normale d'une jeune fille âgée de 21 ans.

2°. Mamelle ♀ jeune ayant eu un avortement à 8 mois. Mort subite à remarquer dans ce dernier cas en même temps que les néoproductions glandulaires, les modifications survenues dans le tissu conjonctif.

Les proliférations d'adénomes offrent de nombreuses variétés que l'on peut classer en tenant compte à la fois de l'état du glandes du stroma sous les titres suivants :

a. adénome simple ou adénome fibroïde
b. ~~myxo adénome~~
~~fibro adénome~~ ~~fibro adénome~~
c. Sarco-adénome
~~Adénome cellulaire~~ ~~Sarco-adénome~~
d. fibro adénome végétant
~~adénome kystique~~ ~~Kystique adénome~~
e. ~~Adénome~~ Kystique appartenant aux deux variétés.

~~Dans~~ on peut avec trouver à ~~un~~ dans la plupart des cas, avec des éléments glandulaires, non seulement du tissu fibreux pour le stroma, mais en ~~un~~ temps un tissu myxoïde ou avec ~~des éléments cellulaires~~, on peut rencontrer des variétés encore plus complexes surtout avec le stroma sarcomateux qui s'ajoute parfois.

Toutes ces variétés peuvent se rencontrer avec les productions kystiques ~~[illegible]~~ les productions abondantes d'éléments glandulaires existent surtout pour les productions abondantes d'éléments glandulaires ~~[illegible]~~

Considérations relatives à chaque variété pour le diagnostic ~~[illegible]~~

Tumeurs du sein

2. bénignes

Mamelle normale de jeune fille âgée de 21 ans

—

Mamelle 8 jours après avortement à 4 à 5 mois. mort subite.

Tumeur du sein - Adénome simple.

2. du sein - Nodule adventif - Adénome Kystique -

2. du sein paroi Kystique - Adenom Kystique -

Adénome du sein - fibro-adénome
adénome du sein - fibro-adénome non kystique
fibro-adenom Kystique.

Adénome du sein - Sarco-adénome Kystique
2. du sein - Sarcoadénome Kystique

Adénome du sein - Myxoadénome

~~Adéno Myxom du sein avec ostéo-adénome~~

Adénome du sein sarcomyxo-fibromatum

Maladie Kystique de Reclus.

29e Leçon
23 janv. 1900

Tumeurs malignes du sein

Description macroscopique se rapportant au carcinome rencontré le plus fréquemment et qui se présente sous la forme d'une production blanchâtre faisant corps avec la glande, le plus souvent d'aspect cardacé, donnant par le raclage de la surface de section un suc blanchâtre. Elle exerce une tendance à se propager du côté de la peau et du côté des parties profondes, du m. pectoral notamment, puis à s'étendre aux ganglions et poursuit à se généraliser à d'autres organes notamment aux poumons, sans faire à la colonne vertébrale, etc.

En examinant attentivement une surface de section de la tumeur, on voit que certaines portions sont jaunâtres et donnent par la pression ou le raclage le suc indiqué précédemment, tandis que les ~~glandes~~ intermédiaires sont plutôt grisâtres et résistantes. On a donc subtumeurs se rencontrant en quantité très variable suivant les tumeurs.

Lorsque la subtumeur glandulaire jaunâtre molle prédomine, on a ordinairement affaire à des t. ± volumineux à évolution ± rapide. Une coupe montre une subtumeur analogue à la subtumeur cérébroïde avec un stroma ord. abondant; c'est le cancer encéphaloïde

Lorsque le tissu fibreux prédomine, le tissu est atrophié par ~~[illegible]~~ et à évolution plus lente, parfois même très lente dans les formes dites atrophiques avec rétraction d'une portion du sein. C'est le squirrhe ou squirrhe atrophique.

Il n'y a pas de limite absolue pour caractériser chacune de ces formes ; car on peut observer tous les degrés intermédiaires entre le cancer mélanodes et le squirrhe le plus prononcé, ou même lorsque on peut ~~[illegible]~~ reconnaître sur une pièce plusieurs de ces formes ou le tissu ou bien une convertir particulière ou aspect jaune brillant : comme colloïde. Enfin ces tissus sont ± analogues, car toutes ~~[illegible]~~ à prolifération plus ou moins et toutes peuvent donner lieu à des phénomènes de généralisation.

On peut aussi rencontrer des kystes dans les t. malignes, sous forme de cavités ord. peu étendues contenant ~~du liquide~~ le bouchon, pénétrés ou tenté de sang ou encore de sang pur. Mais ces productions en sont jamais très nombreuses. Ces cavités sont en rapport avec le tissu de la tumeur qui présente les caractères indiqués précédemment et qui n'est jamais limité exactement par une membrane d'enveloppe.

Toutes les t. malignes du sein, quel que soit leur aspect, dérivent du tissu glandulaire, ainsi qu'il résulte de leur étude histologique permettant de suivre toutes les variétés ~~d'atypie~~ depuis celles qui ont des caractères typiques jusqu'aux plus atypiques

c'est ainsi que ~~toutes les tumeurs malignes sont des épithéliomes~~. Mais le ~~terme générique~~ cancroïdes est plutôt employé pour les t. dont la structure s'éloigne de la structure alvéolaire ~~ou représente~~ la disposition diffuse, très ainsi infiltrée. On emploie ~~aussi~~ le terme de sarcome pour celles où les éléments cellulaires sont très prédominants.

En tenant compte de la constitution ovule, des t. et des dénominations ord. employées, nous admettrons 4 formes principales :

1° Epithélioma alvéolaire ou glandulaire
2° Ep. ~~diffus ou infiltré~~ ou Cancroïdes
3° Ep. sarcomateux
4° Ep. Colloïde

chacune de ces formes peut être divisée en variétés plus ou moins nombreuses suivant la disposition très variable que présentent les éléments cellulaires et le stroma. Mais beaucoup de tumeurs présentent sur un point des caractères afférents à une variété, tandis que sur un autre point, on trouvera ceux d'une autre variété. C'est dire que ces caractères n'ont que une valeur très relative et ne servent que de points de repère pour arriver à avoir présents à l'esprit tous les caractères qu'elles peuvent présenter ou tout au moins ceux qu'on rencontre le plus souvent.

Épithélioma alvéolaire ou glandulaire

3 variétés se rapportant aux cas où la production cellulaire tapisse des cavités avec un épithélium cubique ou cylindrique. Nous avons dans la plupart des cas ou nous avons déjà que les cellules ont la tendance à se différencier à travers la stratification, par nous sur quelque point en particulier. Épithélioma avec cavités analogues à celles de la glande en dehors de la grossesse ou de la lactation.

2° Épithélioma avec cavités analogues à celles de la glande pendant la grossesse ou la lactation.

3° Épithélioma avec production exclusive de cavités tapissées par un épithélium cylindrique bien caractérisé (2 dendritique)

Dans les deux premières variétés le stroma est ord. fibreux, si l'atrophie en persiste dans la 3e variété nous il prend ord. le caractère muqueux ou mixomatoïde de jeunes productions cellulaires.

Epithélioma diffus ou infiltré ou carcinome

on peut admettre 4 variétés se rapportant à la disposition principale des cellules et du stroma.

1° Epithélioma pouvant avoir parfois une disposition alvéolaire en certains points, mais étant en gde partie ou en totalité à l'état diffus ou infiltré à travers le stroma.

2° Epithélioma dit cylindrique ou tentaculé simple colonnaire

3° Epithélioma dit cylindroïde

4° Epithélioma squirrheux ou squirrhe.

Epithélioma sarcomateux

deux variétés suivant que les cellules sont agglomérées en certains points ou à l'état diffus.

1° Epithélioma alvéolaire sarcomateux

2° épithélioma diffus sarcomateux.

Epithélioma ou Cancer Colloïde.

Il n'est peut-être pas impossible que les diverses formes de variétés d'épithélioma puissent à un moment donné prendre la consistance colloïde. Toutefois nous ne l'avons trouvé bien évident que dans la forme la plus commune de l'épithélioma diffus ou cancroïde. Encore il arrive que les lésions en sont ord. bien évidentes que sur quelques points de la t., puis de la peau surtout au niveau des mamelons, ainsi que sur quelques autres points d'ailleurs. Toutefois dans ces cas le stroma conjonctif a un aspect blanc, brillant, particulier, qui doit faire rechercher les points manifestement colloïdes. Neanmoins rare que ne le prétendre les auteurs qui n'interprètent pas tous compte de ces faits.

32e Leçon
30 janv. 1900

Tumeurs du tissu adénoïde

8. bénignes et malignes

Tumeurs bénignes. - Lymphadénome qui est plus ou moins confondu avec les lésions de la leucocythémie et surtout avec les adénites multiples ou généralisées de nature infectieuse.

Son différenciation n'est cette pas toujours facile. Cependant dans la plupart cas la leucocythémie bien distincte de la leucocythose suffira à distinguer toute une catégorie d'adén. Quant à celle qui est de nature infectieuse, elle se reconnaîtra surtout aux altérations inflammatoires et lésions caractéristiques que présentent les adénes.

E. Morlignes - Lymphosarcome caractérisé par son développement rapide tant au point de vue généralisation non seulement dans les ganglions, mais aussi dans les organes, notamment dans le poumon et le foie.

Au point de vue histologique, tissu qui se rapproche du tissu normal, moins vieux que le lymphadénome. C'est aussi que le réticulum se développe beaucoup par l'épaississement de ses travées d'une façon à peu près uniforme et que les éléments cellulaires deviennent ± volumineux. Il est aussi à remarquer que la forme des cellules varie surtout leur structure et que, à côté des cellules rondes, on trouve des cellules fusiformes anormales. Cette tumeur existait sur le 7 de janvier, elle vient de disparaître.

Tumeurs du tissu fibreux

Tumeurs bénignes et malignes

Tumeurs bénignes. 2 variétés :

- Fibromes
- Fibrome myxoïde ou myxo-fibrome
- Description macroscopique
- Description histologique.

La plupart des auteurs confondent des lésions infl. avec les véritables tumeurs. C'est ainsi que l'on ne saurait admettre le fibrome lamelleux.

a - Coexistence du fibrome dense (~~fibrosarcome~~ proprement dit) et du fibrome infiltré de vésicules (molluscum).

b - Coexistence du fibrome myxoïde.

Très fréquente la coexistence des deux variétés se trouve sur la même pièce et ~~aussi~~ sur la même préparation.

Tumeurs malignes - 3 variétés :

a - fibro-sarcome

b - sarcome proprement dit

c - sarcome myxoïde ou myxosarcome -

- caractères macroscopiques

- caractères histologiques -

C'est l'origine des t. qui permet de spécifier leur nature qui, sans cela, et quoiqu'il en soit, avec tous les renseignements, est difficile à déterminer.

C'est toujours sous la forme sarcomateuse que la généralisation a lieu, pour le sarcome fibreux comme pour la plupart des tumeurs.

Les caractères myxoïdes qui peuvent souvent les t. du tissu fibreux ne doit pas faire considérer ces t. comme étant une production du tissu muqueux, ainsi qu'on l'admet généralement depuis Virchow.

Il en est des t. de tissu fibreux, comme des tumeurs de tous les autres tissus qui peuvent prendre ~~une~~ aspect ~~de vascularisation~~ l'apparence du tissu muqueux, mais qui n'est certainement pas de cette nature.

En effet, les t. primitives sont de la même nature que les tissus qui leur ont donné naissance et ne sont jamais de prime abord hétérologiques, comme le croyait Virchow, qui avait surtout été frappé par l'apparence des t. ~~dont~~ il cherchait ~~surtout~~ à assimiler les tissus à ceux ~~[illegible]~~ de l'état normal, ce qui était fort rationnel; mais en supposant l'existence de l'hétérologie, ce qui est contraire aux faits.

Qu'une t. hétérologique avec dépôt du cordon ombilical soit dite formée par du tissu analogue, c.à.d. du tissu muqueux; cela est parfaitement juste.

mais vouloir que ce même tissu
muqueux soit dans le tissu
fibreux et dans tous les organes;
c'est là une chose contre nature
qu'on ne saurait admettre. Pas
plus qu'on ne l'admettrait aujourd'hui
la production d'une néoplasie
épithéliale, indépendamment de l'or
du tissu fibreux, etc.

On ne peut pas non plus songer
à une production embryonnaire
du tissu fibreux. Ce ne serait que
pour le tissu cellulo-adipeux qui
offrirait quelque analogie. Mais
encore la production observée sur
l'organisme développé diffère totalement
de production embryonnaire qui ne se produisait
que chez l'embryon.

Tumeurs du tissu cellulo-adipeux

- Tumeurs bénignes.

Description macroscopique

Description histologique.

3 variétés :

a - Lipome pur.

b - Lipome fibromateux

c. Lipome myxoïde.

Lymphoïdème

Lymphosarcome non génit. composé

—

Fibrome de l'aine

- fasciculé du derme

myxofibrome du myx (mollusque)

fibrome myxoïde

Sarcome du dos

S. de l'aine

S. fuso-cellulaire de la jambe

S. de la tunique extérieure de l'artère

S. du bras génit. composé

Myxosarcome de l'aine

—

Lipome

~~Fibrolipome~~

—

54e Leçon
février 1900

Tumeurs du tissu Osseux

B. bénignes et malignes

Tumeurs bénignes — Les auteurs admettent la production d'une t. bénigne constituée par du tissu osseux et qu'ils désignent sous le nom d'ostéome, en cherchant à distinguer cette production des exostoses ou enostoses et des ostéophytes.

Mais cette distinction peut en principe est difficile à établir en réalité. Aussi Mr Delbet englobe-t-il toutes ces lésions sous la même dénomination, en les faisant rentrer dans la classe des paraplasies, c.a.d. parmi les t. qui ont leur paradigme dans l'organe adulte.

nous ne pouvons adopter cette manière de voir parce que ces divers lésions ne rentrent pas dans notre définition de t.

Ce n'est pas à dire qu'il n'y ait pas d'ostéome véritable cad de t. constitué par du tissu osseux s'éloignant plus ou moins de la structure normale et ayant de la tendance à s'accroître graduellement sans cause connue. Mais ce doit être un cas ~~très~~ très rare et difficile à distinguer des lésions pures et inflammatoires. Du reste nous n'avons jamais pu nous procurer une lésion de ce genre.

C'est dire que tout cas non important et indéfini

On rencontre plus fréquemment une lésion ou ce qui peut figurer dans la généralité des cas pour une tumeur bénigne, mais qui peut aussi se rencontrer à l'état malin : nous voulons parler des

Chondromes.

Et d'abord nous ferons remarquer que nous ne nous occuperons pas à ce sujet des t. du tissu cartilagineux, par la raison qu'on n'a pas démontré la possibilité de la production d'une tumeur au sein de ce tissu.

Il ne faut pas oublier, en effet, que notre classification ne repose pas

sur les corrections de tumeurs, mais que il faut avant tout tenir compte de l'origine des t. dont la nature est déterminée pléonée pour la nature de tissu d'origine.

Or si l'on peut rencontrer sur les articulations qui entrent le siège d'infl. répétées ou chroniques, de légères rouilles principalement à la périphérie; il ne s'agit que de simples produits infl. toujours très limités et désignés sous le nom d'ecchondroses. Mais on ne voit jamais les chondromes des doigts prendre naissance au niveau des articulations: c'est toujours au niveau de tissu osseux que ces t. prennent naissance,

Mess. C. & R. ont bien depuis longtemps soutenu que les chondromes avaient pour origine le tissu osseux. Mais ces auteurs en font des t. hétérotopiques bien à tort selon nous.

En effet, outre que nous n'avons trouvé nulle part de t. hétérotopiques, il est tout naturel de voir se développer sur les os des t. de nature cartilagineuse ~~plus ou moins~~ envahissants, puisqu'ils reproduisent le type ± modifié du tissu qui a présidé tout d'abord à la formation de l'os et qui se retrouve toujours dans les néoformations que l'on peut observer à l'occasion des fractures.

Enfin les t. en question ne saurait qu'où se trouve un tissu vasculaire.

Virchow a bien supposé que le point de départ des t. cartilagineux des os devait être attribué à la persistance ~~d'un~~ d'îlots cartilagineux se développant à un moment donné mais jamais de tels îlots n'ont été découverts et le time cartilagineux se produit à l'occasion d'une fracture sans qu'il soit nécessaire d'invoquer la présence d'aucun îlot cartilagineux. Sous cette forme le même tissu peut bien se produire sous l'influence de la cause irritante inconnue pour toutes les tumeurs, qui incitent les tissus à une hypertrophie plus ou moins anormale. C'est pourquoi nous croyons qu'il est tout à fait rationnel de faire figurer les chondromes parmi les t. des os

nous ne ferons figurer naturellement parmi les t. bénignes des os que les chondromes parfaitement limités ou encapsulés, à développement lent.

- Description macroscopique de ces condromes.

- Description microscopique
~~enchondromes~~ ~~périchondromes~~ ou chondromes

2. Tumeurs malignes des os

a - Chondrome diffus ou malin

b - Sarcomes aux nombreuses variétés.

Chondrome malin diffus ou lent dans son développement.

Description macroscopique

Description microscopique en insistant sur les aspects divers que présentent les cellules sur une seule préparation.

Sarcomes aux 5 variétés.

1° - Sarcome à cellules géantes dit t. à myeloplaxes

2°. S. à petites cellules ~~dite~~ t. à médulocelles

3°. S. fuso-cellulaire.

4° S. alvéolaire

5°. S. ostéoïde ou ossifiant

Dans tous ces cas on peut observer des parties offrant l'aspect myxoïde ou même l'aspect kystique, sans que cela constitue ~~des~~ variétés particulières, puisque précisément, on peut les rencontrer sur des tumeurs constituées d'une manière très variée.

37e Leçon
[illegible] février 1900

Tumeurs du tissu musculaire

Myomes à fibres lisses ou striées (C. et R.)
Léiomyomes et rabdomyomes (Zenker)

1° G. du tissu musculaire à fibres lisses ou myomes proprement dits.

G. bénignes et malignes.

A – Tumeurs bénignes.

Elles forment l'immense majorité des tumeurs des muscles et sont pour certains auteurs ce seuls qui les seules à considérer, mais bien à tort, car nous verrons qu'il existe très certainement des t. malignes, qui ~~sont~~ ~~sont~~ très rares ~~d'une fréquence exceptionnelle~~.

Les myomes peuvent se rencontrer

partout où il y a des fibres lisses. Ils sont surtout fréquents dans l'utérus, puis dans son voisinage. On les rencontre ~~surtout~~ dans les parois du tube digestif, dans la vessie, dans la prostate, dans la peau, dans le scrotum, dans les gdes lèvres, etc.

Description macroscopique.

nombre, volume, poids, situation des tumeurs, aspect habituel d'où le nom ainsi dit. fibrome, mais aussi parfois portions molles d'aspect muqueux ou myxoïde ou gélatiniforme pouvant s'effondrer et donner lieu aux géodes de Cruveilhier.

Ce ne sont pas des kystes, comme le font observer, du reste, tous les auteurs. mais il est de la tendance à considérer les parties molles gélatiniformes comme des portions de la t. en dégénérescence.

En plus, souvent il y a l'objet d'une phase de formation de la t. avec accroissement rapide.

que l'on observe dans les t. volumineux et surtout dans ceux qui ont pris à un moment donné un rapide accroissement.

Les v. qui sont peu visibles et ainsi rares dans les t. durs à développement lent et de petites dimensions, sont au contraire plus nombreux et volumineux dans les t. à développement considérable et surtout dans les portions molles

ou peut cependant devenir quelquefois rares et de plus en plus de diagnostic difficile de l'utérus — de l'hémorragie et de plus en plus difficile de l'utérus

Les t. V les plus bénignes par leur nature peuvent déterminer des accidents graves lorsqu'elles arrivent à comprimer ~~une~~ portion de l'intestin et surtout les uretères.

Examen histologique.

a Les filets vasculaires offrent dans les myomes, tout comme C. et R., les mêmes corrections que à l'état physiologique. Or, l'ex. attentif des t. montre que cette proposition est erronée.

Les fibres musculaires, observées sur les tissus, ont bien un aspect qui se rapproche plus ou moins de celui des fibres normales de l'organe qui est le siège de la tumeur ; mais on peut dire contrairement à la proposition de MM. C. et R. qu'il s'en ~~distingue~~ toujours plus ou moins par les caractères observés sur les diverses ~~préparations~~.

~~Les injections~~ ~~on observe~~ un petit myome interstitiel de la paroi utérine adjacente à comparer les fibres de la ~~tumeur~~ avec celles de la paroi ; on voit en général que tout d'abord la teinte des fibres traitées par le picro-carmin est différente, les fibres de la paroi offrant une coloration jaune orangé, tandis que celles du myome sont blanchâtres, ou au contraire prennent l'imprégnation par le carmin, ont toujours rouge plus allumé. ~~Les~~ ~~outre les~~ fibres du néoplasme sont moins longues et moins larges et ont surtout

une disposition beaucoup plus irrégulière, les faisceaux de fibres étant de volume très variable d'un point à un autre et se trouvant entrecroisés très irrégulièrement. En outre si la t. est en voie d'accroissement tout à fait peu rapide, on trouve des parties où les fibres cellules sont encore beaucoup plus courtes. Il faut bien éviter de les prendre pour des cellules rondes lorsque les faisceaux sont volumineux et observés sur des coupes perpendiculaires à leur direction.

Enfin dans les portions molles les cellules ont des dimensions encore plus petites au sein d'une substance hyaline ~~agglo~~ peut renfermer venus des fibres élastiques. Et s'il s'agit d'une tumeur tout à fait nouvellement formée, on trouve au sein de cette substance parfois fortement des fibres élastiques des cellules rondes, fusiformes et multipolaires, quelquefois

c'est un point qu'on ~~a toujours~~ trouve du tissu myoïde des auteurs.

Mais il s'agit bien quand même d'un tissu musculaire ; car si l'on poursuit la préparation pour rechercher des points dont l'évolution soit plus avancée, on peut observer, au milieu de ces tissus myoïdes des fibres allongées, types plus ou moins longues, irrégulièrement entrecroisées, puis sur d'autres points, même dans le voisinage des premières des fibres musculaires parfaitement caractérisées.

La vascularisation des t. est aussi très variable et très différente de celle observée à l'état normal. Si parfois les V. sont petites et rares, dans les t. durs, de petites dimensions ;

ils sont au contraire ± développés ~~et quelquefois~~ dans les volumes et surtout dans celles qui présentent un développement rapide ; au point de leur donner l'aspect télangiectasique. Surtout car les portions molles sont toujours remarquables par le gd nombre de V. qui se trouvent au sein des masses hyaline et c'est autour des V. que l'on voit grouper les grains cellules dans la stroma particulier.

Indépendamment des fibres élastiques qu'on rencontre dans certains tumeurs on trouve au moins dans certaines portions des tumeurs à développement ± rapide, les ovules signalant la présence de tissu fibreux comme constituant en ± gde quantité dans tous les organes V. On emploie un courant

l'expression de fibro-myome pour désigner un myome, quand ceux-ci ne sont pas du ~~[illegible]~~ de t. fibreux.

En bien, les auteurs tout en se défendant ~~de conquérir~~ ces t. comme des t. fibreux véritables, ont encore le tort d'y voir toujours ~~[illegible]~~ tissu fibreux, se maintenant à mériter à ces t. le nom de fibro-myome.

La vérité est que si, dans certains cas on peut rencontrer un stroma hyalin blanchâtre ± résistant ou une substance colloïde ou vitreuse, dans lequel se développent les fibres musculaires, le plus souvent ce stroma est réduit au point de passer inaperçu, tellement les faisceaux de fibres lisses sont étroitement entrecroisés et agglomérés. Ce n'est qu'après que l'auteur des t. que l'on aperçoit un peu de ce stroma conjonctif.

ovoïdes aux cellules qu'on trouve partout, elles ont toujours les caractères de fibres cellules et partout aussi les noyaux sont ± allongés en bâtonnets, indiquant qu'il s'agit partout d'éléments de nature, c. à d. de fibres musculaires, nées au sein du thrombus hyalin.

L'accroissement des ♦. se fait aux dépens même des premiers produits. Cela doit être aussi une raison pour laquelle, on trouve sur les coupes, des parties si irrégulièrement constituées.

On peut admettre comme variétés :

a. Myomes à gdes fibres se rapprochant des fibres normales.

b. Myomes fasciculés à fibres plus courtes avec entrecroisements plus nets.

c. Myomes myxoïdes.

Ces 3 variétés pourraient accompagner de la rencontrant aux ord. sur le même terrain

B. Tumeurs malignes.

Ce sont celles qui prennent tout à coup un gd développement et qui ~~[illegible]~~ leur ablation une généralisation sur divers organes.

On en a grand observé que sur l'utérus. Cependant nous possédons un cas qui ne peut se rapporter qu'à un myome de la peau.

Au point de vue microscopique, ce sont des t. plutôt molles en totalité ou en partie et à développement rapide.

L'éx. histologique montre que dans ces cas, il y a à côté des parties où les fonctions musculaires sont bien caractérisées d'autres portions où les cellules sont

beaucoup moins longues, plutôt fusiformes, courtes, quelquefois un peu renflées, au point que certains auteurs ont considéré ces cas comme des tumeurs constituées par des éléments embryonnaires ou des sarcomes.

C'est surtout sur les portions molles nouvellement formées et sur les noyaux de généralisation, qu'on peut voir ces aspects qui se rapportent en somme aux premières phases de formation de ces tumeurs. Car soit sur la tumeur primitive, soit sur les noyaux secondaires on est toujours à voir les cellules prendre la disposition fusiforme d'abord courte, puis plus ou moins allongée, affectant des formes extraordinaires, mais qui s'éloignent beaucoup du type normal.

On peut ainsi suivre toutes les phases de formation de ces t. qui peuvent ainsi atteindre des caractères se rapprochant du type normal, sans doute moyennant une généralisation, mais qui parfois s'en éloignent beaucoup au point de mériter comme variété la dénomination de myome sarcomateux ou de sarcomyome.

2° Myome des muscles striés

Considérés comme tels sans par les auteurs qui en considèrent comme point saillant certains t. de la langue et du cœur et aussi celles trouvés dans le testicule, qui toutes sont des productions fœtales, des malformations et non des tumeurs, quoique elles puissent dans la suite être le siège de t. véritables.

On en rencontre par des néoproductions incomplètes à tissu musculaire strié.

Les plexus des t. des muscles striés, d'origine fibreuse, myosomatique ou sarcomatique, sont considérés par les auteurs comme des t. du tissu conjonctif, ~~c'est-à-dire des~~ fibromes, des myomes, des sarcomes, développés aux dépens du tissu conjonctif interstitiel aux faisceaux musculaires.

La question qui se présente est donc de savoir si ces t. doivent être considérés comme des t. du tissu conjonctif ou du tissu musculaire. Et c'est précisément la vieille question qui s'est posée à propos des tumeurs du sein, de l'ovaire et de tous les organes. Or, nous l'avons constamment résolue en considérant ces t. comme appartenant à l'organe où elles se sont développées, en raison de la corrélation intime qui nous paraît exister entre les éléments propres de l'organe et ceux de son tissu conjonctif. Il doit en être de même pour les tumeurs musculaires striées.

On voit du reste les néoproductions cellulaires commencer sur les fonctions musculaires et continuer à se produire de manière à étouffer le tissu musculaire proprement dit, qui ne se reproduit pas, ou d'une façon ± anormale.

non dans le tissu conjonctif interfasciculaire, mais

Du reste il peut se développer sur tous les organes des t. représentés seulement par des éléments cellulaires qui constituent toujours celles des t. d'une grande gravité.

C'est aussi probablement pour cela que les t. qui ont pour origine les muscles strié se comportent comme des t. malignes, récidivent souvent et se généralisent facilement.

On peut admettre 3 variétés :

a. ~~tissu~~ fibro-musculaire

b. t. myo-musculaire

c. t. sarco-musculaire.

Dans tous les cas le point de départ des t. se trouve dans les muscles et réside dans une hyperproduction anormale des éléments du sarcolème, entraînant la destruction du tissu musculaire dont on trouve souvent les traces dans la tumeur constituée en leur place par ces éléments cellulaires qui aboutissent à la formation d'un tissu fibreux plus ou moins dense ou d'un tissu d'aspect myxoïde ou enfin d'un tissu ~~cartilagineux~~ sarcomateux constituant les tumeurs les plus malignes.

40e Leçon
20 février 1900

Tumeurs du tissu nerveux
Névromes

Les auteurs admettent que ce sont des tumeurs ~~constituées~~ par du tissu nerveux de nouvelle formation, désignées sous le nom de névromes, et les divisent avec Foerster en N. médulloïdes ou ganglionnaires se rapportant aux t. des centres nerveux et N. fasciculés pour les nerfs périphériques.

En s'en tenant à cette définition, les auteurs arrivent à ne pas trouver de véritables t. du système nerveux, à l'exception des malformations congénitales et à classer les t. qu'on rencontre habituellement dans les centres et sur les nerfs parmi les fibromes, les myxomes et les sarcomes.

C'est ainsi que pour ~~l'épithélioma~~ nous,

comme pour les autres tissus, et bien plus encore pour le système nerveux, on ne s'occupe pas de délimiter les questions doctrinales sur lesquelles cette classification repose, sans fondement véritable et sans apporter aucune clarté dans la question de ces tissus. Bien plus, il résulte de cette manière d'interpréter les faits une confusion qui rend incompréhensibles les descriptions des auteurs.

~~Tous~~ Suivons les choses plus simplement et pour le tissu nerveux nous admettrons comme nous l'avons fait pour les autres tissus, des tumeurs du tissu nerveux ayant pour origine ce tissu, mais pouvant se présenter avec des déviations plus ou moins prononcées dans les phénomènes de néoproduction qu'il faut rechercher.

1° Névromes des centres nerveux

Désignés depuis Virchow sous le nom de Gliomes en raison de l'aspect que ils présentent souvent et qui ~~a fait~~ rapproche leur substratum à celui de la glie.

aspect macroscopique.

Déjà Virchow avait signalé l'analogie des tumeurs avec celui de la substance nerveuse et Rodesin avait décrit les tumeurs à myélocytes comme se rapportant à un des éléments constituants de la substance cérébrale. Mais c'est M. Bard qui a plus particulièrement insisté sur la raison sur les analogies que présentent les t. avec le tissu nerveux pour en faire de véritables t. du tissu nerveux à l'encontre de l'opinion soutenue par la plupart des auteurs.

Il suffit de voir ces gliomes pour

pour être absolument convaincu de leur nature nerveuse rien que à l'œil nu.

C'est un point que parfois M. pourrait parfois inoculer à des personnes inexpérimentées, et que dans presque tous les cas la substance de la tumeur se confond avec celle du tissu sur lequel elle a pris naissance sans que l'on puisse lui faire une limite exacte, tellement on peut inoculer l'aspect de la substance cérébrale à celui de la tumeur qui arrive souvent à présenter dans les parties les plus anciennes l'aspect de la pulpe.

En général c'est une substance qui analogue à la substance cérébrale qui ; les circonvolutions sont plus volumineuses, moins bien définies, moins de coloration plus forte ou présente ou des parties fortement hémorragiques.

ces termes ne se généralisent pas et pour ce fait, elles sont dites bénignes, bien qu'elles entraînent toujours la mort des malades, en raison des phénomènes d'irritation et de compression dont elles sont le point de départ et qui déterminent des troubles de plus en plus graves.

En réalité, quoiqu'elles ne se généralisent pas, elles ne sont pas les corrections des t. bénignes, parce qu'elles ne sont pas limitées ; qu'elles ont de la tendance à s'accroître non ~~indéfiniment~~ mais, moins aux dépens des tissus voisins et enfin qu'elles récidivent après leur ablation.

Mais le fait de leur non généralisation est très extraordinaire ; d'autant que ces t. sont très vasculaires, qu'on trouve souvent les gros vaisseaux envahis par les éléments des t. - Il est probable que la différenciation des éléments en présence peut rendre difficile à d'autres parties de l'organisme [illegible] les éléments de la tumeur [illegible] la propagation de généralisation qui ou les cancéreux. +

+ Il est toutefois à remarquer que les gliomes peuvent se généraliser [illegible] les tumeurs bénignes du tube digestif [illegible]

Sur les coupes on a une substance gélatineuse formée ~~[illegible]~~ analogue à la gélose et ressemble à l'agar-agar colloïde devenue diffluente, parfois avec du sang épanché, parfois semée en présentant une diffluence semée de mucus indiquée en assez grande quantité pour simuler un kyste (kyste glaïomateux)

La valeur de ce t. est très variable et on ne peut bien s'en rendre compte que d'après les coupes de section. Il varie depuis celui d'une noisette à celui des deux poings, mais le plus souvent variant entre le volume d'un œuf et celui d'un ~~poing~~ orange.

Très rarement le t. est bien limité, ce n'est ord. que sur certaines portions qu'on le trouve ainsi et encore tout bien qu'elle prime dans certains cas paraît assez limitée, ~~[illegible]~~ l'est jamais en réalité : il n'y a jamais de membrane limitante. Et durant le plus souvent la transition entre le t. et le tissu sur lequel elle repose, est tout à fait insensible.

Ex. histologique — Mr Brouet a cherché à démontrer que les t. étaient constituées par des éléments embryonnaires ou adultes. Se rapportant aux cellules nerveuses ou à celles de la névroglie considérées comme éléments de sécrétion. mais en réalité on trouve des cellules ~~[illegible]~~ ou petites, rondes ou fusiformes, dites globocellulaires et fusocellulaires, qui n'ont aucun rapport avec les cellules embryonnaires dans l'éloignement ± des types normaux.

Par contre on peut ord. ~~trouver~~ tous les types de transition entre ces cellules anormales ~~et~~ dérivées des cellules normales de la substance cérébrale vivante; car c'est toujours par une transition insensible que l'on passe du tissu sain au tissu malade.

Et même à un faible grossissement on

peut constater bien mieux encore cette transition ; à savoir, qu'une bonne partie de la tunique renferme encore ou tissu noir, En effet une partie de celui qui paraît ainsi, est déjà envahi par la prolifération comme on peut s'en convaincre en complétant l'examen par un plan fort objectif.

Transportons-nous par la pensée production abondante de cellules au sein d'une substance granulée analogue à celle de la substance cérébrale.

Voici nous de nouvelle formation, ord. nombreux et volumineux dont les cellules constituant leur paroi, sont semblables à celles du neuroglie voisin.

Bien souvent les cellules portent des prolongements filiformes donnant aux cellules l'aspect dit en araignée, en pieuvre. Dans ces cas la substance intermédiaire est plus claire, hyaline, myxoïde. Ce sont les ex. qui seuls occupent comme des tumeurs ou des sarcomes, si les cellules sont en grand nombre.

ce sont les t. que les Bond rapportent à la névroglie.

Mais aujourd'hui que les histologistes modernes ont de la tendance à considérer les cellules de la névroglie comme ayant une origine ectodermique, tout comme les cellules du système nerveux, dont elles constituent pour ainsi dire une gaîne, les tumeurs doivent être considérées comme appartenant au système nerveux.

Ce qui confirme encore cette manière de voir, c'est qu'on trouve pour ces tumeurs, soit au point de vue histologique, soit au point de vue macroscopique, toutes les transitions entre la tumeur et les tumeurs de la substance nerveuse ou bien elles se ressemblent.

Du reste les cellules, bien en rapport avec les cellules qui constituent le cerveau, ne sont pas plus différentes des cellules de la substance blanche que les cellules de la substance grise ne le sont entre elles.

2° ~~Névroses~~ des nerfs périphériques.

~~Les antérieures désignent~~ sous le nom de n. fasciculés, ~~expression~~ qui prête à la confusion ; M. Lyon l'entend des n. fasciculés mais les autres auteurs les divisent en n. myélinisés et n. amyélinisés, suivant qu'ils seraient constitués par des tubes nerveux à myéline ou par des fibres de Remak.

On ordonne encore des névroses périphériques sur le compte desquelles on est loin d'être fixé.

Mais en tout en dehors des malformations congénitales, on ne voit pas d'observation se rapportant à la production de nerfs de nouvelle formation, comme cela devrait être d'après la définition des auteurs. Et quelque cas où ~~[illegible]~~ la ~~[illegible]~~ prétendue d'ordre (de Gruin)

qui coïncide ~~avec~~ nécessairement toutes les t. qu'on trouve ~~sur les nerfs~~. C'est de cette manière que nous concevons ainsi la production des t. sur les nerfs, parce qu'on n'en rencontre pas qui soient constitués par des ~~tissus~~ semblables aux nerfs normaux et que l'on peut parfaitement rapporter toutes ces tumeurs à des productions ayant bien antérieurement des éléments constitutifs des nerfs.

— tumeurs bénignes et malignes

bénignes aspect macroscopique

E. ord. multiples sur les nerfs et parfois avec la disposition pelviforme.

— ~~Organes~~ microscopique —

En étudiant les lésions d'âge différent on peut ~~mieux~~ détecter la lésion ancienne de toutes manières par la production ± abondante de noyaux et de tissu conjonctif en quantité de plus en plus grande, de telle sorte que les tubes sont finalement ~~doublés~~ ~~transformés~~ atrophiés ~~dans~~ un de certain.

Les auteurs en font valoir des filaments.
Il moins n'est pas plus rationnel de considérer ces néoproductions comme surgissant bien par la multiplication des éléments ± divisés qui constituent les nerfs, dont les segments sont considérés comme de véritables cellules nerveuses, à toute les éléments cellulaires qui sont produits en grande quantité sous une forme atypique.

Il ~~que~~ résulte ~~les~~ production de tissu d'aspect fibreux ou myroïde et dans ce dernier cas, on peut voir les cellules présenter des prolongements fibrillaires comme les cellules des centres nerveux.

E. Neurologie. — Elles se présentent sous les aspects précédemment indiqués et qui les caractérisent, c'est l'envahissement progressif du nerf, la récidive sur d'autres nerfs, toujours sous le même aspect ~~A la~~ exceptionnellement la généralisation dans les viscères sous la forme sarcomateuse.

à remarquer dans ce cas les hémorrhagies considérables sur tous les points envahis probable [illegible] à siège à même à opérer, a lieu sur les nerfs, spécialement, sur les vaisseaux

COLLECTION
R. TRIPIER

COURS
D'ANATOMIE
PATHOLOGIQUE
7
1896-1900

INFLAMMATION

TUMEURS