6me Leçon
14 nov. 1896

Cancer de l'œsophage

avec fistule trachéale et gangrène diffuse du poumon

H. 52 ans, du service de M. Bouveret qui a donné les renseignements suivants:

Il y a 6 ou 8 mois le malade commença à prendre de la rancité de la voix, puis une dysphagie croissante, mais non douloureuse. Il n'entra réellement des soins à l'Hôtel-Dieu qu'il y a 10 jours, alors qu'il était déjà dans un état d'amaigrissement profond avec grande pâleur des téguments.

Dans ses antécédents pathologiques on note les fièvres intermittentes de la dysenterie (ex-capitaine de Spahis, en France depuis 10-12 ans). Il ne croit pas être syphilitique.

Actuellement le malade ne peut avaler ni liquide, ni solide. En présence de M. Bouveret l'ingestion tranquille d'eau avec beaucoup de précautions d'une tasse de lait, provoque une violente quinte de toux. - Comme il présente une ordonnance d'un médecin de la ville prescrivant de la créosote et des toniques, on insiste à l'examen du larynx.

Cet examen pratiqué le lendemain fait découvrir une paralysie de la corde vocale gauche.

On soupçonne alors une tumeur du médiastin et pensant même un cancer de l'œsophage. Dégagement mat à droite du sternum au niveau du 2e espace.

3 jours après son entrée à l'Hôtel-Dieu, le malade a eu le matin brusquement une vomique d'un pus fétide, « chocolat », dont la quantité a été évaluée à 300-400 gr. - On songe alors à un abcès hépatique et trois ponctions sont faites dans le foie avec la seringue de Dunand, mais sans résultat.

Néanmoins, le malade s'affaiblissant et ne pouvant absolument rien ingérer, de plus l'abcès du foie paraissant très probable à cause de la vomique et d'un point douloureux au niveau de la colonne au dessous d'une ligne passant par l'angle des omoplates, on fait passer le malade en chirurgie.

Le 4me jour après son entrée, M. Florentin fait au creux épigastrique une incision indirecte, après quelques ponctions dans le foie toujours vides, fait une gastrotomie en un temps.

Dès le lendemain de l'opération, le malade se plaint d'un point de côté à la base gauche assez vif et meurt dans la nuit.

autopsie le 14 nov. 1896

Sur les pièces qui nous sont remises, nous pouvons constater qu'à 3 travers de doigt environ au dessous du larynx, le conduit oesophagien s'ouvre brusquement dans une large poche du volume du poing mais un peu aplatie dont les parois sont

constituées en arrière et sur les parties latérales par un tissu densifié sclérosé, où la surface interne duquel on voit une grande quantité de petites nodosités granuleuses, jaunâtres, régulières disséminées ou groupées et très friables, dont les plus grosses de volume d'un pois se détachent sur un fond noirâtre provenant de la présence d'un peu de liquide de cette couleur sur la paroi. Cette paroi est perforée à sa partie médiane postérieure où elle adhère à la colonne vertébrale dont l'os d'un corps de vertèbre a été mis à nu et rongé à ce niveau. En avant la poche est formé par la paroi correspondante de la face postérieure de la partie inférieure de la trachée et des deux premières bronches qui ont seules une teinte brunâtre surtout au niveau de la trachée qui présente immédiat au dessus de sa bifurcation une ouverture due à la destruction de sa portion membraneuse et qui est assez grande pour pouvoir y engager deux doigts. Aucun trace de production néoplasique sur la région postérieure de la trachée et des bronches. La tumeur paraît se continuer sur les parties latérales et surtout du côté gauche où les tissus sont particulièrement épaissis et indurés. Le récurrent gauche se perd manifestement dans le tissu induré latéralement duquel il adhère intimément.

Au dessus de la poche, l'œsophage offre une

extrémité qui fait légère saillie à sa partie inférieure et se continue comme à l'état normal. Ainsi aux parties sup. et inf. de la poche se trouvent les extrémités sup. et inf. de l'œsophage interrompu par la poche, ayant subi une section avec régularité, sans qu'on trouve à ce niveau, ni sur les plis de la muqueuse le moindre trace du néoplasme limité à la poche ou mieux aux régions postero-latérales de la poche. Il est à remarquer aussi que la muqueuse trachéale n'est pas envahie par le néoplasme.

Mais plusieurs ganglions trachéo-bronchiques tuméfiés et adhérents aux parties voisines sont manifestement le siège d'un envahissement par le néoplasme, sous la forme de productions bourgeonnantes en voie de ramollissement.

L'envahissement de plusieurs ganglions cervicaux a aussi été constaté.

Les poumons qui répondent au oedème gangrénieux infecté, sont, en effet, le siège d'une gangrène diffuse siégeant à droite dans tout le lobe inférieur et le lobe moyen et à gauche seulement dans les 3/4 inf. du lobe inf. Les lésions sont manifestes prédominant à droite où les foyers sont très nombreux irréguliers ou leur caractère classique ou rien d'un tissu pneumonique mou et rouge vinaigré. Siège essentiellement sur les plis au niveau du lobe inf. – Aucun abcès dans le foie – Rien de particulier dans les autres organes.

Il est encore à remarquer, que l'on trouve à peine quelques traces de tissu sur les parois de la poche. De la, dans l'ulcération franche des muqueuses œsophagienne et trachéale, aucune réparation, les nombreuses et larges ulcérations ulcéreuses, ne sont pas cicatrisées, aucun vestige, ni minimal, ni large de cicatrisation, on ne voit ni un début de réparation.

Il est à remarquer particulièrement cette voracité qui a dû se produire, non par l'œsophage débuté en une trop grande étendue, mais au moment de la perforation de la trachée, résultant du liquide accumulé dans la poche formée par la tumeur ulcérée et passée dans les [illegible] où il a donné lieu en un temps aux lésions gangreneuses.

16me Leçon
10 déc. 1896

Cancer de la face antérieure de l'Estomac avec généralisation au foie.

H. 61 ans, St Augustin, considéré pendant la vie comme atteint d'un cancer du foie.

Autopsie le 10 déc. 1896. Œdème très prononcé des membres inférieurs, augmentation de volume de l'abdomen due surtout à la distension des anses intestinales par des gaz et aussi par l'augmentation du volume du foie dont le bord antérieur descend jusqu'au niveau d'une ligne passant par l'ombilic à droite et un peu moins bas à gauche, le bord étant irrégulier. En outre on sent à travers la paroi abdominale que la face antérieure du foie présente des nodosités de forme, de consistance et de volume variables, sans qu'on ait manifestement la sensation d'un cul-de-sac au centre des nodosités. Il n'est pas moins vrai qu'on peut parfaitement se rendre compte avant de la présence d'un cancer nodulaire du foie qui apparaît à un degré très prononcé aussitôt qu'on a ouvert l'abdomen.

on voit aussi s'écouler une sérosité louche située dans les parties déclives du flancs et du petit bassin et que la distension des anses intestinales formait récemment auparavant.

Il faut soulever le foie pour découvrir l'estomac enfoui sous sa face inférieure qui est en rapport avec la paroi antérieure manifestement altérée. On voit en effet que l'estomac présente à la partie moyenne de sa face antérieure une induration manifeste donnant la sensation d'épaississement de la paroi qui du reste présente à ce niveau sur sa face externe une plaque d'un blanc rosé légèrement saillante avec des petits nodules dans le voisinage et jusque sur l'épiploon gastrohépatique. On trouve aussi plusieurs ganglions de la petite courbure augmentés de volume et indurés, de coloration blanchâtre sur sa face antérieure.

Après avoir ouvert l'estomac suivant une ligne parallèle à la gde courbure et à un travers de doigt au dessus; on voit qu'il existe dans la partie correspondante à l'induration constatée précédemment une tumeur de la paroi antérieure de l'estomac caractérisée par un bourgeonnement encéphaloïde de la muqueuse formant comme un bourrelet de la largeur de

pour section d'une surface médiane déprimée et indurée de forme ovoïde. Dans la portion en rapport avec cette surface, les bourgeons de la tumeur ont perforé l'épaisseur du doigt tendineux à la périphérie ils tendent à se continuer insensiblement avec la muqueuse surtout à gauche. La tumeur se trouve à droite à 4 travers de doigt du pylore qui est absolument sain et en arrière elle arrive jusqu'à 2 travers de doigt du cardia, présentant dans son plus plus grand diamètre 8 à 10 cent. dans le sens transversal pour 6 à 7 cent. de longueur comprenant la portée de la face antérieure comprise entre deux lignes passant à un travers de doigt au dessous de la petite courbure et à un travers de doigt au dessus de la gde courbure. Les autres parties de l'estomac sont encore indemnes. On remarque encore que sur un point le bourgeonnement cancéreux présente une portée du volume d'une noisette qui a pris une teinte grisâtre et qui est sur le point de se détacher.

L'œsophage et le duodénum sont sains, ce dernier contient de matières portant teinte pour la bile.

Rien de particulier du côté du hile du foie dont les ganglions ne sont pas même augmentés notablement de volume.

Le foie est considérablement augmenté de volume aux dépens de tous ses lobes qui sont le siège de nodosités dont le volume varie de celui d'une noix à celui du poing, faisant saillie à la surface de l'organe recouverte encore d'un peu de tissu hépatique ou du contour offrant une teinte blanchâtre avec une saillie plus ou moins prononcée avec ou sans capsule notable. La partie centrale des nodules est d'une teinte plutôt blanche rosée par suite de stries rouges plus ou moins abondantes et à la périphérie les nodules sont irrégulièrement bosselés, de telle sorte que sur les coupes la surface blanche est comme festonnée à la périphérie et d'une teinte plus blanche avec plus de saillie qu'au centre où il existe presque toujours une dépression avec tendance à la désintégration sur quelques points. Les nodules sont plus nombreux à la périphérie du foie; mais il en existe aussi beaucoup dans

sur les nodules, à l'exception d'une collection parenchymateuse.

les parties centrales de l'organe. Le tissu hépatique intermédiaire est de coloration rouge sombre non ictérique. On s'assure que le tronc et les principales branches de la veine porte ne sont pas envahis par la tumeur et ne présentent d'ailleurs aucune coagulation sanguine. Les tumeurs réunies forment une masse plus considérable que le tissu hépatique.

Les reins et les capsules surrénales, la rate et les organes génitaux ne présentent aucune lésion appréciable.

Il existe plus d'un litre de sérosité dans la plèvre gauche. Le lobe inf. du poumon est tassé et atelectasié. Un point blanchâtre de volume d'une tête d'épingle situé dans le tissu sous pleural à la partie postérieure moyenne du lobe fait penser qu'il s'agit probablement d'un point de propagation de la tumeur, sans cependant en avoir la certitude. En outre on trouve que le lobe sup. présente un 3 tiers de doigt de sa partie inf. un engorgement ædémateux du poumon avec des points d'hépatisation rouge grisâtre disposés plutôt en forme de coin près de la surface pleurale. Ces parties placées dans l'eau gagnent le fond du vase. Il s'agit donc bien d'une pneumonie secondaire aiguë avec exp. flocons fibrineux à la surface des alvéoles dans le liquide. Mais le lobe inf. atelectasié n'a pas de pneumonie. Rien de particulier sur le poumon droit emphysémateux.

Le cœur n'offre aucune lésion appréciable.

Foie: 5700 gr. Cœur 300 gr. Rein D: 170. Rein G. 160. Rate 150.

14me Leçon
3 déc. 1896

Carcinose péritonéale avec petite tumeur de la face antérieure de l'estomac - anciennes lésions tuberculeuses guéries dans les poumons.

F. 55 ans ; service de M. Gaboulay, entrée avec les signes d'une tumeur abdominale ayant donné lieu à un péritonite ascitique. Le 21 nov. laparotomie pratiquée par M. Gaboulay et qui lui a permis de reconnaître avec la péritonite, une carcinose péritonéale généralisée sans lésion appréciable de l'estomac au toucher, mais avec une tumeur au niveau du gd épiploon rétracté. Après avoir donné issue au liquide séro-fibrineux contenu en assez grande quantité dans la cavité péritonéale, M. Gaboulay s'est contenté de suturer la plaie. - La malade a éprouvé une grande amélioration de cette opération et notamment les douleurs vives et persistantes dont elle se plaignait auparavant ont complètement disparu. Elle a continué à s'affaiblir, mais elle a survécu pendant neuf jours.

Autopsie le 3 Décembre 1896.

Les fils de la suture n'ont pas été enlevés, toutefois la réunion de la peau semble parfaite.

La paroi antérieure de l'abdomen adhère légèrement près de la suture à la masse formée par

le grand épiploon rétracté et induré, étendu le long du colon transverse où il forme une saillie blanchâtre du volume de 3 ou 4 doigts réunis à la partie médiane et qui va en diminuant de chaque côté.

Le colon transverse adhère aux anses intestinales sous-jacentes qui plus ou moins distendues par des gaz adhèrent entre elles très irrégulièrement, mais assez fortement pour ne pas pouvoir être séparées par simple traction.

L'ouverture de la cavité abdominale a donné lieu à l'écoulement de deux à trois litres de liquide louche roussâtre dont une partie reste encore dans les flancs et dans le petit bassin. En l'agitant on voit qu'il renferme des flocons fibrineux qu'on retrouve aussi sur les anses intestinales et sur les parois abdominales. Mais on aperçoit en même temps sur le péritoine des taches blanchâtres arrondies de 2 à 5 mill. de diamètre, ne faisant pas de saillie notable ou seulement une très légère saillie avec une légère dépression centrale pour les plus larges qui paraissent ainsi ombiliquées et donnent de loin un aspect analogue à celui d'une éruption varioliqueV. ou de taches de bougie On rencontre ces taches en plus ou moins grande quantité sur toute la surface péritonéale. Assez discrètes sur les anses intestinales et les parties correspondantes de la paroi abdominale, elles sont au contraire très confluentes sur le mésentère, le mésocolon les parties déclives du petit bassin, la face inférieure

du diaphragme et en général sur tous les points déclives ou plus ou moins immobilisés soit naturellement, soit par des adhérences péritonéales. Lorsqu'on fait une incision au niveau d'une tache, on voit qu'elle est constituée par une substance blanchâtre infiltrant le péritoine et surtout abondante immédiatement au dessous de sa surface.

L'estomac de volume normal présente de nombreuses taches blanchâtres sur sa face antérieure. Elles sont particulièrement confluentes au voisinage de la petite courbure, tandis qu'elles sont au contraire diminuées en petit nombre au voisinage de la grande courbure. Sa palpation ne permet de sentir aucune induration des parois. L'organe est ouvert par une incision de la face antérieure à un travers de doigt de la gde courbure et parallèlement à elle. On découvre alors sur la face antérieure entre cette incision et la petite courbure, à 4 travers de doigt du pylore une saillie du volume d'une grosse amande entourée de plusieurs saillies du volume d'une noisette à un pois formant un amas principal avec ggs. nodules isolés à la périphérie sur une étendue de 3 à 4 cent. d'une tumeur constituée par une substance

blanchâtre et rosée, molle, d'aspect encéphaloïde. Les parois de l'estomac ne sont ni épaissies, ni indurées à ce niveau. On trouve seulement au niveau de la surface péritonéale correspondante des taches blanches comme sur les autres parties voisines. Sur les autres régions, la muqueuse stomacale est absolument saine et notamment au niveau du pylore et du cardia.

L'œsophage n'est le siège d'aucune lésion. L'intestin ne recèle aucune muqueuse absolument indemne. On trouve seulement quelques ganglions mésentériques augmentés de volume indurés et blanchâtres. Le cordon induré formé par le gd épiploon épaissi et rétracté présente aussi sur la coupe une infiltration du tissu conjonctif par une substance blanchâtre.

Le foie n'est pas augmenté de volume et a sa coloration normale. Mais il présente à sa surface, indépendamment des exsudats récents des taches de 3 ou 4 millim. de diamètre absolument semblables à des taches de leucoplasie. Au niveau de la substance blanche paraît infiltrer la capsule de Glisson formant une légère saillie au dessus d'elle, aucune trace de généralisation dans les parties profondes.

Le pancréas particulièrement examiné n'est le siège d'aucune induration, ni d'aucune lésion appréciable sur les coupes. Le péritoine qui le

recouvrent présente seul à nombreuses taches blanches.
Rien de particulier dans le tube de la rate, des reins et des capsules surrénales. Dans ces organes rien à noter.

Les ovaires sont peut-être envahis par les lésions péritonéales très confluentes sur la paroi inférieure du petit bassin et dont il est difficile de les distinguer en raison de l'épaississement de cette paroi et des exsudats qui la recouvrent.

L'utérus n'offre rien de particulier, il a n'est à la partie moyenne de la face antérieure du corps un petit nugorme interstitiel du volume d'une noisette.

Cavité thoracique. Un litre environ de liquide séro-fibrineux dans la plèvre droite et tout ampliés un demi litre dans la plèvre gauche.

Le poumon droit dont le lobe inférieur est en grande partie atélectasié, présente sur la plèvre 3 ou 4 petits nodules blanchâtres du volume d'une tête d'épingle aplatie qui sont vraisemblablement des lésions de généralisation de la tuberculose. En outre on trouve à la partie moyenne du bord postérieur du même lobe une tache blanchâtre de 4 ou 5 mill. de diamètre sur plèvre viscérale épaissie à ce niveau et qui correspond à un nodule indiqué arrondi situé dans le tissu pulmonaire sous-jacent. Ce nodule d'un volume d'une bille à jouer dont se servent les enfants est constitué par une substance crayeuse très dure enveloppée d'une membrane fibreuse. Le lobe moyen ne présente aucune altération. Mais le lobe supérieur est le siège,

tout à fait au sommet, d'un tissu scléreux noirâtre s'enfoncent dans le tissu pulmonaire au niveau de la plèvre épaissie.

Le poumon gauche a son lobe inférieur congestionné et œdématié. On remarque en outre sur la plèvre, indépendamment des exsudats fibrineux, un groupe de 5 ou 6 petites taches blanchâtres au niveau de son bord postérieur qui correspondent à des nodules de généralisation semblables à ceux du poumon droit, moins plus nombreux. On en rencontre aussi quelques autres disséminés sur la face inférieure. - Le lobe supérieur présente aussi au sommet une cicatrice avec épaississement de la plèvre, mais en outre un peu au dessous au sein du tissu pulmonaire deux gros nodules indurés, crayeux avec capsule fibreuse, du volume d'une noisette et d'un haricot, de même constitution que le gros nodule du lobe inférieur du poumon droit.

Aucune lésion tuberculeuse récente, ni d'aucune autre nature, le tissu pulmonaire étant partout perméable à l'air.

Les ganglions trachéobronchiques ne sont guère augmentés de volume et de coloration noirâtre. Cœur petit sans aucune altération appréciable.

Le corps thyroïde est profondément altéré. Le lobe droit n'est pas augmenté de volume; il est plutôt diminué et comme rétracté et déformé, donnant la sensation

d'une substance pierreuse irrégulière et bosselée du volume d'une noix.
Une incision médiane faite avec le costotome, montre qu'il s'agit d'un kyste à parois irrégulières et épaisses de 2 à 3 mill. d'épaisseur infiltrées de granulations calcaires tout le long du lobe droit.
Le contenu est seulement un peu d'aspect clair. Le lobe moyen arrondi et du volume d'une grosse noix plonge sous le sternum. Il présente une induration anormale qu'on trouve aussi en pratiquant une incision médiane. Sur la coupe on trouve une portion du tissu à la partie inf. avec l'aspect colloïde légèrement jaunâtre infiltré de sang en un point, tandis que à la partie sup. le tissu a plutôt l'aspect fibreux d'un blanc jaunâtre assez résistant.
Enfin le lobe gauche est au moins double de volume et tout entier constitué par un tissu colloïde infiltré de sang en plusieurs points. — On trouve encore au voisinage de ce lobe dans le tissu conjonctif lâche environnant 3 ou 4 nodules du volume d'une noisette à une lentille ayant l'aspect de ganglions plus ou moins augmentés de volume. Deux sont ouverts qui semblent contenir de la substance colloïde semblable à celle du corps thyroïde et donnent alors l'impression de lobules aberrants de la glande. L'un d'eux ouvert par le milieu et deux autres nodules intacts sont mis dans l'alcool pour être durcis et examinés au microscope.

— Rien de particulier du côté du larynx —

— Les centres nerveux n'ont pas été examinés.

Cœur 180 gr.
Reins { droit — 110 gr.
gauche — 120 gr.
Foie — 1170 gr.
Rate — 95 gr.

12me Leçon
8 nov. 1896

Cancer de l'Estomac généralisé au foie sous la forme de gros nodules agglomérés pris pour une tumeur primitive ayant donné lieu à une intervention chirurgicale par laparotomie bientôt suivie de mort.

H. de 37 ans, entré d'abord dans le service de M. Lépine où l'on constatait une tumeur volumineuse au dessous des fausses côtes droites paraissant appartenir au foie dont le bord antérieur descendait jusqu'au niveau de l'ombilic. Le malade ayant, avec un ictère intense, des signes d'obstruction intestinale, fut dirigé dans un service de chirurgie où M. Galoulay tenta une intervention par laparotomie. Il trouva plusieurs de gros nodules du foie sans obtenir autre chose que l'écoulement d'une substance blanchâtre mélangée de sang à l'état demi-liquide et d'aspect pustuleux. Le malade succomba peu de temps après l'intervention.

Autopsie le 27 nov. 1896.

En ouvrant la cavité abdominale, on voit immédiatement le foie augmenté de

volume au dessous du ligament rond, s'avançant en effet jusque vers la ligne transversale passant par l'ombilic et présentant au niveau de son bord antérieur et de sa face supérieure, à sa partie moyenne qui correspond au lobe droit, une masse plus volumineuse qui paraît en grande partie détruite et dont les parties restantes rattachées au foie sont constituées par une substance en détritus où l'on peut difficilement reconnaître des parties blanchâtres ou jaunâtres mélangées d'un sang noir. Ces lésions ne sont pas exactement limitées parce qu'elles sont constituées par l'agglomération de plusieurs gros nodules néoplasiques fusionnés irrégulièrement par les incisions dans l'intervention chirurgicale, de telle sorte qu'on trouve des lambeaux du tissu hépatique au milieu du tissu néoplasique en voie de désintégration.

Il existe sur le même lobe du foie mais à la région postérieure de la face sup. deux autres nodules encore intacts, sous la forme d'une taches blanchâtres sans souillure notable. Sur les coupes, on voit qu'il s'agit de nodules du volume

l'un d'une grosse amande et l'autre d'un petit œuf de poule, constitués tous deux par une substance blanchâtre portant teintée de sang et en voie de ramollissement. Dans les parties profondes on trouve encore deux autres nodules un peu moins volumineux. Les néoplasmes sont parfaitement limités par la substance hépatique devenue ictérique et de coloration vert foncé.

En recherchant dans quel état se trouve l'estomac, on découvre immédiatement par la palpation qu'il existe une induration très prononcée dans le voisinage du pylore et que ces parties immédiatement en rapport avec la surface inf. du foie sont aussi adhérentes au pancréas; que les anses intestinales voisines sont également reliées par des adhérences aux parties du foie atteint et notamment à la face inférieure dans la portion comprise entre la portion de l'estomac atteinte et le hile du foie.

Après avoir ouvert en place l'estomac par une incision longitudinale sur sa face antérieure, on voit que ses parois sont absolument saines sur leur plus grande étendue et que les seules parties atteintes se trouvent au point où l'induration a été perçue, c'est-à-dire, au niveau de la région

prépylorique transformée en un conduit à parois indurées sur tout son pourtour et sur une hauteur de 5 à 6 centimètres. Ce conduit se termine très régulièrement du côté de la cavité stomacale par un rebord induré qui forme un rétrécissement pouvant être pris pour l'orifice pylorique à un examen superficiel. Mais on voit le véritable pylore à l'autre extrémité où il existe aussi un rebord induré. Cette ouverture laisse seulement passer un doigt assez facilement il est vrai, tandis que l'autre ouverture est deux fois plus large. Les autres portions de l'estomac de même que le duodénum ne présentent aucune altération; de telle sorte que la lésion est absolument limitée à la portion prépylorique de l'estomac qui, quoique rétractée avec épaississement de ses parois, forme cependant une cavité relativement aux deux orifices plus étroits, ayant plutôt la forme d'un entonnoir. Les parois de cette cavité sont de coloration jaunâtre avec aspect d'un tissu aréolaire ou strié et grenelé, léger et translucide. Les parois épaissies de même aspect ne laissent plus distinguer leurs parties constituantes normales et paraissent transformées en un tissu néoplasique induré d'aspect colloïde, qui adhère intimement

avec parties voisines. C'est au niveau du foie, sur sa face inférieure, que la cavité limitée par les parois altérées est la plus large, le tumeur s'enfonçant légèrement dans le foie où elle forme comme une capsule, sans pouvoir être détachée de l'organe. Sur une coupe à ce niveau, on voit en effet que l'adhérence de la paroi au foie est intime, car elle paraît, à ce niveau, constituée par dépens de cet organe; mais elle est limitée à la paroi d'une manière régulière, sans aucune altération du tissu hépatique et des espaces parties voisines qui ne sont absolument pas envahis par le néoplasme.

La tumeur adhère d'autre part au pancréas dont le tissu conjonctif paraît épaissi et rétracté, mais sans altération appréciable du tissu glandulaire et sans envahissement des ganglions voisins.

Vers le tissu conjonctif du hile du foie présente les mêmes phénomènes d'épaississement et de rétraction enveloppant les vaisseaux et conduits biliaires au 3 ou 4 ganglions blanchâtres volumineux et indurés paraissant envahis par le néoplasme. Sur leur réunion ils forment une masse du volume d'un œuf de pigeon et paraissant contrairement à la compression des canaux hépatiques qui il est difficile de retrouver au sein de ce tissu conjonctif épaissi et rétracté qui fait adhérer tous les organes voisins à la tumeur de l'estomac ou à la face inf. et au bord du foie.

La veine porte contient un caillot noirâtre en désintégration qui se prolonge jusque dans les parties centrales du foie où on le retrouve sur les coupes. Ce caillot adhère plus ou moins aux parois de la veine. Mais en raison de l'état de putréfaction de ces parties, il est impossible d'y retrouver les caractères manifestes du néoplasme. Il n'est pas moins vrai qu'il s'agit d'une pylephlébite ancienne, si le sujet eut pu être examiné dans de meilleures conditions, on aurait certainement trouvé la preuve de l'envahissement des veines portes par le néoplasme.

Les ganglions trachéobronchiques sus-jacents ne sont pas envahis.

Il n'existe également aucune trace de généralisation dans les autres organes.

— L'examen microscopique de la tumeur et de l'estomac à l'état frais par dissociation, montre que la tumeur est constituée par des cellules en général volumineuses de formes diverses dont le noyau également volumineux est bien coloré par le carmin et dont le protoplasma qui paraît distendre la cellule est constitué par un substratum hyalin granuleux, à côté de ces cellules entières se trouvent des cellules en voie de désintégration dont il ne reste que le noyau ou un vaste débris de protoplasma. Il existe aussi des cellules plus petites fusiformes, moins plus rares ayant les mêmes caractères que les grosses cellules. Dans ces éléments se trouvent dissémiés ou réunis en nombre d'une substance hyaline granuleuse d'aspect colloïde et qui provient évidemment du protoplasma des cellules détruites ou en voie de destruction.

Paris : Cœur : 270. Bern D : 210. Seng. 220. Pat 120.

Ulcère de l'estomac - Athérome aortique, insuff. aortique, hypertrophie du cœur - Sclérose des reins.

Homme de 56 ans, maçon, entré à Longchêne le 1er octob. 97, mort le 7 Novemb. 97.

Histologique 99.97

Séjour antérieur à l'H.D Salle S'Augustin où on fit le diagnostic de cancer de l'estomac.

~~Syphilis~~ Mi-syphilis, mi-alcoolisme, une attaque de rhumatisme il y a 15 ans.

Début des troubles gastriques en Octobre 1895 par des crampes très violentes survenant après les repas et suivies de vomissements qui soulageaient le malade — constipation opiniâtre — 1re hématémèse en Novembre 1895 (séjour de 3 mois à l'H.D) — 2e hématémèse très abondante le 2 Septembre 1897 si abondante que le malade fut transporté sans connaissance à l'H.D.

Au moment de l'entrée à Longchêne : Pâleur extrême, amaigrissement pas très considérable, léger œdème des malléoles — Appétit nul, langue normale, à cause des douleurs provoquées par les aliments le malade ne prend presque plus rien ; cependant le Bicarb. de soude atténue beaucoup les douleurs. Clapotage stomacal sous-ombilical bien marqué. Rien à la palpation du ventre qui est souple sauf une douleur marquée, à la pression à droite de la ligne blanche.

Rien aux poumons.

Cœur : Pointe dans le 6e espace, en dehors du mamelon. Point de frémissement, pas de battements épigastriques. Souffle diastolique typique, dont le maximum est sur la 5e côte près du bord sternal gauche, il se propage en bas et en dehors ; on l'entend encore très bien jusque dans l'aisselle, on le perd dès qu'on arrive sur le bord sternal droit.

Point de souffle systolique — Retard carotidien douteux — Double souffle peu net — Ni souffle oculaire, ni murmure veineux du cou, pas de pouls veineux — Rythme régulier, pouls bondissant.

Apyrexie — albuminurie notable.

Le 2 Novembre 3e hématémèse très abondante.

" 5 " 4e hématémèse (litre au dire des malades)

Point de souffle anémique, les battements du cœur sont encore très énergiques.

Le 8 " 5e hématémèse abondante — Mort dans la nuit.

Autopsie

Autre le cœur & l'estomac.

Poids du cœur = 750

Rein droit = 110

" gauche = 120

Rate = 90

Foie = 1580.

Cicatrices anciennes aux sommets des 2 poumons — Ganglions bronchiques non caséeux.

athérome aortique, mais pas d'ulcères athéromateux & aucun infarctus récent ou ancien dans aucun viscère.

Sclérose rénale : capsule épaissie, atrophie de la substance corticale, kystes etc —

— Autopsie pratiquée par Mlle professeur agrégé ...

On constate aux deux sommets, des cicatrices anciennes occupant les deux sommets manifestement liées à des lésions tuberculeuses guéries — de nombreux ganglions hypertrophiés se trouvent aux voisinage des grosses bronches, mais aucun n'a subi la dégénérescence caséeuse.

Le malade était un athéromateux, terminé les lésions portant sur l'aorte et ayant donné naissance à une insuffisance valvulaire. L'hypertrophie du cœur est caractéristique — l'organe pèse 750 gr. Il n'existe pas d'infarctes, ni récents, ni anciens dans aucun viscère, pas même dans la rate (900 gr). Les reins (R. dr. 110 gr, R. gauche 120), sont manifestement scléreux, la capsule est adhérente à la surface de l'organe granuleuse. Le foie cirrhosé et atrophié, on y constate des kystes.

Nous avons rien de notable à signaler dans le foie, qui pèse 1580 gr.

L'estomac présente deux ulcères bien différents, siégeant au voisinage de la petite courbure. L'un, plus voisin du pylore, présente environ 3 cm de largeur et 2 de hauteur, ses bords surélevés, formant un bourrelet fibreux, plus épais en certain point. Ils présentent pas de traces d'un processus inflammatoire récent — Le second se trouve à égale distance du pylore et du cardia, il possède les mêmes dimensions que le premier, mais il a des caractères anatomiques bien différents. ~~Autour~~ Ses bords sont étagés en gradins, la muqueuse bleuâtre et pourtour, puis un étage concentrique et formé par une tunique musculaire, qui elle même taillée à pic, enfin le fond formé par une autre plan de muscles. — à gauche de cette lésion on trouve une artère dénudée qui a donné lieu à l'hémoptysie à laquelle a succombé le sujet — Il s'agit d'une branche de la coronaire. Nous avons suivi cette artère, au travers des parois gastriques, mais il a été impossible de trouver un point thrombosé. En somme il s'agit de deux ulcères. L'ancien que communément on considère comme cicatrice; l'autre en voie de formation et probablement d'origine thrombosique.

34
Bg. Rey.
4 février 1897

915

Empoisonnement par HCl.

H. de 57 ans. Service de M. Bondet. apporté dans le service avec des signes de péritonite aiguë et de souffrance très grande. Survie de 8 h.

Autopsie le 4 Février 1897.

Sujet ~~pro~~ de taille moyenne présentant un embonpoint très prononcé. Difficultés d'examiner la bouche, toutefois la langue à l'aspect rétracté et jaunâtre. En ouvrant la cavité abdominale on voit s'échapper des gaz et on voit dans les parties déclives un liquide roussâtre. Dilatation des anses intestinales dont la surface a une teinte rouge ons peu sèche. Sur les côtés et surtout du côté gauche le péritoine a une teinte rouge avec quelques suffusions sanguines.

Après avoir ouvert le tube digestif on voit que l'œsophage présente des plis plus accusés que d'habitude surtout à la partie inf^re et une teinte blanc-jaunâtre de sa surface qui paraît comme écailleuse surtout à la partie inf^re. Mais les lésions les plus considérables se trouvent dans l'estomac dont

toute la surface interne est rouge violacée, avec boursouflure de la muqueuse qui offre aussi çà et là de nombreuses ecchymoses. En outre on trouve vers la paroi antéro-inf^r du grand cul-de-sac de l'estomac une escharre de la largeur d'une pièce de cinq francs qui n'est plus constituée que par un tissu jaune grisâtre mince d'aspect filandreux, au centre duquel se trouvent 2 ouvertures de la largeur d'une pièce de 50^cts séparées seulement l'une de l'autre par une trame filamenteuse. Tout autour se trouvent de nombreuses suffusions sanguines. Le liquide contenu dans l'estomac est rougeâtre il se trouve mélangé avec du lait coagulé en fragments. Le liquide et ces fragments que nous avons vu vomir par l'ouverture du grand cul de sac, c'est ce même liquide qui s'est répandu presque dans le petit bassin. Au niveau du pylore l'estomac est fortement retracté, les parois paraissent comme épaissies par le fait de cette retraction et de l'épaississement de la muqueuse, dont la paroi superficielle présente une pellicule grisâtre. Le pylore par le fait de ces lésions, permet à peine laisser passer le petit doigt.

La 1re portion du duodénum présente aussi une retraction avec persistance des plis et coloration brune rougeâtre intense de la muqueuse. L'altération est un peu moins

marqué et cependant encore très nette sur les autres portions du duodénum et sur l'intestin jusqu'à 0,50 environ du pylore.

Plus loin la muqueuse de l'intestin ne renferme que liquides qui ont une teinte lie de vin pâle jusqu'à 3 mètres environ du pylore; puis l'intestin reprend son aspect habituel.

Le foie très volumineux et très gras, à bord arrondis, présente au niveau du lobe g. une teinte brunâtre due au verdissage des lésions de l'estomac.

La surface de la rate a aussi une teinte analogue brunâtre et l'organe est plutôt mou.

L'atmosphère graisseuse des reins est très abondante; les organes n'offrent pas d'altération appréciable sauf que le tissu est plutôt mou, comme si il était un peu putréfié.

Le grand epiplon, le mesentère, les tissus ~~sous-peritoneal~~ sous autour des parois abdominales présentent une forte infiltrage graisseuse.

Infiltrage graisseux aussi très prononcé des médiastins ant.r et post.r

Cœur volumineux avec infiltrage graisseux très prononcé, surtout au niveau du ventricule droit et particulièrement au niveau de la base; les parois des ventricules sont

plus épaisses. Rien de particulier du côté des valvules. Aorte saine sans une petite plaque à la courbure.

Les poumons présentent le sommet et le bord ant. des emphysémateux et dont le siège d'une congestion intense qui donne à la coupe une teinte rouge brune. Mais sans induration, sans nodule, sans caverne et sans aucune lésion pleurale si ce n'est quelques très légères adhérences du sommet droit. Tous les fragments du poumon même de la base surnagent parfaitement dans l'eau. On prend pour l'examen histologique un fragment du lobe inf. gauche qui limite du $\frac{1}{3}$ sup. avec le $\frac{1}{3}$ moyen en arrière. — (Un morceau pris au dessous est parfaitement perméable à l'air et surnage bien) —.

Poids : Cœur 480. rein D. 200. rein G. 220. Foie 2450. rate 180.

Cirrhose du foie avec ictère et Pylephlébite.

H. 65 ans, service de M. Sépin, qui faisait remonter le début de sa maladie à 3 mois seulement.

<u>Autopsie le 4 nov. 1897</u> – œdème notable, mais non excessif des membres inférieurs. Souillures du siège indiquant de mélæna. Abdomen peu volumineux. En l'ouvrant il ne s'écoule guère que deux litres de sérosité citrine; mais une ponction avait été faite peu de jours avant la mort.

Le foie ne dépasse le rebord costal sur la ligne mamelonnaire que d'un travers de doigt; tandis qu'il s'avance notablement au niveau de la région épigastrique. On peut voir immédiat. qu'il est cirrhotique avec ictère; mais qu'il adhère au diaphragme très fort par de nombreux tractus fibreux courts qui le fixent

à ce niveau. Cela explique comment le foie, malgré une augmentation de volume notable, ne s'est pas abaissé davantage au dessous du rebord costal.

Avant d'isoler le foie, on recherche s'il n'existe aucune cause de rétention de la bile ~~dans les~~ trajets des canaux biliaires qui sont absolument sains et parfaitement perméables jusque dans le duodenum qui ne présente également aucune altération.

En coupant les adhérences qui relient le diaphragme à la face supérieure du foie, on remarque non seulement qu'elles sont constituées par un tissu fibreux très résistant et manifestement ancien; mais aussi qu'elles sont le siège de nombreux vaisseaux de nouvelle formation plus ou moins dilatés très vraisemblablement par le fait d'une circulation complémentaire. La face inférieure du foie adhère aussi au duodenum et au colon transverse. L'inflammation se propage plus bas jusqu'au cæcum où l'on constate des adhérences anormales avec la paroi du bassin par des tractus fibreux également très vascularisés.

Lorsque le foie est isolé on constate d'abord son augmentation de volume et de poids (2020 gr.) surtout aux dépens de son lobe gauche beaucoup plus volumineux que de coutume. L'état de la face supérieure est en gd partie masquée par les débris des tractus fibreux qui adhèrent à la capsule épaissie. Mais près des bords on voit que la surface est jaune verdâtre, plus ou moins granuleuse et indurée. C'est sur la face inférieure que les granulations sont le plus manifestes. Ce sont celles qui sont de coloration jaune verdâtre plus ou moins foncée, tandis que les parties déprimées qui les entourent sont grisâtres et manifestement sclérosées. Sur les coupes cette disposition est encore plus manifeste. On voit plus nettement les lobules restés par du tissu fibreux et aussi des plaques fibreuses çà et là sur lesquelles émergent seulement qqs. petites granulations, tandis que sur d'autres points les granulations sont beaucoup plus volumineuses et plus régulières avec fort peu de tissu fibreux à la périphérie. On peut même voir quelques portions du tissu hépatique du volume d'une noisette à une noix, de forme à peu près arrondie

constitués seulement par un tissu hépatique non jaune verdâtre, faisant sur la coupe une saillie notable et ressemblant à de gros nodules adénomateux, sans qu'on puisse cependant affirmer leur nature néoplasique. L'ex. mic. permettra peut-être de trancher la question.

On voit aussi que les grosses branches de la veine porte sont remplies par un substratum jaune verdâtre très mollasse adhérant plus ou moins à la surface interne des vaisseaux et paraissant constitué par un caillot fibrineux. On trouve la présence de ce caillot jusque sur des vaisseaux ayant le volume d'une plume d'oie depuis le tronc de la veine porte à son entrée dans le foie. Aucun ganglion lymphé sur la bile du foie. La vésicule normale est remplie par une bile noire, épaisse.

Le péritoine est partout de coloration blanchâtre et manifeste épaissi, notamment au niveau du mésentère où l'on trouve aussi des vaisseaux plus ou moins dilatés et tortueux.

Le pancréas est manifestement relevé. Il en est de même des capsules surrénales.

La rate est notablement augmentée de volume, enfoncée sous le diaphragme auquel elle adhère intimement, de telle sorte qu'elle ne fait qu'une légère saillie au dessous du rebord costal sous la forme d'une masse blanchâtre, arrondie, correspondant à son extrémité inférieure recouverte comme tout l'organe d'une coque fibreuse de 2 ou 3 mill. d'épaisseur qui adhère de toutes parts aux organes voisins à l'exception de cette extrémité qui offre tout à fait l'aspect d'une surface articulaire. Ces adhérences de la rate d'un part au diaphragme et d'autre part à l'estomac et au colon devraient rendre la recherche de ses dimensions très difficile sinon impossible pendant la vie. L'organe est de consistance ferme avec épaississement des cloisons fibreuses partout de la capsule épaissie. La teinte générale est de coloration rouge foncé. La rate isolée pèse 530 gr.

Les reins ne présentent aucune altération.
R. dr. 170 gr. - R. g. 180 gr.

Le tube digestif ouvert sur toute son étendue n'offre aucune lésion notable, si ce n'est au niveau du cæcum à 4 ou 5 travers de doigt de la valvule de Bauhin, où la muqueuse est légèrement tuméfiée rouge et très vasculaire avec dilatation des vaisseaux sur tout le pourtour de l'intestin, mais seulement sur une hauteur de 3 ou 4 travers de doigt. Cette altération de la muqueuse correspond précisément à celle du péritoine à ce niveau précédemment signalé. Il est probable que les lésions du péritoine ou voisinage du foie se sont propagées jusqu'au cæcum et qu'elles ont déterminé à ce niveau des troubles circulatoires et inflammatoires dans toute l'épaisseur de la paroi intestinale; d'où la congestion et la dilatation des vaisseaux qui ont pu laisser suinter le sang recueilli dans une selle mélanique.

Quelques rares adhérences des plèvres aux les poumons à peu près sains et ne présentant qu'un peu de congestion aux bases.

Cœur sans altération notable. Poids 310 gr.; mais aorte très athéromateuse sur toute son étendue (plaques jaunes, plaques blanches et plaques calcaires).

Fièvre typhoïde. Péritonite consécutive

H. 34 ans, service de M. Séjourné, faisant remonter le début de sa maladie à 25 jours environ et ayant présenté les derniers jours les signes d'une péritonite généralisée. Le malade fut d'abord traité par les bains froids qu'il refusa après 8 à 10 jours. On employa alors les antiseptiques intestinaux : salol et calomel 0,20.

Autopsie le 6 nov. 1897. Abdomen volumineux avec tympanite très prononcée. En ouvrant la paroi abdominale, on voit que cette augmentation de volume tient surtout à la distension excessive du colon transverse par des gaz et au même état, mais à un moindre degré des anses intestinales superficiellement placées. Ces anses à surface rougeâtre légèrement dépolie sont agglutinées entre elles par un exsudat blanchâtre et non manifestement purulent peu abondant, permettant d'isoler les anses ~~sans l'écraser~~ de légères tractions.

Les sondes sont plus abondantes vers les parties déclives et notamment à droite au niveau de la portion ascendante du colon. On trouve en outre un peu de pus liquide, surtout à la partie inférieure de la cavité pelvienne.

En examinant très attentivement et sur place l'intestin sur tout son parcours, on ne découvre en aucun point une rupture manifeste de sa paroi. On remarque seulement l'augmentation très marquée des sondes et la fixation anormale par elle de la portion ascendante du colon.

Après avoir isolé et ouvert le tube digestif sur toute son étendue, en procédant avec beaucoup de soins pour éviter de détériorer l'intestin; on ne constate pas davantage de rupture, mais on voit que la muqueuse intestinale est le siège de lésions importantes qui au niveau du gros intestin ont dû donner lieu à la péritonite.

Et d'abord sur l'intestin grêle on ne découvre des lésions que sur les 15 derniers centimètres où se trouvent des ulcérations en voie de cicatrisation. Ce sont des ulcères arrondis ou ovalaires ou un peu irréguliers surtout sur la valvule où ils sont confluents, dont le centre est blanc avec rougeur, tandis que la portion

légèrement tuméfié et de coloration noirâtre, ardoisée. On trouve aussi quelques points noirâtres isolés correspondant à des follicules qui n'ont pas été ulcérés. Du côté du péritoine à ce niveau, subit un peu de vascularisation augmentée, sans exsudat adhérent.

Le gros intestin présente au niveau du cæcum plusieurs ulcérations arrondies diminuées à bords rougeâtres tuméfiés et à fond complètement détergé assez nettement. Puis on trouve à 20 cent. environ de la valvule de Bauhin une ulcération plus large et plus profonde paraissant formée par l'agglomération de plusieurs follicules ulcérés et ayant 2 travers de doigt dans le sens transversal de l'intestin pour un dans le sens longitudinal. Cette ulcération de même aspect que celles du cæcum et manifestement plus récentes que celles de l'intestin grêle, présente un fond plus étendu et tout à fait mince, mais cependant sans perforation. Tout autour, en dessus et en dessous, le péritoine est recouvert d'un

exsudat purulent abondant et adhérent. C'est cette ulcération qui tire manifestement de cette le point de départ de la péritonite qui du reste est survenue insidieusement et lentement et se présente avec les lésions les plus prononcées à ce niveau.

Au dessous de cette grande et profonde ulcération, on trouve encore quelques petites ulcérations isolées semblables à celles du Cæcum, disséminées jusqu'au niveau de l'S iliaque. Indépendamment des ulcérations, il existe en assez grand nombre de points noirs irréguliers se rapportant manifestement à des lésions plus anciennes des follicules du gros intestin et paraissant contemporains de celles de l'intestin grêle.

Ganglions mésentériques un peu tuméfiés. Rate peu augmentée de volume 250 gr. Reins n'offrant rien de particulier. Dr. 160 sg. 170 gr. Foie pentêtre un peu gros. 1500 gr. Cœur 230 gr. Poumons présentant seulement un peu de congestion aux bases.

9
24e Lyon
7 janv. 1897

505

Mal. de Bright. Pleurésie g. ancienne. Ancienne péritonite adhésive de la surface du diaphragme et des organes voisins — Pleurésie droite en début et péricardite récente.

H. de 28 ans. Ste Elisabeth. ayant présenté les signes du mal de Bright. avec battements péricardiques les derniers jours.

Autopsie le 7 Janvier 1897

Les plèvres gauches sont épaissies et adhérentes surtout en arrière et à la base où se trouve une large plaque fibreuse étoilée indice d'une ancienne pleurésie. Le lobe inférieur de ce poumon est très réduit de volume et frêle aussi réduit par la plèvre scléreuse et épaissie, cependant il contient un peu d'air; le tissu est seulement de coloration plus foncée et noir, il est réduit au moins au $\frac{1}{3}$ de son volume environ. Par contre le lobe supe paraît notablement augmenté de volume et son bord postre mesure 0,15 centim. de hauteur; il n'est le siège d'aucune lésion appréciable. — Le poumon Dr. est volumineux et dans la moitié supe les plèvres sont recouvertes d'un très léger exudat fibrineux donnant cependant au doigt un peu la sensation de la langue de chat; dans la partie correspondante

du poumon il existe de l'engorgement avec persistance cependant de la présence de l'air.

L'aorte descendante est dévie à ~~droite~~ gauche par adhérence à la plèvre épaissie et rétractée.

En ouvrant le péricarde on voit ~~sur~~ la surface correspondante des 2 feuillets un léger exsudat ~~recouvrant~~ la cavité de l'angle droit et analogue à celui qui a été constaté sur les plèvres droites. En outre il existe des exsudats filamenteux unissant certains points des 2 feuillets surtout nombreux au niveau des oreillettes et de l'origine des gros vaisseaux; il en existe aussi quelques uns près de la pointe vers la région ant.r et seulement 50 grs. de sérosité dans la poche inf.re du péricarde. — Le cœur est hypertrophié. Sans lésion orif.ielle, on remarque seulement 2-3 plaques d'athérome commençant à l'origine de l'aorte.

Les reins sont diminués de volume, dégénérés, d'une consistance augmentée, avec une teinte blanchâtre, sous la capsule manifestement épaissie. Après avoir enlevé la capsule on trouve la surface de l'organe très granuleuse; les granulations apparaissent de couleur blanchâtre sur un fond rouge. A la coupe, substance corticale bords amincis, striées. Substance corticale blanchâtre. — Les capsules surrénales sont manifestement augmentées de consistance et amincies, sur la coupe la substance

médullaire apparaît blanchâtre et manifestement sclérosée. L'une paraît plus altérée que l'autre.

Le foie ne présente rien de particulier si ce n'est les adhérences filamenteuses nombreuses qui le relient au diaphragme et sur le bord antérieur immédiatement au dessus du fond de la vésicule biliaire un nodule de la grosseur d'une noisette constitué par une capsule fibreuse enveloppant une matière craieuse, mais immédiat.t en dehors de la capsule de Glisson.

La rate présente comme le foie des adhérences au diaphragme mais encore plus intimes.

Les capsules de la rate et du foie sont manifestement épaissies, mais le parenchyme des 2 organes ne paraît pas altéré. Des bandes fibreuses filamenteuses relient encore la face inf.e du diaphragme à l'estomac, qq.s unes au niveau du cul-de-sac et en plus grand nombre au niveau de la petite courbure. Il en existe qq.s unes reliant le diaphragme au duodénum et au colon transverse.

Poids : Cœur 580. Foie 2000. Reni droit 12 g. Rate 200 g.

R.— à noter avec les ~~lésions~~ de la pleurésie ancienne du côté gauche de ses adhérences péritonéales remontant probablement à la même époque une péricardite récente coïncidant avec une pleurésie également récente du côté droit ; ce qui semble indiquer la concomitance des lésions des séreuses plutôt que la propagation de l'une à l'autre dans ce cas ? — Sclérose des capsules rénales accompagnant celle des reins — Enfin hypertrophie compensatrice manifeste du lobe supérieur du poumon gauche dont le lobe inférieur est réduit à un petit volume par la pleurésie ancienne.

Hypertrophie cardiaque avec oblitération par athérome de la coronaire antérieure, d'où myocardite scléreuse avec amincissement et dilatation sur un point du ventricule gauche.
— Reins scléreux prob^t par oblitérations vasculaires avec prédominance des lésions sur le rein droit très atrophié.
— Infarctus pulmonaires récents.

—

F. 58 ans, s. de M. Sépine, cardiaque ayant présenté avec les signes d'hypertrophie du cœur un souffle systolique intense dont le maximum était à la pointe, mais qui avait disparu momentanément à plusieurs reprises.

Autopsie le 18 nov. 1897. Œdème notable des membres inférieurs; écoulement de 5 à 6 litres de sérosité en ouvrant la cavité abdominale.

Malgré l'emphysème du bord ant. des poumons, le cœur apparaît couché sur le diaphragme en présentant une assez large surface en rapport avec la paroi

la pointe correspondant au 6me espace intercostal en dehors du mamelon. Les oreillettes sont volumineuses, remplies de caillots cruoriques qui se continuent avec ceux contenus dans les ventricules aussi manifestement dilatés. Les valvules auriculo-ventriculaires participant à l'hypertrophie cardiaque sont élargies et épaissies, mais sans trace manifeste d'endocardite, ni d'athérome. Après avoir enlevé les caillots contenus dans le ventricule g. on voit à l'épreuve de l'eau que la valvule mitrale arrive à produire une occlusion complète. Il n'en est pas de même pour la tricuspide qui laisse toujours remonter de l'eau vers le centre où les bords épaissis des valves ne peuvent pas arriver à une coaptation suffisante. Les sigmoïdes de l'aorte sont un peu épaissies comme il arrive chez les athéromateux avec hypertrophie du cœur, mais sans rétrécissement ni insuffisance.

Quoique les sigmoïdes de l'aorte soient suffisants et qu'il n'existe rien que quelques plaques jaunes d'athérome dans l'aorte, le ventricule gauche présente une dilatation tout à fait insolite. Par un examen plus attentif, on voit que la dilatation porte sur une région déterminée qui est la partie moyenne de la région externe du ventricule gauche et que la paroi ventriculaire est notablement amincie sur ce point, ce qui amène à rechercher l'état des coronaires. Leur orifice paraît normal. On ouvre la coronaire antérieure dont la branche droite ne présente que qqs. lésions athéromateuses sous la forme de plaques jaunes rétrécissant seulement son calibre. Mais la branche gauche présente immédiatement des lésions athéromateuses beaucoup plus considérables avec calcification des parois sur une étendue de 2 à 3 cent. Où le niveau l'artère dont le calibre est très rétréci est remplie de caillots

en partie fibreuse et en partie cartilagineuse ne paraissant pas très ancien. Mais immédiatement au dessous l'artère présente extérieurement une nodosité qui correspond à une obliteration complète par un caillot fibreux ancien. C'est immédiatement au dessous de ce point que commence la dilatation de la paroi aortique sur l'étendue d'une pièce de 5 fr. ou moins. Une coupe un peu au dessus de la nodosité et perpendiculaire à la direction de l'artère permet de trouver encore celle-ci sous la forme d'un petit cordon plein. On voit aussi que la paroi aortique est constituée par un tissu scléreux contenant peu de fibres musculaires et d'autant moins qu'on examine le point central le plus ancien qui n'a guère que 2 à 3 mill. d'épaisseur, avec un peu d'épaississement du péricarde viscéral et surtout de l'endocarde ayant à ce niveau une teinte blanchâtre. Ces lésions paraissent anciennes et on ne découvre aucune lésion récente. La coronaire postérieure ne présente aucune altération.

au niveau des autres régions les parois du cœur gauche sont manifestement épaissies. Le cœur droit est également dilaté et épaissi, mais sans lésion de myocardite appréciable. Poids du cœur 680 gr.

Poumons volumineux, emphysémateux, sans adhérences pleurales, sans pleurésie. On remarque seulement à la base du lobe inf. droit en arrière, tout près du bord, deux infarctus récents, l'un du volume d'une amande et l'autre d'une noisette. Sur la partie symétrique du lobe inf. gauche se trouve encore un infarctus du volume d'une amande. Fort peu de congestion autour de ces infarctus qui paraissent tout à fait récents. Rien de particulier dans les branches de l'artère pulmonaire, pas plus que dans le cœur droit examiné avec beaucoup de soins.

Foie de volume normal, un peu congestionné; mais sans présenter l'aspect du foie muscade, sans trace de sclérose; 1480 gr.

Reins très atteints. Le rein droit très diminué de volume et comme rétracté ne pèse que 80 gr. Son tissu paroît plus résistant et sa surface présente des sillons et des dépressions très prononcés. Après avoir enlevé la capsule épaissie, on voit bien mieux cet état de la surface du rein qui lui donne une vague ressemblance avec un cerveau de Chien, en raison des sillons plus ou moins allongés et contournés qui alternent avec les dépressions et la coloration rosée de ces parties. Sur la coupe, on remarque d'abord un bord mince très sinueux, avec des festons très prononcés correspondant aux sillons et dépressions de la substance corticale. En réalité il n'y a pas de sillon véritable, car il n'y a nulle aucun point d'augmentation de volume de la substance corticale qui est plutôt diminuée d'une manière générale et atteinte au niveau des dépressions où il existe une sclérose manifeste rappelant tout à fait celle des anciens infarctus. Aussi semble-t-il que ce rein a été le siège d'infarctus multiples qui ont donné lieu à ces sclérose

multiples diminuées sur toute la couche corticale du rein d'où sont résultées les dépressions irrégulières séparant les portions qui n'ont pas été détruites et qui font une saillie relative. Cependant pas d'oblitération ~~sauf~~ autour de l'artère rénale.

Le rein gauche est aussi diminué de volume, ne pesant que 140 gr., avec une consistance un peu augmentée. La capsule présente un peu d'épaississement anormal. Après l'avoir enlevée, on constate que la surface est, çà et là le siège de légères dépressions qui paraissent comme un diminutif des lésions du rein droit.

Reste diminué de volume et ferme; 140 gr.

Le péritoine a une teinte générale blanchâtre. Il est manifestement épaissi. En outre on trouve sur le mésentère des traînées blanchâtres irrégulières, indices certains d'inflammation chronique.

Les deux trompes sont oblitérées avec retention d'un peu de liquide, ~~et~~ prédominance des lésions inflammatoires du côté droit où existent des adhérences à la paroi latérale de la cavité pelvienne. — Utérus normal, mais non signes d'~~[illegible]~~

29e Leçon (suite),
9 janv. 1897

509

Maladie kystique des ovaires —

Mal de Bright. Kystes multiloculaires, conglomérés, d'aspect des 2 ovaires. Petits ~~corps~~ myomes de l'utérus et goitre. — hypertrophie du cœur avec ligne endocardite du cœur gauche. — Infarctus pulmonaires du côté droit. avec épanchement pleural.

F. de 68 a. Sce de M. Bouchet.

Autopsie 6 Janvier 1897.

Œdème des membres inf.rs ~~avec kyste~~. Après avoir ouvert le sujet on remarque qu'il y a un épanchement de sérosité dans les 2 plèvres (de 1 lit½ à 2 lit. de chaque côté), sans une goutte de liquide dans la cavité abdominale où par contre on trouve un énorme kyste obturant la cavité du petit bassin tout entière et faisant saillie au-dessus du détroit supérieur. Ce kyste qui a ~~eu~~ au moins le volume d'une tête d'enfant, s'est développé aux dépens de l'ovaire ~~droit~~ gauche, avec lequel il fait corps et qui est encore le siège de kystes plus petits, agglomérés, du volume d'une noisette à une noix, formant une masse comme ~~une pièce grossière~~ de gros glaçons de cassis, appliqués aux dessous des gros kystes. Tous ces kystes en général du volume d'une noisette à une noix sont cloisonnés par une paroi membraneuse blanchâtre, mince, résistante à surface lisse, ~~et~~ isolés, ~~et~~ communiquant par

Dr

d'autres kystes quoique réunis en un tronc agglomérés contenant un liquide absolument aqueux. L'ovaire droit est semblable à celui de cote gauche moins le gros kystes, c'a d mêmes kystes agglomérés de même volume etc..... La trompe est toute la fois indépendante et quoique elle soit obstrée elle ne présente pas de dilatation, on remarque des kystes ou un trouve qui contient petite de volume d'un pois d'un et d'un et d'oeuf. On remarque encore quelques kystes à volume un et large, large entier au volume de la trompe. L'utérus présente de fort minimes interstices de volume à un gros pois. Il existe en outre sur le ligament large gauche à une travers de doigt de l'utérus un myome indépendant qui a le volume d'une grosse noisette.

Le cœur considérablt augmenté de volume présente une plaque laiteuse au niveau de l'infundibulum près de la cloison interventriculaire et une autre plaque un peu en avant à 1 tgr. de doigt au dessus de la pointe. Les parois du cœur sont très épaissies, les cavités dilatées remplies de caillots cruoriques. On remarque sur les sigmoïdes de l'aorte au niveau des valvules d'Arantius de petites végétations filiformes avec un peu d'épaississement et de rétraction du module de la valvule antero-latérale gauche sans rétrécissement ni insuffisance. La valvule mitrale présente un épaississement au niveau de son bord libre et sur les parties épaissies de chaque valvule qui sont en rapport se trouve de petites végétations et même une

petite crête saillante sur la petite courbure immédiat^t au dessus de la ligne de contact — Le cœur droit ne présente aucune lésion appréciable des orifices et toutes les cavités examinées avec beaucoup de soin ne présentent aucun caillot ancien. — L'aorte présente une seule plaque calcaire à la partie inf^re de sa courbure.

Le poumon droit est le siège d'un infarctus du volume d'une petite poire d'autant plus saillante à la partie post^re du lobe inf^r que le reste de ce lobe est très atélectasié. La grosse portion est tournée vers la périphérie, au lieu que la pointe est vers le centre où on trouve des vaisseaux remplis de caillots anciens. En ouvrant les branches de l'art. pulmon. on voit un caillot partie ancien, partie récent, qui commence vers le hile du poumon et qui se termine au delà de l'infarctus par le caillot ancien indiqué précédemment. Ces caillots commencent à adhérer en quelques points à la paroi du vaisseau. On en trouve encore dans des branches intercellules qui se rendent soit à la base, soit à la surface interne où se trouvent des infarctus moins volumineux, comme aplatis et rétractés, paraissant plus anciens. Mais on trouve aussi des caillots partant du hile et se rendant vers le lobe moyen et même sup^re où il n'y a pas d'infarctus. Toutefois à ce niveau ils caillots

s'arrêtent à 4-5 mm. de doigt du bile. Le lobe inf.r gauche est également atélectasié en grande partie et cependant il reste une petite portion en forme de coin à la partie postero-interne, (de 2 ou 3 centim.s de largeur) qui est tout à fait blanchâtre, emphysémateuse et se détache sur le reste du poumon brun-violacé. Une autre petite portion emphysémateuse au bout d'une languette se trouve à la partie interne du même lobe. Il existe de chaque côté des sinuosités à ~~M~~ les grosses bronches seulement. Le lobe sup.r de chaque poumon est très emphysémateux.

Les reins sont tous deux diminués de volume, déformés et indurés, avec épaississement de la capsule adhérente à l'atmosphère cellulo-graisseuse. La capsule enlevée on trouve un aspect granuleux régulièrement marqué et sur la coupe du tissu induré, la substance ~~corticale~~ a également l'aspect rouge grisâtre granuleux.

Le foie : un peu cardiaque
Rate : petite.

Poids : Cœur 370. Rein D : 90. Rein G : 95. Foie 1100. Rate 80

Poids des kystes de l'ovaire gauche : 1450.

— à remarquer : le volume d'une des cavités kystiques de l'ovaire gauche avec la maladie kystique des ovaires bien caractérisée, sauf les petits kystes disséminés sur le bord de l'organe. — Concomitance des kystes avec des tumeurs utérines et un goître. — L'endocardite récente des valvules du cœur gauche, manifestement secondaire dans le lieu de l'endocardite des infarctus pulmonaires sans lésion du cœur droit, ni du système veineux, mais coïncidant avec l'endocardite du cœur g. — L'hypertrophie du cœur droit c'est le cas le plus fréquent, ce qui semble établir qu'ils résultent de thrombose par le sang altéré de la stase plutôt que d'embolies. — Les caillots des gros troncs artériels sont consistants, comme on en trouve non seulement au dos des gros infarctus mais aussi dans les gros vaisseaux du hile en rendant au lobe sup. gau. il n'y a pas d'infarctus. — Saillie très prononcée des gros troncs de l'artère pulm. — Volume dû à l'épanchement pleurétique. — Quatre infarctus plus récents au sommet droit et au lobe sup. gau.

Néphrite scléreuse atrophique avec hypertrophie du cœur — Dilatation énorme de la veine cave sup^re, du tronc innominé, de la jugulaire interne droite et de l'axillaire droite, aussi que de la veine cave inf^re; avec œdème très prononcé des membres inf^rs et ascite énorme — ancien kyste hydatique du foie.

H. de 48 a. Ser.^ce de M. Weissier.

Malade ayant présenté indépendamment des signes du mal de Bright, des mouvements ondulatoires au niveau du cœur, aussi que la fixité de la pointe et les changements de position, avaient fait croire à une synéphyse du péricarde. On avait aussi constaté au niveau de la base et à l'origine des gros vaisseaux un double bruit de souffle, puis sur la jugulaire un pouls veineux — Ces phénomènes avaient fait penser à une maladie de Hodgson et à une compression de la v. cave par l'ascite ascendante dilatée.

Autopsie le 17 nov^bre 1896

On examine d'abord la veine dilatée, on voit en effet que la veine mène à une sorte énormément dilatée, mais qu'elle n'est point comprimée sur

aucun point.

Le cœur est hypertrophié, surtout aux dépens du cœur gauche ~~ayant~~ avec un peu d'hypertrophie du V. D. ~~ayant~~ et une énorme dilatation des oreillettes hypertrophiées, sans aucune lésion orificielle. L'aorte présente seulement q.q.s zones plaques jaunes peu saillantes, peut-être avec un peu de dilatation de sa portion ascendante, mesurant au point le + large $9^{cms}\frac{1}{2}$. Le péricarde et le son orifice 7^{cms}. L'artère pulmon. mesure $7^{cms}\frac{1}{2}$ sans aucune lésion appréciable.

Il n'y avait pas de péricardite, ni d'adhérence du péricarde, on remarquait seulement des plages lenticulaires un peu éparses, disséminées sur les points les plus saillants des régions ant.re et post.re des V. G.; une large plaque opaline paraît unir l'aorte et l'art. pulmon. au niveau de la face ant.re.

Les reins sont considérablement diminués de volume mais avec conservation de leur forme. Ils sont constitués par un tissu très sclérosé avec diminution de volume des parties constituantes du rein. Epaississement et adhérence de la capsule, le tout caractérisant le fait rein contracté.

Foie : également diminué de volume. Coloration sans altération manifeste de sa substance, sans sclérose évidente. Il présente au niveau de son bord et sur sa face inf.re à droite de la vésicule une tumeur de volume d'un œuf de poule, un peu arrondi, constituée par une coque

fibreuse très résistante de 4–5 mm. 5 d'épaisseur
Df. laquelle se trouve une matière gélatiniforme
sanguinolente ou crayeuse Df. d'autre points.
Lesions qui paraissent se rapporter manifestement
à un ancien kyste hydatique.

Rate : petite, indurée.

Poids : Le poids de ces 2 cavités jumelles
dans cette lesion prétendue manifeste qu'une diminution
de volume de la partie par rétrécissement de la partie
inf.re du lobe inf.re de chaque côté.

Poids : Cœur : 440 — Reins chacun 150 grs —
Foie : 720. Rate : 70.

R. — Il résulte de cette autopsie que les signes donnés comme caractéristiques de la symphyse péricardique (mouvement d'ondulation de la paroi au niveau du cœur, effacement de la pointe dans les déplacements) se sont trouvés en défaut. — Outre que la maladie de Hoyden doit se rencontrer rare à 48 ans ; il n'est pas probable que les lésions de l'aorte qui la caractérisent puissent donner lieu à une compression de la veine cav. sup. Il faudrait un anévrysme dont les signes feraient défaut. Du reste on ne pourrait pas attribuer les troubles de la circulation veineuse dans le domaine de la V. cava sup. à une compression de ce vaisseau, alors qu'il existait des troubles analogues dans celui de la V. cava inf. Dans ces cas de ce genre l'obstacle est du côté du cœur où il se traduit par une dilatation des oreillettes, non pas surtout de l'oreillette droite ; car l'état de ces deux organes similaires est toujours solidaire. Bien qu'il ne soit pas commun de rencontrer une dilatation veineuse aussi prononcée que dans ce cas sur un mal de Bright ; il est cependant à remarquer qu'une dilatation plus ou moins prononcée des oreillettes et des veines est habituelle dans cette maladie où elle paraît provenir de l'hypertension artérielle et de son retentissement sur le poumon, puis sur la circulation veineuse. Elle doit être d'autant plus prononcée que les reins sont plus réduits de volume. C'est vraisemblable parce que les lésions des reins étant très prononcées dans ce cas que elles ont donné lieu à des troubles veineux plus marqués que d'ordinaire. — Les souffles constatés à la base du cœur étant manifestement anorganiques on ne peut les attribuer à la compression d'un cœur pulmonaire, car le bord antérieur de chaque poumon étant atteint par des adhérences intimes des plèvres au delà de la section pratiquée de chaque côté sur les cartilages intercostaux pour ouvrir le thorax à quelques millimètres de la portion osseuse de chaque côté et les gros vaisseaux comme la base du cœur étant indiqués en rapport avec la paroi thoracique. — Le goitre avait disparu en dernier lieu probable par suite de l'épanchement pleural

— Hypertrophie du cœur avec lésions peu appréciables des reins. — Infarctus pulmonaires. et Pneumonie secondaire de la base droite ; épanchement pleural double — Petite lacune dans l'hémisphère droit.

A. de 72 a. Mme Elisabeth. On avait constaté pendant la vie que le phénomène de Cheyne-Stokes et les traces d'albumine dans l'urine sans autre modification de ce liquide.

Autopsie le 18 nov.bre 1896.

Cœur très hypertrophié aux dépens des 2 cœurs et surtout du gauche. Sans lésions des orifices qui sont tous suffisants — L'aorte présente quelques rares plaques jaunes dans sa portion ascendante, une plaque calcaire à la partie inf.re de la courbure et sur l'aorte descendante jusqu'au tronc cœliaque 3-4 plaques unicées avec dépôts filtrieux à ce niveau.

Les reins sont diminués de volume. Sans altérations bien manifestes, cependant ils présentent une assez grande résistance à la section. Les bords sont minces et quoique la capsule ne soit pas adhérente, on trouve quelques points de la surface légèrement déprimés.

Poumons et plèvres. Epanchement de deux litres au moins à droite, un peu moins abondant à gauche. (Sérosité avec g. g. s flocons fibrineux surtout à gauche). — Le poumon gauche présente au niveau du lobe inf^r une atélectasie ~~et~~ peu près complète sur 2 travers de doigts d'épaisseur de la base et de la périphérie, toutefois elle diminue un peu vers la partie sup^re. Le bord antérieur du lobe sup^r est emphysémateux et présente vers la partie inf^re successivement 3 infarctus ~~dont~~ le volume varie d'une amande à une petite noisette. — Le poumon droit est plus volumineux que le gauche à la base où l'affaissement du poumon est peu marqué. L'incision montre qu'il existe à la base du lobe inf^r un large infarctus et au-dessus une dépatisation du poumon qui va en diminuant peu à peu jusqu'à la partie sup^re de ce lobe. Il s'agit d'une dépatisation rouge avec congestion intense qui est ~~surtout~~ surtout très prononcée au voisinage de l'infarctus.

— Cerveau : sur la coupe frontale de l'hémisphère droit on trouve à peu près à la partie moyenne de la capsule interne une petite lacune n'ayant à peu près le diamètre d'un haricot, plaie hémorrhagique et empiétant un peu sur le noyau lenticulaire. — Artères de la base de l'encéphale athéromateuses sans oblitération.

— Poids : Cœur 570 gr — Rein D. 130 — Rein G : 110. Foie : 1150 — Rate : 140.

Petits reins blancs rétractés. Cœur non hypertrophié. Œdème un peu louche très marqué sous pré. mérien. Pas d'ascite pas d'épanchement pleural, pas d'œdème sous-cutané.

H. de 64. ans. Salle St Augustin. Le cadavre porte sur les 2 genoux et un orteil à g. des traces de brûlures probables. Sur la main droite et l'avant bras droit ecchymoses d'aspect pétéchial et non traumatique. Le malade était signalé sur la feuille de décès comme un apoplectique (entré à 3h⁰⁰ en détresse, mort 7 la nuit sans renseignements ni interrogatoire).

Autopsie le 6 Janvier 1892.

Le cerveau offrant un œdème louche sous pié-mérien de toute la convexité en avant comme en arrière, mais plus marqué en arrière — Les coupes de Pitres ne révèlent ni hémorrhagie ni ramollissement, pâleur et anémie du cerveau.

Reins très petits, très durs, capsule très adhérente, substance corticale très granuleuse; néanmoins grande pâleur des reins qui sont restants à la coupe, alliés donne les bords festonnés.

Les capsules surrénales sont saines

Le cœur pas volumineux, n'offre pas un

Ventricule gauche hypertrophié. Sur la grande valve de la mitrale 3-4 petites végétations endocardiques récentes et fragiles. — La mitrale est suffisante et souple. — L'aorte présente des taches discrètes d'athérome. Rien sur les sigmoïdes qui sont souples et suffisantes.

Les poumons offrent : adhérences pleurales inveterées de toute la plèvre droite, plus serrées au sommet et à la surface diaphragmatique. Pas de liquide, ni d'exsudat. — Congestion hypostatique des 2 bases, qui crépitent encore. Pas de noyau bronchopneumonique.

Foie : surface lisse, sans cirrhose. Quelques angiomes de surface. Quelques taches amyloïdes de surface.

Rate petite ratatinée.

Poids : Cœur 370. Foie : 1250. Reins D. 80. Reins G. : 100. Rate : 80.

Ancien foyer d'hémorrhagie ou de ramollissement au niveau de la portion externe du noyau lenticulaire sur la coupe pariétale de l'hémisphère droit consistant dans une petite cavité pouvant contenir une fève et se renfermant qq uns peu de liquide nicolaire. — Arkus circulaires très athéromateuses — athérome de l'aorte — aucune lésion ancienne du cœur — Bronchopneumonie de la base droite gauche sous forme de petites taches grises du volume d'un pois consistrieiger un tissu hépatisé sur l'étendue de 4-5 cms en tous sens et se détachant sur un fond rouge du tissu vaguement engorgé. — Lésions commencantes de même nature et sur une point symétrique du poumon droit. Dans les autres parties des 2 poumons œdème très marqué du tissu pulmonaire. — Aucune lésion très marquée des autres organes.

H. de 72 ans. St Elisabeth.
Autopsie le 7 Janvier 1897.

Poids des organes : Cœur 330. Foie 1050. Rein Dr. 150. Rein G. 150. Rate 150.

Hypertrophie prostatique. Vessie à colonnes. Dilatation des uretères, des calices et du bassinet avec <u>néphrite ascendante</u>. Atrophie du rein Dr, avec hypertrophie compensatrice relative du rein g. — <u>Petit cœur</u>.

H. de 74. a. Service de Mr Bouchet.

<u>Autopsie le 9 Janvier 97.</u>

Sujet très amaigri sans trace d'œdème.

On remarque tout d'abord que la vessie, dont les parois paraissent éparsiques, est cependant distendue par une assez grande quantité d'urine qu'on peut évaluer à 400-500 gr. On remarque aussi, sur place, la dilatation des uretères et des bassinets, qui est plus marquée à droite, côté où le rein est très atrophié, tandis que le rein gauche est hypertrophié.

Après avoir ouvert la vessie sur la face ant.re, on voit immédiat.t une saillie du ~~lobe~~ médian formée évidemment par le lobe médian de la prostate et dont le volume est égal à celui d'une châtaigne, de forme conique à extrémité effilée se continuant avec le renflement dont la base forme comme un bouchon au niveau de l'orifice post.r de l'urètre, qui est représenté très bas par une fente transversale située à la partie antérieure et supérieure de la masse saillante. La sonde introduite

Dans l'urètre vient butter contre la masse, la difficulté de pénétration dans la vessie est encore augmentée, comme on peut le voir par l'inspection de l'urètre longitudinale, par un certain degré d'hypertrophie du lobe gauche formant une saillie latérale gauche qui s'emboîte avec une autre petite saillie plus limitée, pédiculée, du volume d'un gros pois, sur le lobe droit, où se trouve encore une saillie plus petite. La grosse saillie du lobe median est dure, ferme, légèrement bosselée, et présente en outre à sa surface de petites saillies glandulaires sous forme de 5-6 verrucules de la grosseur d'une tête d'épingle. Les parois de la vessie sont épaissies et présentent la disposition à colonne bien marquée surtout à la base et à la partie postero-supérieure, ce n'est en somme qu'en avant où c'est moins marqué. L'orifice de l'urètre droit est un peu agrandi, on y introduit aisément la sonde, tandis que celui du côté gauche est très petit et que la sonde y pénètre tout juste. — L'urètre du côté droit est dilaté, du volume du petit doigt, à parois épaissies, à muqueuse rongeâtre; mais son orifice dans le bassinet n'est pas dilaté. Le bassinet de ce côté présente une dilatation très marquée, avec épaississement et aspect rouge tomenteux de la muqueuse; dilatation du bassinet et des calices avec le même aspect de la muqueuse; tissu rénal très atrophié, lessivé, rougeâtre, avec capsule épaisse adhérente. — L'urètre du côté gauche présente les mêmes lésions que celui du côté droit, mais à

un moindre degré. Il en est de même pour le bassinet et les calices. Le rein g. manifestement augmenté de volume, son tissu est rouge ~~g~~ un peu grisâtre au niveau de la substance corticale épaissie et augmentée de résistance. La capsule est également adhérente et épaissie.

Le cœur manifestement diminué de volume, ne présente aucune lésion appréciable.

Poumons : emphysème en avant, congestionnés et même une congestion à la base droite en arrière. Au sommet droit masse indurée du volume d'une grosse noix qui sur la coupe est constituée par un agglomérat de nodules durs de sclérose, dont le plus volumineux contient au centre une matière crayeuse.

Rien de particulier sur les autres organes.

Poids : Cœur : 200. Foie : 1114.
Rein g : 200. Rein Dr : 50. Rate 160.

R — à remarquer l'absence complète d'œdème malgré la longueur durée de la maladie, l'état cachectique du malade, malgré aussi les lésions considérables des reins qui n'ont pas déterminé d'hypertrophie du cœur dont le petit volume explique l'absence d'œdème ; toutefois celui-ci coexiste ~~toujours~~ avec un cœur plus ou moins augmenté de volume. — Malgré l'existence des mêmes lésions sur les deux reins, hypertrophie compensatrice du côté gauche probablement en raison du début des lésions du côté droit où l'atrophie du rein existe avec des lésions beaucoup plus prononcées. — Photographie de la rate par M. Chauvel.

53e leçon
30 janvier 1892

Ramollissement cérébral avec anciennes lésions d'endocardite et hypertrophie du cœur. Cancer de l'estomac. Abcès sous-péritonéal près du cæcum et infarctus suppuré du lobe inférieur du poumon droit. Ancienne hernie inguinale gauche et traces d'ancienne péritonite.

—

H. 73 ans, St Augustin, entré pour une hémiplégie gauche survenue il y a environ six semaines à la suite d'une attaque avec vertiges attribuée à une hémorrhagie cérébrale.

Autopsie le 30 janvier 1897.

Sujet grand, d'aspect cachectique, avec œdème limité aux membres supérieur et inférieur du côté gauche. Taches ecchymotiques sur le dos de la main gauche jusque sur le poignet.

Encéphale. après avoir enlevé la calotte crânienne et incisé la dure-mère on remarque que l'encéphale paraît plutôt diminué de volume avec légère œdème des méninges manifestement atrophiées. On voit aussi qu'il existe une plaque de ramollissement vers la partie moyenne du circonvolution

bordant le sillon de Rolando du côté droit.

Les carotides internes ne sont le siège d'aucune altération. Il en est de même de toutes les artères de la base de l'encéphale qui ne présentent que çà et là quelques légères plaques d'athérome et sont parfaitement perméables. Cependant on trouve sur chaque hémisphère cérébral une plaque de ramollissement.

Sur l'hémisphère droit c'est la plaque déjà signalée à la partie moyenne de la surface externe de l'hémisphère, s'étendant sur un ou deux centimètres de longueur d'avant en arrière sur la frontale et la pariétale ascendante à peu près à leur partie moyenne, puis sur les lobules pariétal supérieur et inférieur sous forme d'une bande de coloration légèrement jaunâtre un peu effacée et diminuée de consistance malgré un peu d'épaississement des méninges à ce niveau. Sur les coupes on voit que la substance blanche est également ramollie surtout au niveau des coupes frontale et pariétale où presque toute la substance blanche est ramollie.

L'examen microscopique de la surface de la plaque de ramollissement, montre un tissu en désintégration granulo-graisseux criblé de corpuscules de Gluge à des degrés divers de formation avec des vaisseaux dont les parois présentent des amas de granulations graisseuses. On trouve aussi des amas de pigment ocreux surtout sur le tissu conjonctif qui contribue à ~~[illegible]~~ l'épaississement des méninges.

Aucune autre lésion sur cet hémisphère.

L'hémisphère gauche présente aussi une petite plaque de ramollissement tout à fait sur la limite inférieure de la 3me circonvolution temporale à sa partie moyenne. Cette plaque qui n'a guère qu'un centimètre de largeur, s'étend tout au plus sur 3 centimètres de longueur. Elle a une teinte ocreuse beaucoup plus accusée que celle de l'autre hémisphère; les méninges sont plus épaissies et le tissu est plus rétracté moins mou. En somme cette plaque paraît plus ancienne que la précédente. L'examen microscopique confirme cette appréciation; car on trouve peu de corpuscules de Gluge et beaucoup de granulations ou d'amas de pigment ocreux.

Pas d'autre lésion dans cet hémisphère.

Rien de particulier dans le cervelet, la protubérance et la bulbe.

Le Cœur est en grande partie masqué par le bord antérieur de chaque poumon très emphysémateux arrivant au contact l'un de l'autre sur une grande hauteur. Il est beaucoup plus volumineux qu'on aurait pu le croire au premier abord et l'hypertrophie qui porte sur les deux cœurs est cependant prédominante à gauche. Les deux valvules auriculo-ventriculaires présentent un épaississement très marqué de leur bord libre, mais avec prédominance au niveau de la mitrale. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont aussi le siège d'épaississement ancien au niveau des nodules d'Arantius et cela sur les points d'élection de l'endocardite au dessus de la ligne d'occlusion des valvules. On remarque aussi sur la valve postérieure deux autres végétations très petites de formation récente sur un point ancien épaissi. à leur face supérieure, dans les nids de pigeons, les valvules sont aussi le siège de sypho-incrustations calcaires ou de plaques jaunes se continuant avec les altérations athéromateuses dont l'aorte est remplie sous forme de plaques jaunes principalement.

Poumons. Un emphysème au sommet et en avant avec un peu d'liquide séreux dans la plèvre gauche et une plus grande quantité dans la plèvre droite. De ce côté, en effet, il existe une pleurésie manifeste avec au moins un demi-litre d'liquide séreux louche dans lequel nagent des flocons fibrineux blanchâtres qui on trouve en plus grande quantité sur la plèvre et notamment sur la plèvre viscérale au niveau du lobe inférieur du poumon droit dont le tissu est un peu rougeâtre et manifestement densifié. Près du bord inférieur en arrière se trouvent des conduits plus épais et plus blancs manifestement infiltrés de pus. Sur la coupe du poumon, on voit que ce point correspond à un espace de la longueur du pouce en forme de coin dont la base est en rapport avec la surface pleurale et qui est de coloration blanchâtre ou grisâtre avec ramollissement par infiltration purulente. Devant autour le tissu pulmonaire est hépatisé ou engorgé avec œdème sur la presque totalité du lobe inférieur.

Le poumon gauche est seulement un peu œdématié à la base.

Les ganglions trachéo-bronchiques sont volumineux, plutôt grisâtres avec de taches noires.

L'estomac qui est distendu est le siège d'une tumeur qu'on reconnaît à des taches blanchâtres et à une induration au niveau de la région prépylorique.

En ouvrant l'estomac comme de coutume tout le long de sa face antérieure, on voit que non seulement la région prépylorique est le siège d'un épaississement sur l'étendue de 3 travers de doigt environ, mais que la cavité correspondant à cette portion est en grande partie remplie par une tumeur provenant d'un bourgeonnement de la muqueuse sous forme d'une masse rougeâtre un peu villeuse en certains points et qui lorsque l'on renverse un peu la muqueuse donne l'aspect de l'anus avec la muqueuse rectale prolabée. Quelque peu en bas et en arrière on trouve un espace où la muqueuse est libre et permet l'introduction facile du doigt jusque dans le pylore. On continue l'ouverture de l'estomac en se dirigeant en bas et en arrière suivant ce trajet. On peut voir alors que la

pylore est resté absolument indemne
depuis la tumeur qui occupe les 3/4 du
pourtour de la région prépylorique sur
une étendue d'au moins 3 travers de doigt
est constituée par une tumeur de nouvelle
formation d'aspect uniquement lisse ou légèrement
villeux sur ces points, rougeâtre à la surface
et tout à fait blanchâtre, d'aspect cérébroïde
sur les coupes. Sur quelques points la tumeur
est blanchâtre comme érodée, sans grosse
ulcération manifeste. L'altération atteint
toute l'épaisseur de la paroi et se manifeste
à l'extérieur par des taches blanchâtres. On
trouve aussi au niveau de la petite courbure
plusieurs ganglions du volume d'une noisette
à une amande qui sont blanchâtres et
intimement adhérents à l'estomac.

à quelques centimètres du pylore sur la face inférieure du foie sur le
mésocolon se trouve un ganglion du
volume d'une petite noix à surface légèrement
bosselée et blanchâtre. Incisé on voit
qu'il est constitué par une substance blanche
qui par le raclage donne un suc abondant.

Le foie augmenté de volume présente sur
sa face supérieure, à la partie médiane, une
tache blanchâtre de 5 ou 6 mille de diamètre et

plutôt un peu épaissie. Par une incision on voit que cette tache correspond à un noyau blanchâtre de généralisation du volume d'une noisette. On en trouve encore un à peu près de même volume au centre de l'organe; puis encore deux ou trois petits nodules du volume d'une lentille à la superficie.

Les ganglions du hile du foie ne sont pas envahis. Il en est de même pour ceux du pancréas. Cet organe est du reste tout à fait sain.

On trouve encore un petit noyau de généralisation du volume d'une lentille sur la surface externe de l'intestin à un mètre environ ou deux mètres de la valvule iléo-cæcale.

Aucune autre lésion de la rate ni les ganglions du mésentère, ni sur le péritoine qui présente seulement des traces d'inflammation ancienne sous forme de plaques nacrées qui l'épaississent plus ou moins et d'adhérences fibreuses reliant d'un côté le foie inf. du foie au côlon transverse et les anses voisines de l'intestin grêle, d'autre part le cæcum et l'appendice à la partie correspondante de la paroi pelvienne. Il existe aussi une grosse hernie inguinale gauche avec des adhérences fibreuses anciennes de l'épiploon avec la paroi du sac notablement épaissie et parvenant se continuer avec les autres lésions péritonéales anciennes plus prononcées à ce niveau.

à droite sur le trajet du cordon à son entrée dans le canal inguinal aucune lésion sous la forme d'une masse fibreuse indurée du volume du petit doigt ayant une cavité au centre et paraissant se rapporter à une inflammation ancienne.

En recherchant si l'adhérence du cæcum et de l'appendice à la paroi de la cavité pelvienne ne se rapportaient pas à une appendicite ancienne, on est frappé de l'épaississement de cette paroi à ce niveau où l'on sent comme un empâtement profond. Le péritoine ayant été décliné en cherchant à séparer l'intestin de la paroi, il s'écoule un peu de pus jaune homogène et par une incision faite sur cette région, on voit qu'il existe précisément sur ce point dans le tissu conjonctif sous-péritonéal un abcès dont on peut évaluer le volume à celui d'un œuf de poule moyen assez petit. Mais le cæcum et l'appendice adhérents à ce niveau ne présentent aucune lésion appréciable d'une tuberculose.

Les ganglions inguinaux et crureux des deux côtés ont un volume qui varie de celui d'un haricot à celui d'une amande. Leur tissu est blanc grisâtre uniforme sur les plus petits et avec une coloration plus blanche au centre sur les plus gros.

Foie 2000 gr. — Rate 150 gr.
Cœur — 300 gr.
Reins D. 180 gr } n'offrent rien de particulier.
— G. 170 gr }

Hémorrhagie cérébrale. — Pneumonie secondaire du côté paralysé

Homme 69 a. St Augustin. Arrivé avec une hémiplégie gauche datant de 8 jours, état comateux.

Autopsie faite le 10 novbre 1896.

Vaste hémorrhagie ayant détruit la capsule externe et l'avant-mur, ainsi que la portion superficielle du noyau caudé, ainsi que la partie supre et antre du noyau lenticulaire, dont s'étendant dans le centre ovale, d'autre part ayant donné issue au sang dans le ventricule latéral, distendu par le sang jusque dans sa corne occipitale.

Petit foyer hémorrhagique du volume d'une lentille dans la protubérance au niveau de l'entrecroisement de la 5e paire, immédiatement au dessus du faisceau pyramidal : un peu de liquide sanglant.

Pneumonie gauche portant sur le lobe infre et sur les 2-3 travées de droite de la partie adjacente du lobe supre. C'est en grande partie de la pneumonie hypostatique : engorgement très prononcé, au sein duquel on trouve des points blanchâtres surtout près de la surface post. et qui correspondent manifestement à de la bronchopneumonie grise. — Quelques adhérences seulement à la partie supre du lobe supre g. dans l'union manifeste.

Applatissement transversal de la trachée paraissant résultat de la pression de l'aorte à sa crosse et du tronc brachio-céphalique dont il est son origine, de telle sorte qu'il y a une dépression manifeste sur les arcs cartilagineux et la portion membraneuse est tendue.

La distance intervertébrale post. de la colonne à la fourchette sternale est seulement de 0m,04 cms.

Le cœur augmenté de volume, sans aucune lésion appréciable, bien qu'on ait noté un souffle systolique vers la pointe

pendant la vie. Athérome très marqué de toute l'aorte, des grosses artères et de toutes les artères cérébrales.

Les reins sont pris de grosses lésions macroscopiques et cependant ils sont diminués de volume et leur bord conjonctif épaissi.

Poids :

Cœur — — — 290 grs
Reins { — — — 110 gr
— — — 110 grs.
Foie — — — 1190 grs

St. Elizabeth —

Homme 16 ans. Ostéite fulmin. avec lésions tuberculo. cicatrices dorsales. Les prononcées de les 2 poumons, avec lésions laryngées et intestinales très prononcées

Autopsie faite le 10 nov.bre 96

Poids des organes :

Foie — — — 1500 grs.
Cœur — — — 270 grs
Reins Dr. — — — 150 grs
Reins G — — — 150 grs
Rate — — — 150 grs

39me Leçon
13 février 1897

Foyer hémorrhagique ancien symétrique placé sur chaque hémisphère cérébral chez un sujet considéré comme ataxique et paraissant effectivement présenter une sclérose des cordons postérieurs et peut-être un peu de sclérose sur le cordon latéral gauche.

Athérome très prononcé de l'aorte. Hypertrophie du cœur - Sclérose des reins augmentés de volume.

H. 46 ans, St Augustin, sans autre renseignement que l'ataxie antérieure.

Autopsie le 11 février 1897. Sujet amaigri, sans œdème.

Les poumons présentent à chaque sommet une légère cicatrice de teinte noirâtre de 1 à 2 mill. d'épaisseur sur la largeur d'une pièce de 1 fr. environ. un peu de congestion hypostatique aux bases, sans aucune autre lésion appréciable.

Cœur manifestement augmenté de volume surtout aux dépens du ventricule gauche dont les parois sont épaissies, sans aucune lésion orificielle. Poids du cœur 350 gr.

L'aorte est le siège de lésions athéromateuses très prononcées au niveau de la portion ascendante

et de la crosse et très discrète sur la portion thoracique descendante. Ce qui domine dans ces lésions c'est l'épaississement très prononcé de la paroi du vaisseau aux dépens des tuniques interne et externe, surtout à l'origine du vaisseau où les plaques roses sont confluentes formant comme un bourrelet de la tunique interne, rétrécissant beaucoup l'orifice de la coronaire droite où existe une petite bride divisant inégalement l'orifice. Les plaques jaunes sont peu accusées et il n'existe pas de plaques calcaires.

La face supérieure du foie est reliée à la portion correspondante du diaphragme par des adhérences anciennes très résistantes, sans qu'on trouve aucune lésion appréciable du foie à l'œil-nu. 1450 gr.

L'athéromatose cellulo-graisseuse des vaisseaux porte à ces organes qui sont notablement augmentés de volume et de poids (230 gr. chacun). Ils résistent à la coupe et présentent sur les surfaces de section les pyramides rouges qui se détachent sur la substance corticale blanchâtre et des taches rougeâtres, manifestations d'épaississement.

La capsule s'enlève assez bien, mais elle est notablement épaissie.

Rate petite et ferme 120 gr.

Encéphale. En pratiquant les coupes de Pitres sur l'hémisphère cérébral droit, on trouve sur les coupes pédiculo-frontale, frontale, pariétale et pédiculo-pariétale la trace d'un ancien foyer hémorragique constitué par une substance brunâtre ocreuse d'environ 1 cent. de largeur à sa partie moyenne et effilé aux extrémités, situé au niveau de la capsule externe empiétant sur la portion externe du noyau lenticulaire.

Sur les coupes frontale et pariétale de l'hémisphère gauche on trouve aussi sur le point symétrique un petit foyer brun ocreux qui n'a guère que 2 ou 3 mill. d'épaisseur, se différent de celui de l'hémisphère droit que par un volume beaucoup moindre et empiétant à peine sur la surface externe du noyau caudé.

Rien de particulier sur le cervelet. Protubérance, bulbe et moelle placés dans l'alcool.

En examinant attentivement les coupes de la moelle, on voit que les cordons postérieurs présentent manifestement une teinte grisâtre anormale. Il semble aussi qu'il existe une petite tache grisâtre sur le cordon latéral gauche.

1re Leçon
26 nov. 1896

Hémorrhagie cérébrale de la face externe du noyau lenticulaire. Détendue de la partie antre de la capsule interne jusqu'à son segment postr qui est pris dans l'hémorrhagie. — Gros cœur, surcharge graisseuse — Reins peu altérés à l'œil nu. Bronchopneumonie lobulaire à petits noyaux débutant à gauche. — Obésité intense — Adhérences de la vésicule biliaire au pylore et au colon.

H. de 70 ans. Pris d'étourdissements dans la rue. Service de M. Lépine. Hémiplégie gauche avec hémianesthésie très prononcée, parfois même hémiopie. Mort en 48 hres avec ascension thermique.

Autopsie le 25 novbre 1896. —

Cerveau : les méninges s'enlèvent bien sur l'hémisphère droit, gêné quand on arrive sur l'insula où apparaît déjà par transparence sous la substance corticale une tache violacée. — Coupes de Pitres : dès la frontale commence une hémorrhagie au niveau de la capsule externe, spécialement limitée aux fibres du noyau lenticulaire qui se continue suivant la face externe du noyau lenticulaire jusqu'à la partie post^re de ce dernier, sectionnant en avant la capsule antr de la capsule interne et atteint complètement le

segment ~~post.~~ de la capsule interne, l'hémorragie se poursuit ainsi dans le centre ovale jusqu'à la coupe préoccipitale.

Rien à noter sur les coupes de l'hémisphère droit gauche.

Le cœur augmenté de volume très surchargé de graisse. Pas de lésions d'orifice. Athérome modéré de l'aorte avec plaque calcaire large à la courbure inf.re de la crosse.

— L'athérome se poursuit sur les 2 vertébrales, sur le tronc basilaire et les grosses artères cérébrales qui partent de l'hexagone.

— La gaine du nerf optique n'est pas infiltrée de sang. D'ailleurs l'hémorrhagie du cerveau n'a pas fusé dans les espaces sous arachnoïdiens qui ne contiennent qu'une sérosité rose peu abondante.

— Les reins assez volumineux n'offrent pas d'altérations visibles à l'œil nu; la capsule fait presque corps avec la graisse abondante de l'atmosphère du rein, mais n'adhère pas à la substance corticale. D'ailleurs putréfaction déjà assez marquée

— Le foie rien à noter sur les coupes. Dans la vésicule filaments jaunes calculs muriformes, sans d'or, ~~les~~ consistance molle. Des adhérences filamenteuses soudent le fond de la vésicule d'une façon lâche au côlon transverse, d'une façon plus intime les 3 ou 4 premiers centimètres du duodénum qui est flotté, enhanaant le pylore,

contre la face inf^re du foie. Le côlon traverse l'estomac, le pylore et le duodénum ouverts en place si offre aucune trace de perforation ancienne ou récente.

La rate : flaques "dites cartilagineuses" de surface.

Les poumons offrent une synphyse totale à gauche droite, partielle à gauche, de leur cavité pleurale ; à droite la partie antéro sup^re seule n'adhère pas. À gauche 2-3 petits noyaux saillants, plus durs, isolés, au voisinage de la partie post^re ; le reste du poumon assez congestionné œdémateux et crépitant. Crien a notes à droite dans le parenchyme pulmonaire.

Surcharge graisseuse de tout le sujet.

Poids : Cœur 350 gr – Rein D. 200. Rein G : 200. Foie : 1700. Rate 150 gr.

3me Secon
9 nov. 1896

Hémorrhagie de la protubérance, du pied des pédoncules et du lobe gauche du cervelet — Ancien foyer hémorrhagique au niveau de la capsule externe du lobe gauche. — Cœur considérablement hypertrophié — Reins diminués de volume, mais non apparemment par altérés.

H. de 37 a. Fte Elisabeth. Entré avec des signes de congestion pulmonaire et succombant rapidement, sans avoir été examiné. Un ami du malade interrogé ne lui connaît pas d'autres antécédents. Celui à la suite duquel il est mort date de la veille et le malade n'en est pas sorti.

Autopsie le 19 nov. 96.

Les poumons d'abord examinés ne présentent que q.q. adhérences pleurales et une congestion sans pneumonie ni infarctus, ni autre lésion importante quelconque.

Cœur : considérable hypertrophie surtout aux dépens du cœur gauche. Ne présente aucune lésion du péricarde, de l'endocarde, des orifices ; toutefois l'aorte offre dans sa portion ascendante quelques plaques jaunes d'athérome et peut-être un peu de dilatation. Mais il n'existe pas d'oblitération des

coronaires vides au niveau de l'aorte ni sur leur trajet.

Les reins sont manifestement peu volumineux, mais sans lésions appréciables à l'œil nu. La capsule n'est pas épaissie et n'adhère pas d'une manière anormale.

Le foie, la rate n'offrent aucune lésion notable.

Il n'existe pas de liquide dans les cavités pleurales ou péritonéale, ni aucune trace d'ascite.

—. En l'absence de lésion ayant pu déterminer la mort, une hémorrhagie cérébrale est probable et c'est, en effet, une hémorrhagie grave qu'antérieur les traces d'une hémorrhagie ancienne qu'on découvre à l'examen de l'encéphale. Après avoir incisé la dure-mère, on voit que les circonvolutions cérébrales sont généralement en plat, assez aplatis. Les parties post^es avec une sécheresse particulière des méninges. La protubérance est augmentée de volume et donne la sensation de fluctuation, elle est le siège d'un foyer hémorrhagique récent qui a détruit la plus grande partie de sa substance dont il ne reste qu'une coque de 5-6 m.m. d'épaisseur. La substance nerveuse est en peu irrégulièrement déchirée et son contenu fluide ou en peu plus ou en peu moins d'épaisseur. Le sang est en partie liquide, en partie coagulé. Le foyer en bas s'arrête juste au niveau du bulbe. En haut il se continue par l'étage inf^r des pédoncules arrivant à gauche un peu plus haut, jusqu'à la

partie inf^re de la capsule interne — L'hémisphère cérébral gauche est encore le siège d'un ancien foyer hémorrhagique, au lieu d'élection d'hémorrhagie, en effet, au niveau de la capsule externe, empiétant sur le noyau lenticulaire une cavité, pouvant contenir une grosse amande — Il en de la forme de a fente, qui longitudinale est ouverte laisse écouler un jeu de liquide incolore et dont la paroi est constituée par une trame conjonctive lâche, à teinte légèrement jaunâtre — On trouve encore dans le lobe gauche du cervelet, un petit foyer hémorrhagique du volume d'une lentille au centre de la substance blanche — Rien de particulier à signaler dans les parties de l'encéphale.

Poids : Cerv 590 — Rem D : 100. — Rem G. 120. Foie 1700 — Rate 150.

487

Bronchite chronique avec sclérose et emphysème pulmonaires — Reins sclérosés — Cœur un peu augmenté de volume, plutôt aux dépens du cœur droit — Hypertrophie de la base droite. — Diminution de volume des principaux organes, sans trace d'épanchement ou d'œdème. — Kyste folliculaire de l'ovaire g. du volume d'une orange. — Ancienne goitre portant sur les lobes latéraux de la thyroïde.

Autopsie le 19 Nov.bre 1896

Femme 70 ans — Salle A. Gerosier — entrée asphyxique avec bronchite diffuse, urines rares, beaucoup d'albumine, saignée, morte 6 soir.

Poids : Cœur 270 gr — Rein D. 100. Rein G : 110 — Foie 1000 gr — Rate : 80 gr.

488

Cœur hypertrophié — Sclérose rénale commençante. Bronchopneumonie corticale du lobe inf.r droit et épanchement louche de 500 grs avec dépoli de la plèvre droite — 2 lacunes presque symétriques dans les noyaux gris centraux.

Autopsie le 19 nov.bre 96.

Homme de 76 ans — Hémiparésie droite avec hémihypoesthésie, congestion pulmon. droite-mort — On ne trouve rien cérébralement pour expliquer ces phénomènes car une des lacunes de la dimension d'un haricot siège à gauche, dans la partie externe du noyau lenticulaire et l'autre du volume d'une lentille est à droite à la partie inf.r de la couche optique et sont certainement anciennes.

Poids : Cœur : 480. — Rein D : 195 — Rein G : 190 — Foie : 1670 —

41me Leçon
18 février 1897

Pachyméningite de la dure-mère cérébrale avec hématome comprimant les circonvolutions de la région fronto-pariétale de l'hémisphère gauche.

H. 63 ans, St Elisabeth. - Il résulte des renseignements qu'on a pu obtenir que le malade était entré à l'Hôtel-Dieu avec une hémiplégie droite complète qui avait été considérée comme due à une hémorrhagie cérébrale ; que le malade n'avait pu donner des renseignements précis, car il répondait très mal aux questions, et ne paraissait pas avoir conscience de son état.

Autopsie le 18 février 1897. Sujet présentant une surcharge graisseuse très prononcée du tissu conjonctif sous-cutané et de celle de la plupart des organes internes, notamment du mésentère et des médiastins, sans trace d'œdème.

Encéphale. - Après avoir enlevé la boîte crânienne, on remarque qu'au niveau de l'hémisphère gauche la dure-mère présente une saillie plus marquée, ainsi qu'une teinte lie-de-vin. On enlève l'encéphale en laissant la dure-mère adhérente à le niveau et il s'écoule une assez grande quantité de liquide teinté en rouge.

En détachant la dure-mère près de la base de l'hémisphère et en la relevant, on voit adhérent à

sa face interne un caillot de forme ovoïdaire étalé au niveau de la région fronto-pariétale qui l'épaissit surtout à sa partie centrale où il a plus d'un centimètre d'épaisseur et va graduellement en diminuant à la périphérie. Le caillot immédiatement en rapport avec la face interne de la dure-mère est tout à fait rouge brun, tandis que la portion plus profonde est rouge grisâtre, d'aspect fibrineux, sèche. Ce caillot qui a ainsi la disposition d'une lentille ovoïdaire dont le gd diamètre est en rapport avec le gd diamètre de l'hémisphère se trouve limité en dehors par une neo-membrane (ou pseudo-membrane) mince rougeâtre qui se continue à la périphérie sur la face de la dure-mère correspondant à cet hémisphère; de telle sorte qu'en soulevant la dure-mère, on soulève en même temps l'hématome qui n'adhère nullement aux méninges proprement dites. On voit ainsi en cherchant à détacher le caillot de la dure mère qu'il est contenu dans une membrane ou pseudo-membrane très mince rougeâtre tout à fait semblable à celle qui le limite à sa face interne, mais qui adhère à la dure-mère dont on la détache cependant par le raclage. Il en résulte qu'en somme le caillot est

contenu dans une membrane ou pseudo-membrane le limitant sur ses deux faces et se fusionnant à la périphérie pour se continuer sous la forme d'une simple vésicomembrane rougeâtre tapissant toute la surface interne de la dure mère de l'hémisphère gauche.

Les circonvolutions sous-jacentes à l'hématome sont plus ou moins déprimées. Ce sont en allant d'avant en arrière : le pied du frontale, la frontale ascendante, la pariétale ascendante et les lobules pariétaux. Les parties supérieures sont plus comprimées que les parties inférieures et le maximum de la dépression se remarque au niveau du tiers supérieur des frontale et pariétale ascendantes. Les coupes faites sur ces circonvolutions ne font découvrir aucune lésion manifeste à l'œil nu.

Les autres parties de l'encéphale ne présentent également rien de particulier.

Cavité thoracique. Aucun épanchement dans les plèvres. Poumons emphysémateux, le bord du poumon gauche recouvrant en grde partie le cœur qui ne le dépasse guère en bas et en dedans que de l travers d'doigt.

Cependant le cœur est manifestement

augmenté de volume, avec une surcharge graisseuse notable, pesant 420 gr., sans lésion orificielle et sans athérome notable de l'aorte pas plus que des artères de l'encéphale.

Cavité abdominale - cicatrices sur le péritoine au niveau des anneaux inguinaux

Les reins sont enveloppés d'une athmosphère cellulo-adipeuse abondante et très adhérente à leur surface. La capsule est du reste un peu épaissie et adhérente en quelques points à la surface de la substance corticale qui est rouge et assez ferme, plutôt due à la congestion, indiquant une sclérose probable. { dr. 180 gr. g. 190 gr.

Le foie est peu volumineux sans lésion manifeste, pesant 1250 gr.

Rate 195 gr.

36me Secon
février 1892

Epilepsie ayant déterminé la mort
anciens foyers hémorrhagiques symétriques
des hémisphères cérébraux ou anévrysmes
miliaires. Athérome artériel. Hypertrophie
du cœur gauche. Persistance du
trou de Botal.

F. 66 ans, confinée dans une chambre
d'isolement pour état gâteux, sans observation.
On sait seulement que la malade prenait
environ tous les mois une crise d'épilepsie
violente qui, la précédente fois, avait failli
la tuer et qui, la dernière fois, a mis fin
à ses jours.

<u>autopsie le 6 février 1897</u>.

Petite femme très amaigrie avec décoloration
des téguments sans trace d'œdème, sans
ascite ni hydrothorax.

<u>Encéphale</u>. Les artères de la base sont
toutes couvertes de petites plaques athéromateuses
avec rétrécissement qui ne diminuent pas notablement
leur calibre; car elles sont toutes parfaitement
perméables. On ne trouve que çà et là
quelques caillots cruoriques tout à fait récents.
<u>Hémisphère g.</u> - On enlève très facilement les
méninges. Ce n'est qu'au niveau d'une

circonvolution de passage du lobe occipital au lobule du pli courbe qu'on remarque un léger affaissement avec une teinte un peu jaunâtre. Sur un examen attentif on découvre ainsi un anévrysme miliaire ayant l'aspect d'un petit grain de plomb siégeant sur la première circonvolution frontale interne près du lobule paracentral. En pratiquant les coupes de Pitres, on voit seulement sur la coupe pariétale que la couche corticale présente une petite lacune contenant un peu de liquide incolore et pouvant tout au plus renfermer une lentille. La coupe pratiquée sur la circonvolution occipitale qui paraît atteinte, sans cependant que la substance cérébrale ordinaire aux méninges non manifestement épaissies à ce niveau, montre qu'il existe à la partie profonde de cette circonvolution immédiatement en dehors de la corne occipitale à un 1 centimètre 1/2 cent. environ de son extrémité postérieure, un petit foyer à parois sclérosées, rétractées, contenant une substance ocreuse hémorrhagique, sur l'étendue d'un centimètre environ. L'examen microscopique de cette substance montre qu'elle est constituée par un liquide contenant de nombreuses granulations, granulo-graisses en beaucoup d'amas amorphes de matière colorante jaunâtre ~~rouge~~ cristaux d'hématoïdine, ainsi des corpuscules de Gluge ~~[illegible]~~ la matière hémorrhagique de son contour

assez abondants lorsqu'on enquête sur les parois du foyer du côté de la circonvolution offrant la teinte jaunâtre. C'est au niveau de la corne occipitale du ventricule latéral que l'ancien foyer présente le plus de résistance à la coupe.

Hémisphère d. - On trouve sur cet hémisphère un ancien foyer ocreux occupant exactement la même situation que celui de l'hémisphère g. et se présentant sous le même aspect, sauf qu'il est un peu plus petit et que la circonvolution correspondante est un peu moins rétractée et un peu moins teintée en jaune. On trouve aussi un ancien ramollissement ayant l'aspect d'un grain de plomb tirsion à la partie inférieure et moyenne de la 3e circonvolution temporale.

Résultat négatif des coupes de l'isthme.

Protubérance & bulbe. - On trouve seulement sur une coupe de la protubérance à 5 mill. au dessus du bulbe un petit foyer ocreux de volume d'une tête d'épingle immédiatement en dehors du faisceau pyramidal droit.

Rien de particulier sur le cervelet.

Le cœur pesant 350 gr. est manifestement hypertrophié aux dépens du ventricule gauche dont les parois sont notablement épaissies. Cette hypertrophie est d'autant plus accusée qu'il s'agit d'un petit jeune amaigrie et dont tous les organes présentent une atrophie assez bien caractérisée. Les orifices ne sont ni rétrécis, ni insuffisants, sauf les

valvules aurriculo-ventriculaires sont plutôt un peu épaissies, surtout au niveau du bord libre, sans endocardite manifeste ; de telle sorte que cet épaississement valvulaire paraît plutôt en rapport avec l'hypertrophie de l'organe.

Rétrécissement du trou de Botal avec canal oblitéré avec large

L'aorte présente de nombreuses plaques jaunes sur toute son étendue, mais plutôt sur les portions ascendante et de la crosse, sans épaississement, ni dilatation notable du vaisseau.

Les poumons sont emphysémateux et partout perméables à l'air. On remarque seulement au sommet droit une couche fibreuse mince de 5 mill. d'épaisseur au sommet envoyant un trabecule fibreux noirâtre plus profond au centre et au sommet g. une lésion de même nature, mais un peu moins prononcée, sans aucune lésion récente appréciable de chaque côté. Enfin on trouve dans le tiers du lobe inf. droit près du bord ~~inférieur~~ antérieur 2 portions 2 gros concrétions probablement calcaires, dont seront examinées.

Reins petits décolorés avec capsule assez mince adhérente sur 2 gros points, pesant chacun 100 gr.

Foie diminué de volume avec dépression transversale très accusée formée par l'image du cœur - 900 gr.

Rate assez très petite - 95 gr.

39me Leçon (suite)
13 février 1897

Otite tuberculo-caséeuse de l'oreille moyenne gauche avec anciennes lésions tuberculeuses du sommet du poumon gauche. Envahissement du sinus latéral gauche et de la jugulaire interne du même côté ayant nécessité une intervention chirurgicale par trépanation de l'os mastoïde, suivie d'infection générale tuberculo-pyohémique.

H. 16 ans, entré d'abord à St Elisabeth et transféré à St Philippe pour l'intervention chirurgicale qui a consisté dans la ligature de la jugulaire interne déjà enflammée et dans la trépanation de l'apophyse mastoïde qui a permis de pénétrer dans le foyer caséeux et d'arriver jusque dans le sinus latéral déjà rempli de caillots suppurés comme la jugulaire.

Autopsie le 13 février 1897 -

aucun trace d'œdème -

La jugulaire interne gauche est augmentée de volume, ses parois sont épaissies et tapissées à la surface interne par des caillots hémorrhagiques qui augmentent notablement l'épaisseur de la paroi.

L'oreille moyenne est, en effet, le siège d'un foyer caséeux qui se continue avec le sinus latéral g. ouvert et rempli ~~jusqu'au~~ par un caillot fibrineux gélatiné. aucune lésion dans les autres sinus.

On trouve seulement les méninges plus vascularisées et plus résistantes qu'à l'état normal. Aucune trace d'abcès ou d'autre lésion dans les diverses parties de l'encéphale.

Poumons. Au sommet du poumon gauche, dépression cicatricielle surmontée d'une petite saillie de tissu pulmonaire emphysémateux. Sur la coupe faite à ce niveau, on voit que le tissu cicatriciel s'enfonce à deux ou trois centimètres de profondeur et qu'il renferme deux ou trois nodules caséeux ou crétacés du volume d'une lentille à un gros pois. Sièges de lésion tuberculeuse récente et, du reste, aucune autre lésion dans ce poumon.

Le poumon droit ne présente rien de particulier au sommet, mais au niveau du lobe inférieur, on voit çà et là des suffusions sanguines sous-pleurales et on met quelques noyaux superficiels indurés. Les coupes faites à ce niveau montrent qu'il s'agit de nodules blanchâtres dont les plus volumineux du volume d'un pois présentent un contour un peu irrégulier comme s'ils étaient constitués par la réunion de nodules plus petits. On en trouve aussi qui sont tout à fait arrondis ou ovalaires du volume d'une tête d'épingle, d'une lentille. Dans ces nodules ont

pour caractère commun d'être constitués par une substance blanchâtre de faible consistance, de telle sorte que par le fait des manipulations, elle se trouve par à se désintégrer en beaucoup de points où de petites cavités font alors place aux nodules. On trouve réuni en quelques points de véritables cavernules. Enfin tout à fait à la base, on découvre plusieurs cavernules dont une du volume d'une grosse noisette dont les parois ont manifestement l'aspect granuleux en donnant l'odeur caractéristique.

Lorsqu'on recherche quelle est la situation des nodules blanchâtres par rapport aux vaisseaux, on voit que plusieurs se trouvent manifestement à l'extrémité périphérique d'une petite branche de l'artère pulmonaire, soit en dehors de la paroi et comme accolés au vaisseau, soit tout à fait à son extrémité comme si le vaisseau se perdait dans le nodule.

Rien de particulier au cœur. 260 gr.

Le foie présente sur les coupes de nombreuses taches blanchâtres, arrondies, variant d'une tête d'épingle à une lentille, sans la moindre saillie. Dans certains points et surtout à la superficie de l'organe ces taches sont très nombreuses, mais il en existe aussi beaucoup dans les parties profondes où elles sont aussi irrégulièrement disséminées.

Poids du foie 1500 gr.

Reins sans lésions appréciables à l'œil nu { Dr — 130 gr. / Sg. — 150 gr.

Rate volumineuse et molle - 310 gr.

Rétrécissement aortique athéromateux — hypertrophie du cœur — Reins, foie, rate cardiaques — anasarque

Salle 67 a. Entré d'abord dans le service (St Augustin) dans les signes d'hypertrophie du cœur et de l'arythmie, ayant fait faire le diagn. de myocardite sans lésion orificielle. L'albuminurie a été constatée seulement 3 mois plus tard. Mort dans un état cachectique avec de l'anasarque.

Autopsie le 13 nov.bre 1896

Œdème des membres inf.rs et des bourses, liquide séreux dans la cavité abdominale et dans les plèvres surtout à gauche avec épaississement et adhérences irrégulières des plèvres. Un peu d'atélectasie de la base du poumon gauche. Œdème des plèvres épaissies et des péricardes pleurales.

Cœur : un peu de liquide séreux dans le péricarde, une augmentation considérable du volume du cœur : Rien de particulier du côté des orifices sauf au niveau de l'orifice aortique. — Lorsqu'on verse de l'eau dans l'aorte, le liquide ne tarde pas à s'écouler dans le ventricule, mais de + en + vite au fur et à mesure de la diminution de pression, de telle sorte que pendant la vie, les valvules pouvaient être suffisantes en raison de la pression aortique ou si elles étaient insuffisantes ce ne pouvait être qu'à un très léger degré. Cependant les valvules sont profondément

altérées par épaississement et dépôts calcaires sur la face sup^re et par soudure des 2 valves antéro-latérales. En tous cas il existe un rétrécissement notable qu'on peut constater en passant le doigt et surtout après l'ouverture de l'orifice les bords des 2 valvules adhérents formant comme la corde d'un arc qui empêche le développement complet de la paroi. La cavité du ventricule g. est à la disposition en pointe ce qui prouve bien qu'il ne devait pas y avoir une insuffisance aortique notable. Sur l'aorte on ne trouve que des plaques jaunes principalement au niveau de la crosse — Pas d'altérations appréciables du muscle cardiaque.

Les reins, le foie et la rate sont augmentés de volume et très congestionnés probablement avec un certain degré de sclerose.

Rien de particulier du côté de l'encéphale, dont les artères ne sont pas athéromateuses.

Poids :

Foie	1720	grs.
Cœur	730	grs
Rein Dr.	230	grs
Rein G	200	grs.
Rate	290	grs

L'idée préconçue de myocardite et peut-être un examen insuffisant ont fait méconnaître le rétrécissement aortique qui devait donner lieu à un souffle. Il n'y avait pas de myocardite appréciable à l'œil nu et on voit que l'hypertrophie du cœur consécutive à un rétrécissement aortique peut aboutir aux mêmes troubles qu'on attribue à la myocardite, ce qui fait douter de leur valeur pour caractériser cette lésion. — L'épreuve de l'eau les valvules n'étaient pas absolument suffisantes, mais elles pouvaient l'être pendant la vie. Ce cas n'est pas très rare —

Le rétrécissement aortique sans lésion substantielle d'abord plutôt avec l'athéroma, mais non toujours. ~~Dans~~ Le rétrécissement aortique est le plus souvent accompagné d'altérations initiales, même en

Athérome avec dilatation de l'aorte; insuffisance aortique par endocardite ligneuse; hypertrophie du cœur avec dilatation du ventricule gauche; infarctus pulmonaires du côté droit ayant déterminé une pleurésie récente. Infarctus des reins et foie cardiaques. Rétrécissement de l'urèthre - Hydrocèle de chaque côté.

H. § 4 ans, St Augustin - On sait seulement que pendant la vie, il existait un double souffle à la base du cœur ayant fait considérer le malade comme atteint d'un rétrécissement ou insuffisance de l'orifice aortique. Le malade aurait eu des douleurs de rhumatisme qui n'étaient particulières caractéristiques. Enfin on sait que le malade faisait un usage copieux de boissons alcooliques tout qu'il avait eu la syphilis. Depuis 2 ans, mois amaigrissement, bon panchement pour trois très jours, trouble circulatoire et aspect cardiaque

autopsie le 18 février 1897.

Œdème notable des membres inférieurs avec un peu de liquide dans la cavité abdominale. Foie volumineux; cœur manifeste hypertrophié en rapport avec la paroi thoracique sur une large surface entre les bords des poumons écartés; épanchement d'une sérosité rougeâtre évaluée à un litre ou moins du côté droit correspondant à des infarctus du poumon de ce côté. On voit

aussi sur la portion médiane l'aorte ascendante manifestement dilatée principalement aux dépens de sa portion convexe du côté droit et en remettant en place la paroi thoracique, on se rend très bien compte qu'à la portion la plus dilatée de l'aorte correspond au bord droit du sternum au maximum au niveau du 3e cartilage costal et du deuxième espace intercostal sur lesquels la portion la plus dilatée empiète légèrement.

Après avoir ouvert l'aorte on constate la présence de nombreuses plaques d'athérome à tous les degrés: plaques gélatineuses et plaques jaunes avec quelques plaques calcaires, mais sans ulcération. On voit aussi la dilatation déjà signalée au niveau de l'aorte ascendante dont la paroi à ce niveau paraît un peu amincie surtout par rapport aux autres régions où elle est plutôt épaissie. 11 cent. de périmètre au point le plus dilaté.

L'eau versée dans l'aorte s'écoule d'abord très lentement dans le ventricule, puis à la fin plus rapidement. L'orifice est plutôt agrandi (9 cent. de périmètre) et les valvules sont élargies. Elles ferment à peu près au moment où l'on vient de verser de l'eau dans l'aorte,

mais elles ne tardent pas à s'ouvrir pour donner plus libre passage au liquide. après avoir ouvert l'orifice aortique qui est plutôt agrandi que rétréci, on voit que les valvules agrandies aussi ne présentent que de légères lésions ou plutôt qu'il n'existe une lésion manifeste qu'au niveau de la valvule antero-latérale gauche dont le bord libre présente à sa partie médiane un relief épaissi et arrondi sur 5 ou 6 millimètres d'étendue. (il y a 9 cent. tandis que l'orifice de l'artère pulmonaire n'a que 8 cent.)
C'est à ce niveau seulement que la coaptation des valvules ne se faisait pas très bien et ne tendait pas à céder lorsque la pression de l'eau diminuait. En tout cas l'insuffisance devait bien exister pendant la vie, car le ventricule présentait la dilatation habituelle en pareil cas.

Sur la mitrale un peu d'épaississement sur la 5e valve à sa partie médiane, sans insuffisance manifeste.

aucune autre lésion orificielle.

Cœur volumineux, hypertrophié surtout aux dépens du cœur gauche, ne contenant que des caillots récents dans les deux cœurs. Légère plaque d'athérome sur la coronaire antérieure à deux centimètres de son origine sans perforation perméabilité du vaisseau. Poids 470 gr.

Poumons - Le poumon droit présente au niveau du lobe moyen un infarctus qui occupe la plus grande partie de ce lobe.

Il en est de même pour le lobe inférieur qui est le siège d'un volumineux infarctus occupant la moitié postérieure ou moins des 3/4 inférieurs. Ces deux lobes sont du reste considérablement diminués de volume.

Sur la coupe de ces infarctus on remarque que sur un cent. et demi à deux cent. d'épaisseur au voisinage de la plèvre le tissu pulmonaire infiltré de sang est noir couleur de poix; tandis qu'en allant du côté du hile le tissu prend une teinte rouge de plus en plus claire quoique il paraisse aussi dense et très résistant; ce qui donne à penser qu'à la périphérie il y a surtout du sang infiltré, tandis que plus profondément c'est du sang probablement mélangé à des cellules lymphatiques et peut-être une tendance à la pneumonie hypersécrétante en raison de l'aspect lisse de la surface de section et de la résistance du tissu. Caillots cruoriques dans les branches de l'artère pulmonaire se rendant aux régions où siègent les infarctus (les crachats du malade avaient plutôt les caractères de ceux de la pneumonie et on croyait le malade atteint de cette maladie venant compliquer les autres troubles) — Exsudat fibrineux récent sur les plèvres.

à la base du poumon gauche en arrière on trouve seulement une congestion intense, mais le tissu est partout perméable à l'air.

aux deux sommets quelques granulations superficielles indurées, noirâtres, paraissant se rapporter à des granulations tuberculeuses cicatrisées.

Les reins plutôt diminués de volume sont l'un et l'autre le siège de nombreux petits kystes et de plusieurs infarctus anciens sous la forme de cicatrices déprimées. La capsule est épaissie et adhérente sur les points cicatriciels et sur d'autres points irréguliers. La substance corticale rougeâtre est plutôt un peu diminuée de volume. { droit 170 gr. / gauche 160 gr.

Foie considérablement augmenté de volume, graisseux et cardiaque pesant 1470 gr.

Rate petite, ferme, 190 gr.

L'urèthre est le siège dans sa portion antérieure de petites tractus blanchâtres superficiels sans rétrécissement notable. Mais au niveau de sa portion membraneuse les cicatrices sont plus anciennes, plus épaisses, entremêlées de dépressions légèrement rougeâtres, toutes dirigées d'avant en arrière et paraissant dues à l'effet de la pression sur l'extrémité de la sonde dans les cathétérismes nécessités par le rétrécissement du canal très prononcé à ce niveau par suite de la rétraction du tissu cicatriciel.

Hydrocèle de chaque côté et nombreux point indurés selerosés au chaque épididyme -

Endocardite chronique rhumatismale; insuffisance de l'orifice aortique et de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche avec rétrécissement notable de ce dernier; hypertrophie du cœur avec dilatation en gonde du ventricule gauche à un haut degré; infarctus pulmonaire; foie et reins cardiaques.

—

H. 28 ans, St Elisabeth, ayant présenté les signes d'une insuffisance ou rétrécissement aortique et d'une insuffisance mitrale avec impulsion faible du cœur dont on ne sentait pas la pointe.

<u>Autopsie le 16 février 1897.</u> Œdème assez prononcé des membres inférieurs avec un litre ou moins de sérosité dans la cavité abdominale.

En ouvrant la cavité thoracique, l'attention est immédiatement attirée sur le cœur qui paraît très volumineux et se trouve en rapport avec la paroi thoracique sur une large surface. Toutefois c'est le

ventricule droit très large et couché presque horizontalement sur le diaphragme qui se trouve en rapport avec la paroi, le bord du poumon gauche avec plèvres adhérentes recouvrant la pointe du cœur sur une hauteur de 2 ou 3 travers de doigt.

Après avoir ouvert le péricarde qui n'est pas enflammé, on se rend bien compte de cette situation de la pointe du cœur qui présente un peu au dessus de son extrémité, mais tout à fait en dehors une plaque lointaine bien occupée et assez large.

Hypertrophie totale du cœur avec prédominance sur le cœur gauche dont le ventricule fait surtout saillie en avant et à gauche.

L'aorte n'est pas dilatée et ne présente pas de lésion manifeste. En versant de l'eau dans cette artère, on voit qu'elle s'écoule rapidement dans le ventricule et qu'il existe une insuffisance valvulaire due à ce que les valvules laissent entre elles au centre de l'orifice un espace triangulaire assez large provenant d'un épaississement et une rétraction sous forme de cordon indiqué au niveau du bord libre de chaque valve à peu près partout

au même degré très prononcé. La paroi de valves est aussi un peu épaissie, de telle sorte que le relèvement des valves ne se fait pas d'une manière parfaite. On voit aussi à la base de la valve postérieure une saillie en forme de petit bourrelet constituée par des dépôts calcaires et qui descend sur la grde valve allant rejoindre des altérations de même nature et encore plus prononcées qui se trouvent au niveau de l'angle interne de la mitrale.

On voit en effet que cette dernière valvule est le siège de lésions très prononcées consistant dans un épaississement fibreux très prononcé du bord libre de chaque valve formant comme un ourlet épais en avant et en arrière, tandis que les lésions sont encore plus prononcées à l'angle externe où se trouve au niveau du bord une induration plus marquée avec dépôts calcaires et surtout à l'angle interne où l'induration s'étend sur toute la hauteur de la valvule empiétant sur chaque valve avec des dépôts calcaires très abondants et mêlés à une sorte forme d'un cratère irrégulier de granulations calcaires par l'ulceration de l'endocarde. Ces concrétions occupent toute l'épaisseur de la valvule enflammée qui peut être évaluée à 5 ou 6 mill.

faisant encore saillie sur la face inférieure jusque dans l'angle formé par la valvule et la paroi, étant contenus dans la valvule et recouverts par l'endocarde, de telle sorte que les tendons paraissent s'insérer sur les parties saillantes indurées.

Il résulte de ces lésions un épaississement général de la valvule avec adhérence et rétraction des tendons épaissis ; d'où un certain degré de rétrécissement de l'orifice qui permet cependant l'introduction de deux doigts. Mais le trouble prédominant est l'insuffisance valvulaire très marquée à l'épreuve de l'eau.

Le ventricule g. dont les parois sont épaissies présente une dilatation en grande très prononcée, pouvant presque contenir le poing. Epaississement général de l'endocarde qui présente un tissu fibroïde. L'oreillette gauche est aussi hypertrophiée et dilatée.

Les valvules du cœur droit ne sont le siège d'aucune inflammation. Elles participent seulement à l'hypertrophie et à la dilatation du cœur qui sont très prononcées.

Aucun caillot ancien dans les deux cœurs examinés tout particulièrement à ce point de vue. Aucune trace d'endocardite récente. Poids du cœur 720 gr.

Symphyse pleurale complète des deux plèvres avec infiltration séreuse épaisse des adhérences. Au niveau du lobe inf. droit en arrière infarctus de 6 cent. de hauteur sur 2 1/2 de largeur comme bras et disposé sur la coupe en forme de coin au sommet duquel se trouve une artère contenant un caillot cruorique qui remonte jusqu'au hile du poumon. Où la base gauche seule congestion intense.

Foie muscade bien caractérisé, sans sclérose appréciable à l'œil nu. Poids du foie 1290 gr.

Reins fermes et congestionnés sans sclérose manifeste pesant chacun 170 gr.

Rate petite et ferme. 120 gr.

Endocardite chronique rhumatismale; rétrécissement et insuffisance aortiques; rétrécissement et surtout insuffisance des deux orifices auriculo-ventriculaires. – Péricardite ancienne avec symphyse du péricarde. – Énorme hypertrophie du cœur avec dilatation considérable des cavités et particulièrement de l'oreillette droite. – Foie cardiaque avec cirrhose, reins et rate cardiaques.

H. 44 ans, V. Augustin, considéré comme atteint de rétrécissement et d'insuffisance aortiques, aussi que d'une insuffisance mitrale.

Autopsie le 16 février 1897. – Œdème des membres inférieurs avec un peu d'ascite. Après avoir ouvert la cavité thoracique, on est frappé de l'étendue occupée par le péricarde distendu immédiatement en rapport avec la paroi thoracique entre le bord antérieur de chaque poumon écarté, sur une largeur de plus de 25 cent. mesurée immédiatement au dessus du diaphragme. Le péricarde épaissi adhère intimement

aux ventricules et semble recouvrir à droite une énorme tumeur donnant la sensation de fluctuation faisant corps avec la paroi du ventricule droit dont elle est cependant séparée par un léger sillon. Mais après un examen plus attentif, on voit qu'il n'y a pas de tumeur. Il s'agit seulement d'une oreillette droite considérablement distendue et remplie par des caillots anciens avec un peu de sang liquide. Après l'ouverture de cette cavité on peut constater que la dilatation auriculaire est telle qu'elle peut contenir facilement les deux poings. Les orifices des vaisseaux qui y aboutissent sont aussi très dilatés. C'est ainsi que l'orifice de la veine cave inférieure qui est le plus large mesure de 3 à 4 cent. de diamètre. L'oreillette gauche est également très dilatée quoique à un bien moindre degré que l'oreillette droite. Les deux ventricules sont hypertrophiés et dilatés et le ventricule gauche prend d'une façon manifeste la dilatation en gourde.

Les lésions orificielles sont très prononcées sur les deux cœurs, sans athérome de l'aorte.

Lorsqu'on verse de l'eau dans l'aorte le liquide s'écoule aussi rapidement dans le ventricule. On voit, en effet, qu'il existe une insuffisance provenant de ce que les deux valves ~~postéro~~-latérales sont soudées dans leur moitié antérieure et que la valve postérieure quoique élargie est abaissée sur un plan inférieur à celui des deux autres, d'où un espace laissé libre par où s'écoule l'eau mise dans l'aorte. Les deux valves antérieures sont épaissies, indurées et même infiltrées en ~~qqs~~ points de granulations calcaires formant plutôt saillie à la face inférieure. Il résulte aussi de la soudure de ces deux valves un rétrécissement très prononcé de l'orifice aortique.

Au niveau de la valvule mitrale, on constate un épaississement très prononcé des valves sur toute leur hauteur prédominant au niveau du bord libre de chaque valve, aux angles et surtout à l'angle externe où se trouve sur toute la hauteur un amas de concrétions calcaires ~~occupant~~ sur chaque valve et surtout sur la gde valve. Cet amas est bien interstitiel, mais il donne lieu cependant à des saillies indurées irrégulières au niveau de la face inférieure jusque dans l'angle formé par la valvule et la paroi du ventricule. Quelques les

saillies irrégulières prédominent du côté de la face auriculaire où l'endocarde est ulcéré, pendillé laissant voir à nu en ces points les granulations calcaires. Quelques unes aussi se remarquent groupées au niveau de l'angle interne. En outre on voit diséminés sur la face auriculaire de la valvule de petites plaques calcaires très minces qui adhèrent intimément à l'endocarde épaissi. Cette même lésion se continue sur toute la face interne de l'oreillette où les plaques deviennent même plus confluentes et plus larges, adhérant toujours à l'endocarde épaissi de la paroi auriculaire hypertrophiée et dilatée. Ces lésions de la mitrale ont donné lieu à son abaissement avec épaississement et rétraction des tendons; de telle sorte qu'il y a un rétrécissement assez prononcé pour ne permettre que l'introduction d'un doigt. Mais il existe surtout une insuffisance très prononcée ainsi qu'on peut s'en rendre compte par l'épreuve de l'eau.

La valvule tricuspide est aussi le siège d'une inflammation ancienne caractérisée pour la gde valve antérieure par un épaississement de son bord libre en forme d'ourlet avec prédominance au milieu au point d'insertion du groupe le plus important des tendons.

La valve interne présente aussi un épaississement fibreux à son bord bien caractérisé. La même lésion existe aussi sur le bord de la valve postérieure, moins à un moindre degré.

Sur le point de ces lésions les valves ne s'adossent pas complètement, d'où un léger rétrécissement. On peut cependant introduire trois doigts dans l'orifice. Mais ce qui domine c'est une large insuffisance donnant à l'épreuve de l'eau un reflux abondant liquide du Ventricule dans l'oreillette. Les parois de l'oreillette sont plutôt un peu épaissies, malgré leur énorme distension.

Aucune lésion d'endocardite ancienne ni les deux cœurs. Aucun caillot ancien.

La symphyse du péricarde doit être ancienne, en raison de l'adhérence très prononcée des deux feuillets qu'on ne peut séparer que par une dissection minutieuse. Poids du cœur non compris 1070 gr.

Les poumons congestionnés sont lourds, présentant des adhérences incomplètes des plèvres moins plus étendues à droite où la symphyse est presque complète.

Le foie assez volumineux avec épaississement de la capsule et induration du tissu. 1650 gr. Sur la coupe sclérose interlobulaire manifeste, avec quelques lobules plus ou moins atrophiés du foie musculaire.

Reins volumineux tous fermes, à coloration rouge sombre, avec une capsule s'enlevant facilement { droit 280 gr. gauche 300 gr. } Rate volumineuse, ferme à coloration rouge sombre. 270 gr.

2me Secon
5 nov. 1896

1

478

Endocardite chronique de la mitrale probablement avec insuffisance ; hypertrophie légère pleurésie double ancienne avec synéchies complète des deux cavités ; obliteration partielle incomplète de la cérébrale postérieure gauche à deux centimètres de son origine avec petit foyer de ramollissement dans la couche optique. Reins rénale, sclérosés avec petits kystes. Hydrocèle du côté droit avec inflammation plus localisée de la vaginale du côté gauche.

H. 85 ans, St Elisabeth 28, entré il y a environ 8 jours dans un état où il était impossible d'avoir de lui des renseignements et même de l'examiner, car il était complètement gâteux. On avait cependant remarqué de la tachycardie avec arythmie, sans trouble manifeste du côté des voies respiratoires et sans œdème des membres inférieurs, sans paralysie, etc.

Autopsie le 5 nov. 1896 - Sujet très amaigri sans trace d'œdème des membres inférieurs, présentant seulement à la partie sup. et ant. de la jambe gauche une ouverture de la peau dépassant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes par où sort un parasiticide provenant d'un abcès sous-cutané de cette région sur trois trous de doigt de hauteur et deux de largeur, sans altération de l'os sous-jacent.

Erosion de la peau au niveau de la partie saillante du sequestre dans la jambe gauche.

Le Cœur un peu augmenté de volume dans le ventricule gauche présente une phlegmon localisé bien caractérisé à un travers de doigt au dessus de la pointe sur la face antérieure. La valvule mitrale est très épaissie

le siège d'une endocardite chronique consistant sur la petite valve pour un épaississement à la partie moyenne qui fait à 4 ou 5 millimètres de son bord libre une saillie de 3 ou 4 millimètres sur un centimètre de longueur à la face supérieure, formant comme une crête indurée et même crétacée sur son point le plus saillant.
La grande valve est également épaissie indurée à la partie moyenne dans la région correspondant à l'altération de la petite valve, mais à un moindre degré. Il n'y a pas de partie saillante, mais seulement un épaississement notable avec aspect blanchâtre, comme si cette surface était usée par le frottement. La coaptation des deux valves se fait mal, la partie saillante de la petite valve étant seulement superposée à la grande valve au niveau de son point épaissi; en outre on voit que par l'épreuve de l'eau, celle-ci revient en arrière du point le plus altéré de la petite valve.
Il faut soutenir tout le ventricule avec la main pour arriver à une occlusion à peu près complète.
Les tendons des muscles papillaires semblent un peu plus épais et plus blancs qu'à l'état normal jusque sur leurs points d'insertion aux muscles.
La tunique musculaire de la paroi du ventricule gauche examinée sur plusieurs coupes et notamment à la partie postérieure au niveau du groupe post. des muscles papillaires présente çà et là quelques points ayant une teinte plus pâle ou légèrement blanchâtre.
Rien de particulier du côté des valvules sigmoïdes si ce n'est une teinte blanchâtre sur la face sup. par suite de la condensation des plaques jaunes de l'origine de l'aorte. Peu d'athérome sur ce vaisseau.

mais plaque calcaire à la partie inférieure de la courbure où il écarte aussi les points ulcérés avec légers exudats fibrineux.

Symptôme complet des deux cavités pleurales c'est avec beaucoup de peine que l'on peut enlever les deux poumons en décolant les plèvres pariétales épaissies et très adhérentes à la paroi. L'épaississement des plèvres est surtout marqué ds. la moitié inf^re de chaque côté, augmentant de ce point progressivement à la base et diminuant à ce point presque près du sommet. Les lésions sont aussi plus accusées du côté gauche où il existe une rétraction plus marquée du poumon à sa périphérie et au niveau du diaphragme. En incisant le poumon et les plèvres de haut en bas, on voit que la plèvre pariétale a près de 0,01^m d'épaisseur à la base, tandis que la plèvre viscérale a 0,001^m – 0,002^m. Elle sont intimement unies dans toute la partie inférieure de la périphérie où il existe des exudats fibrineux et des néoproductions vasculaires, ~~bien~~ réunissant absolument les deux plèvres ou délimitant de petites cavités contenant 1 – 2 cuillerées de liquide incolore. Tandis qu'au niveau du diaphragme l'adhérence est intime. Le tissu pulmonaire au niveau de ces lésions est atélectasié, mou, et légèrement poncé par la sclérose dont il est le ~~tout~~ siège. Tandis qu'un peu au dessus, dans la partie intermédiaire entre ces lésions et les parties saines, il est le siège d'un peu d'hépatisation rouge mal limitée. Du côté droit, même lésions de la plèvre pariétale, mais intimement unie à la plèvre viscérale ~~tout~~ elle est difficilement séparée. Les faces de la plèvrite ne sont non plus pas rugueuses

pourquoi on peut voir sur la plèvre viscérale une plaque claire, outre que les plèvres sont aussi épaisses que de l'autre côté. Le poumon est de ce côté moins atélectasié et moins rétracté.

— Les artères de l'hexagone de Willis présentent des plaques athéromateuses surtout au niveau du tronc basilaire et des cérébrales moyennes et post^es. Sans oblitération et même parfois une dilatation plus marquée sauf au niveau de la cérébrale postérieure gauche qui présente à 0,02^cm de son origine, l'aspect d'un cordon blanc rétréci sur 0,01^cm de longueur environ, on ne peut pas ~~cependant~~ franchir cet espace avec la sonde, mais on peut cependant arriver à l'ouvrir avec la pointe des ciseaux, de telle sorte que si l'oblitération n'était pas complète, il passerait du moins un peu de sang sur ce point. Néanmoins aucune thrombose cérébrale appréciable, sauf une petite cavité ~~inférieure~~ contenant un peu de liquide et à parois molles à la partie sup^re et ant^re de la couche optique gauche. Rien de particulier sur les autres parties de l'encéphale.

— Reins : diminués de volume, avec quelques kystes, bords arrondis, fermés, avec épaississement de la capsule qui adhère d'une manière anormale à la surface rénale de façon régulière et à l'atmosphère graisseuse.

— Hydrocèle du côté droit et à gauche à la partie post^re du testicule petite cavité à parois sclereuses remplie d'un liquide ressemblant beaucoup à celui de la plèvre.

Poids

Cœur	320 grs
Reins	90 grs
	90 grs
Rate	80 grs
Foie	1150 grs

R. En somme endocardite chr. avec mitrale avec pleurésie double ancienne qui, en l'absence de tuberculose et d'autres lésions, paraissent être de nature rhumatismale et peuvent remonter à une époque éloignée de plusieurs années. – Lésions de la vaginale reconnaissant peut-être la même cause.

Avec ces lésions du cœur et des plèvres qui devaient gêner considérablement la circulation et la respiration, il y avait encore des altérations profondes des reins; et cependant il n'existait pas la moindre trace d'œdème aux membres inférieurs ou sur une autre partie du corps. Peut-être faut-il l'attribuer à la faible hypertrophie du cœur et à l'âge du malade, c.a.d. aux conditions dans lesquelles se trouvent à cet âge les organes plus ou moins atrophiés et avec un fonctionnement restreint.

Bien que du côté gauche la résolution inflammatoire fût moins complète qu'à droite; c'est du côté ~~droit~~ gauche que l'affection a été délétère et si la résolution est plus complète à droite, c'est que l'affection a été moins intense parce qu'elle a été plus secondaire et ce poumon faisant déjà la suppléance du premier entravé et devenu dès lors moins affecté comme cela arrive toujours en pareille circonstance. Les lésions prédominent à g. en haut comme la pneumonie.

La pneumonie ultime survenue dans le poumon g. ne s'est pas produite dans sa partie atélectasiée, mais bien immédiatement au dessus. C'est ainsi que le tissu pulm. atélectasié présente une immunité remarquable pour toutes les lésions: bronchite, pneumonie, tuberculose, carcinose, etc. tout vraisemblablement en raison des conditions dans lesquelles se fait la circulation de ces parties de poumon, à peu

Synophyse du péricarde. Endocardite chronique avec rétréc. mitral et peut-être un peu d'insuffisance aortique, insuffisance tricuspide. Rétrécissement de l'aorte abdominale immédiat en dessus de sa division et oblitération complète de l'iliaque primitive gauche. Hypertrophie cardiaque. Infarctus pulmonaires.

—

H. 33 ans, s. de Mr. Sépin, rapport un une péricardite primitive, puis un rhumatisme articulaire aigu. Il y a 2 ans, début brusque de la maladie par de congestion pulmonaire à divers reprises et par une oblitération des deux fémorales avec impotence des membres inférieurs qui s'est manifestée le 22 janv. 97 environ. Douleurs provoquées sur le trajet des vaisseaux artériels. Paralysie de la vessie, urines ammoniacales, traces d'albumine. — Séjour à Longchêne en avril 97. Pendant le dernier séjour du malade à l'H.D, hémoptysies, sibilances à la partie moyenne des poumons; douleurs précordiales. Eruption purpurique. Oedème aux deux bras. Pas d'albumine dans l'urine.

Autopsie le 8 nov. 1897. Taches nombreuses de purpura sur le tronc et les membres avec un peu d'oedème de ces derniers. Le petit doigt du pied gauche a été

détruit par gangrène lors de la paralysie des membres avec signes d'obstruction artérielle, cicatrice à ce niveau.

Le Cœur apparaît immédiatement avec une large surface en rapport avec la paroi et avec la symphyse des feuillets du péricarde. L'augmentation du volume du Cœur paraît considérable aux dépens des ventricules et des oreillettes des deux cœurs, mais avec prédominance de l'hypertrophie du cœur gauche. À l'ouverture des oreillettes on voit sortir de gros caillots cruoriques.

On remarque immédiatement qu'il existe un rétrécissement très prononcé de la mitrale dont les valves très épaissies et déformées sont incrustées de concrétions calcaires surtout vers la commissure externe dont les bords sont soudés. On remarque aussi sur la face interne de l'oreillette à un cent. en dehors de cette commissure quelques dépôts fibrineux correspondant à une surface d'endocardite sur l'étendue d'une pièce de 1 fr. On ne peut introduire dans l'ouverture de la mitrale que l'extrémité de la pulpe du petit doigt et cependant cet orifice paraît

suffisant à l'épreuve de l'eau. Les valvules sigmoïdes de l'aorte ne tiennent pas l'eau d'une manière parfaite et il est difficile de dire s'il devait y avoir une insuffisance pendant la vie. Cependant ces valvules présentent manifestement un épaississement trait d'ancienne endocardite au niveau des nodules d'Arantius qui sont comme étouffés ou lieu d'élection de l'endocardite. En outre la cavité ventriculaire est dilatée en grande. La tricuspide est absolument insuffisante à l'épreuve de l'eau surtout vers sa partie interne dont les bords valvulaires épaissis forment un bourrelet indiné et retracté qui ne permet plus la coaptation de ces bords. Rien de particulier du côté des sigmoïdes de l'artère pulmonaire. Ventricule dilaté.

Les parois du cœur sont partout notablement épaissies avec adhérence complète des deux feuillets du péricarde également épaissis. L'adhérence est parfaite sans trace d'exsudat fibrineux. Il faut une dissection minutieuse pour détacher les feuillets intimement soudés par des lamelles fibreuses. Toutes les parois hypertrophiées et toutes les cavités dilatées. -

On est obligé de peser le cœur avec les enveloppes péricardiques et 15 cent. d'aorte; ce qui donne un poids de 870 gr.

Rien de particulier sur l'aorte jusqu'au niveau de sa terminaison où se trouve un léger bourrelet circulaire immédiat avant sa division dans les iliaques. L'iliaque droite est normale ainsi que les artères voisines qui en dépendent. Mais il existe une oblitération complète de l'iliaque gauche transformée en un cordon fibreux. Les artères qui en dépendent sont toutes perméables et sans lésion appréciable.

Les poumons sont le siège d'infarctus au nombre de 3 ou 4 dont un volumineux à la base droite qui paraît en voie de résolution, mais avec engorgement pulmonaire très étendu tout autour de manière à occuper au moins la moitié du lobe. Caillots fibrineux dans l'artère pulmonaire au niveau du poumon. Aucun caillot ancien dans les cavités cardiaques.

Rate volumineuse, 450 gr.

Foie un peu congestionné 1470 gr.

Reins congestionnés, dr. 170 gr. sg. 160 gr.

27me Secon
14 janv. 1897

1.
510

Synphyse du péricarde avec médiastrite chronique et adénopathie trachéo-bronchique. Ulceration de l'artère pulmonaire au niveau d'un ganglion ramolli, communiquant d'autre part avec la bronche droite. Infarctus pulmonaire de la base droite et écoulement de sang par les voies respiratoires dans les voies digestives qui sont remplies de caillots

F. de 61 a. Salle B. Beissier. La malade n'est restée que 4 jours dans le service présentant des signes d'engorgement de la base droite ou de pleurésie et ayant offert pendant aussi des crachats hémoptoïques dès son entrée et ensuite 4 h. avant sa mort de melena.

Autopsie le 14 Janvier 1897

Rien appréciable à la surface cutanée si ce n'est à la partie interne des cuisses des taches noirâtres provenant du melaena et un peu de sang rouge autour des lèvres.

Au premier abord à l'ouverture du cadavre, rien de particulier si ce n'est un peu de liquide sanguinolent dans le petit bassin et une forte putréfaction de tous les viscères.

Les 2 poumons sont emphysémateux en avant et présentent seulement quelques adhérences en arrière de chaque côté, surtout à la base droite, sans aucune trace de liquide dans les plèvres. Le poumon droit présente au niveau du lobe inférieur un engouement manifeste. L'incision sur le bord post^r en arrière montre qu'il existe au centre de ce lobe un foyer infiltré de sang ~~dans~~ et en voie de ramollissement du volume d'un gros oeuf de poule. Les bronches qui se rendent au point ne contiennent pas de caillots et présentent seulement une surface rouge, mais toutes les branches de l'artère qui se rendent à ce lobe inf^r sont remplies de caillots anciens. Rien de semblable du côté gauche où le tissu est partout perméable à l'air, tandis que du côté droit autour et surtout au dessous de l'infarctus le tissu est aggravé au point qu'un fragment pris à ce niveau gagne le fond du vase dans l'eau. On remarque qu'il existe une synphyse complète et ancienne du péricarde. Les 2 feuillets peuvent cependant être décollés, mais avec beaucoup de difficulté surtout sur quelques points; il ne reste aucun exsudat récent; de telle sorte que cette lésion

est manifestement ancienne ; au niveau des vaisseaux on remarque un épaississement dû non seulement à l'adhérence du péricarde et des vaisseaux entre eux, mais aussi à ce qu'il existe un assez grand nombre de ganglions du volume d'une noisette à une amande, noirs et fortement indurés, adhérents aux vaisseaux et à la trachée d'un part aux bronches et aux tissus de l'artère pulmonaire d'autre part, d'une manière intime. En cherchant à détacher la trachée on tombe dans une cavité à parois un peu anfractueuses, provenant manifestement d'un gros ganglion reconnaissable à son tissu non sclérosé, qui forme comme une coque à la cavité et adhère intimement à la ~~trachée~~ partie antre de la trachée et à l'artère pulmon. au niveau de sa bifurcation. La paroi interne de cette cavité est noirâtre, ramollie, et en recherchant si la cavité communique avec les organes voisins, on trouve : 1° que la sonde cannelée pénètre de cette cavité dans l'artère pulmon. au niveau de sa bifurcation sur la surface interne de l'opelle on trouve une ulcération de la longueur (ou la sonde pénètre au milieu d'un tissu noirâtre, friable) d'une pièce de 0,50, plutôt ovale, et empiétant plutôt sur la branche droite de

l'art. pulmon. 2° une autre ouverture plus petite par où on passe facilement la sonde cannelée, qui conduit dans la grosse bronche droite. —

On peut ainsi reconstituer la pathogénie des lésions : péricardite et médiastinite de cause inconnue, adénopathie trachéo-bronchique ayant déterminé d'une part l'ulcération de l'artère pulmonaire et d'autre part celle de la bronche droite, infarctus pulmonaire, donnant lieu aux crachats hémoptoïques, ensuite hémorrhagie terminale provenant de l'art. pulmon. pénétrant dans les voies respiratoires, puis dans le tube digestif, d'où le melæna et l'hémorrhagie par la bouche constatée en dernier lieu.

La recherche de la tuberculose qui a été faite particulièrement sur le hilen pulmon. et le péricarde a été absolument négative : on ne trouve à chaque sommet qu'une légère pleurite de sclérose tout à fait superficielle.

L'examen du tube digestif n'a présenté aucune lésion. Mais il existe des caillots remplissant l'estomac, se continuant dans tout l'intestin grêle mais là en moindre quantité et liquide, le gros intestin est rempli par une masse noirâtre ressemblant à du cirage.

Le foie et les reins sont anémiés

Poids des organes : cœur avec gros vaisseaux et 0,10 cm de trachée : 550. Foie 1450. Rein D. 150. G : 150

Poids du cerveau : 1120.

Bronchite chronique. Emphysème pulmonaire — hypertrophie avec dilatation du cœur Dr. — Congestion viscérale. Anasarque — Ulcérations de l'estomac.

A. de 62 a. 5e de M. Vinay. Considéré comme atteint de bronchite chronique avec emphysème, dilatation du cœur droit avec hypertrophie, troubles circulatoires consécutifs. Sans albuminurie.

Autopsie le 25 Février 1897.

Œdème très prononcé des membres inférieurs et des bourses, des parties déclives du tronc, du bras gauche et de la main droite. Érosion cutanée au niveau du grand trochanter droit et de la partie saillante du sacrum.

En ouvrant la cavité abdominale, il s'écoule une assez grande quantité de liquide séreux qu'on peut évaluer à 4-5 litres. Il existe dans chaque cavité pleurale de 1-2 lit. de liquide et le bord emphysémateux des poumons saillant

saillie notable en avant, recouvrant presque complètement le cœur, sont il ne reste en rapport avec la paroi thoracique qu'une très petite partie (environ 2 cent. c. carrés) du ventricule Droit. La pointe du cœur se trouvant tout à fait sous le sternum g. en dehors et en arrière. Environ 150 gr. de liquide séreux légèrement trouble, mais limpide.

Poumons. Du côté droit, on remarque un emphysème très prononcé du lobe sup.r surtout au niveau en régions antérieures, tandis que au sommet et en arrière, l'emphysème est superficiel, profondément le parenchyme paraît plus dense. Le lobe moyen complètement atélectasié. L'atélectasie se continue sur le 1/3 sup.r du lobe inf.r. Le poumon paraissant comme étranglé à ce niveau, car la partie inf.re de ce lobe est au contraire volumineuse et très emphysémateuse. Mais on remarque qu'il existe au niveau de la partie étranglée d'adhérences solides reliant les plèvres et fixant le poumon en ce point, tandis qu'il est très libre dans toutes les autres parties. Sur les coupes, d'abord en suivant le trajet des

bronches on voit que celles-ci sont remplies de mucosités éparses, peu aérées surtout dans les parties déclives. Puis sur une coupe antéro post.e portant sur toute la lanière du poumon, on constate au niveau du lobe sup.r, en haut et en arrière l'emphysème superficiel tandis que les parties centrales sont bronchitiques, peu aérées, sauf dans la partie antérieure où tout le parenchyme est très emphysémateux. Atélectasie complète du lobe moyen et de la partie sup.re du lobe inf.r et enfin emphysème sur toute la partie inf.re de ce dernier lobe, sans qu'on trouve nulle part des lésions adhérentes ou autres bien manifestes à l'œil nu. — Le poumon gauche : emphysémateux au sommet et en avant présente un peu d'atélectasie superficielle, près de la scissure interlobaire et le lobe inf.r, emphysémateux près de la scissure n'offre qu'un peu d'atélectasie superficielle à la région postérieure. Sur les coupes on retrouve cette atélectasie légère et l'emphysème aux les points précédemment indiqués, en sorte les parties centrales autour du lobe sup.r sont comme celles du côté droit

sont plus denses, noirâtres et moins aérées, (c'est un fragment de cette région qui a pris pour l'examen histologique.)

Les ganglions trachéo-bronchiques sont légèrement hypertrophiés.

Rien de particulier du côté de la trachée.

Cœur : hypertrophie très manifestement aux dépens du cœur droit, dont les cavités sont beaucoup plus dilatées ainsi que celles du cœur g. renfermant les caillots noirâtres récents. Avec leur les valvules antérieures-ventriculaires, mais dilatation prononcée de l'orifice droit dont le formate est de 0,12 cm toutefois à l'épreuve de l'eau les valvules commencent peu près aussi bien que celles du côté gauche dont l'orifice mesure seulement 0,09 cm de formate. L'orifice aortique est suffisant, il en est de même de l'orifice de l'artère pulmonaire, quoique ce dernier soit manifestement dilaté. — Poids : 430 gr.

Reins : seraient plutôt un peu moins volumineux et plus fermes que de coutume, avec une substance corticale manifestement congestionnée. La capsule plutôt un peu épaissie, s'enlève bien laissant voir q.q.s rares kystes. Rein D. 170 gr. Rein G. 160 gr.

Le foie présente un épanchement sanguinolent de la capsule près du bord ant. paraissant dû à une coagulation à ce niveau et effectivement en ce point on ne trouve que la capsule épaissie. Le tissu hépatique est souple ayant mr 9.9 à l'aspect du foie muscade. Poids : 1400 gr.

Rate : volumineuse et pesante, très congestionnée, très noire, dense. Poids 400 gr.

L'estomac : vuu sur lui-même, de telle sorte que la muqueuse forme des plis très prononcés, offre sur toute sa surface interne une teinte rouge foncée, en outre on trouve au niveau de la petite courbure, à peu près à égale distance du cardia et du pylore, une ou plusieurs petites ulcérations au nombre de 6 groupées sur une surface assez restreinte : 3 ulcérations ont la forme irrégulièrement arrondie, de la largeur d'une pièce de 0,20 cm et paraissent comme taillées à l'emporte-pièce, avec un fond grisâtre et un bord légèrement noirâtre. Tandis que les autres ulcérations ont plutôt une disposition étroite et allongée, ayant 1.2 m.m de largeur pour 5-6 m.m de longueur et offrent une surface tout à fait noire, sans doute plus superficielles. Sur l'œsophage : petits nodules paraissant dus à la transformation

Le bandeau qui est recouvert d'une lit épaisse à une bande blanchâtre, sans doute d'ulcération et paraissant se rattacher à la corde thrombosée, lesquels 5-6 nodules et bourrelets sont plus petits.

530

H. 62 ans. Autopsie le 25 février 1897 –

Réflexions – C'est un cas relativement rare d'hypertrophie du cœur droit à un pareil degré sans autre lésions et notamment sans rétrécissement.

Nous avons bien constaté l'abondance des sécrétions bronchiques; mais nous nous attendions à trouver de la sclérose pulmonaire. Elle n'était pas manifeste à l'œil-nu et l'ex. histologique nous renseignera à ce sujet.

Anasarque très prononcée toujours en rapport avec une hypertrophie du cœur droit, mais le plus souvent majoritée à celle du cœur gauche. Œdème prédominant ou seulement manifeste sur les parties déclives qui peuvent varier d'un côté à l'autre suivant les positions autour des membres.

à peu près une quantité de
liquide séreux dans les deux
plèvres et cependant différence
notable au point de vue de la
ostéélectasie.

à droite ostéélectasie étendue
partie qui étant fixée par des a
et ne pouvant subir l'influence
inspiratrice des côtes et du diaphra
tondiaque la base du poumon
cependant située plus bas sous
liquide avait conservé son perm
en raison de l'influence voisine
du diaphragme. Du reste
la pression du liquide devait de
moins se faire sentir sur la b
que le liquide avait trouvé pl
au dessus au niveau de parties sep

de sorte les régions emphysémateuses de la base offraient une plus grande résistance à la compression.

Du reste dans beaucoup de pleurésies on peut constater la résistance de la base à l'atélectasie, au moins au début, de telle sorte que plus tard le poumon refoulé se présente sous la disposition en pied d'éléphant qui ~~trouve~~ dans le cas précédent la démonstration de son mode de formation.

Du côté gauche où il n'existait pas d'adhérences, l'atélectasie était très minime probable en raison de l'emphysème généralisé et de la production relativement peu ancienne du liquide survenu sous l'influence inflammatoire vague qui devait favoriser l'atélectasie dans les pleurésies vieuses. Elle existait dans les points où la dessiccation était

le moins active, tout simplement
au niveau des parties déclives, c'est-à-
pour un certain degré de stase cir
à la partie inférieure du lobe supé
et à la partie postérieure du lobe i

Ces altérations de l'estomac
~~devaient~~ provenir des troubles cir
existant dans tous les organe
et ayant produit dans les
de l'estomac des phénomènes ath
car elles ressemblaient beaucou
à celles que nous avons eu
l'occasion d'observer dans
cas où il existait des oblitérati
emboliques dans divers organe
comme dans ce dernier cas il n'y a
pas de lésion de ce genre ; on e
conduit tout naturellement à invoq
une altération thrombosique ou ratéom
avec les troubles circulatoires existant dans les divers

—. Endocardite ancienne guérie des valvules du cœur gauche et traces d'endocardite récente.

—. Pleurésie gauche avec épanchement et atélectasie du lobe inférieur. Pleurésie récente et peu abondante à Droite et bronchopneumonie dite centrale en rapport avec la plèvre interlobaire.

T. De 61 ans. Salle B. Beissier où elle était considérée comme atteinte à la fois d'une insuffisance mitrale et de tuberculose pulmon. On entendait pendant la vie à la pointe du cœur systolique un souffle vasqueux de rapeau se propageant vers l'aisselle, sans hypertrophie appréciable. Du côté des poumons on avait entendu quelques râles muqueux aux sommets mais sans les signes d'induration. On avait reconnu la pleurésie gauche et 2 jours avant la mort on a constaté à droite des râles fins et du souffle en rapport avec la pneumonie.

Autopsie le 17 novbre 1896

aucune trace d'œdème sur les membres.

Cœur un peu augmenté de volume avec dégâts du ventricule G. A l'épreuve de l'eau les valvules paraissent suffisantes, toutefois pour la mitrale l'épreuve n'a pu être faite d'une façon

assez précise pour qu'on puisse affirmer qu'il n'y avait pas d'insuffisance. Les bords de cette valvule et surtout de la grande valve sont manifestement épaissis avec un peu de rétraction vers la partie moyenne du bord libre de la grande valve. On remarque en outre quelques végétations vivantes disséminées sur les points épaissis. Il existe aussi des traces d'endocardite sur la valve post. des sigmoïdes, à partir du nodule d'Arantius et de chaque côté sur un ½ centim. formant une légère crête au dessous de la ligne d'occlusion. — Pas d'athérome valvulaire ni aortique. — Cœur droit sain.

Poumons : du côté gauche épanchement séreux d'au moins un litre. Atélectasie presque complète du lobe inf. gauche, dans dans la partie la plus éloignée de la plèvre du poumon, qui contient encore un peu d'air. Léger épaississement des plèvres. Au sommet de ce poumon adhérence des plèvres avec gros noyaux de sclérose envoyant des traînées fibreuses dans le tissu pulmon. — Du côté droit épanchement séreux moins abondant, mais plèvre couverte avec gros flocons fibrineux déposés sur les plèvres; sur la coupe du poumon, rien de bronchite, pas d'atélectasie, mais on trouve sur le lobe inf. immédiat au-dessous de la plèvre interlobaire de la pneumonie

à l'épaississement rouge grisâtre sur deux larges de doigt d'épaisseur. Sur certains points on voit la pneumonie limitée par des espaces interlobulaires. La pneumonie se présente aux niveau de la plèvre interlobaire à sa partie médiane se terminant à la cupidité, ainsi qu'à la partie inf^re par un trait légèrement surgonné. En dessous sur la coupe, au premier abord on a bien une pneumonie centrale, puisqu'elle est au centre du poumon et ne touche pas à sa périphérie, mais elle est en rapport avec la plèvre interlobaire.

Les ganglions bronchiques assez volumineux noirs et sclerosés.

— Perihépatite et perisplenite avec adhérences de ces organes au diaphragme.

Aucune lésion appréciable de la rate du foie ou des reins.

— L'intestin présente une déformation du mésocôlon qui est rétréci et faisant correspondre à un trait de cicatrice. Dans le fond, le tout plisse muqueuse sensible.

= Poids : Cœur : 320 gr. — Foie : 1120. — Rein D : 150 — Rein G : 160 — Rate : 170.

R. Ce cas est analogue à celui dont j'ai publié l'observation. Les signes d'insuff. mitrale étant manifestes alors que les signes de tuberculose pulmonaire étaient douteux, aurait dû faire rejeter ce dernier diagnostic pour admettre le premier.

Nous avons dit endocardite ancienne guérie ou endocardite récente; mais on aurait pu dire aussi bien endocardite chronique et récente. Il est bien difficile sinon impossible de distinguer l'endocardite guérie de l'endocardite chronique lorsqu'on trouve un épaississement scléreux avec ou sans raillis nodulaire des valvules. C'est ainsi que les lésions légères des sigmoïdes qui n'étaient le siège d'aucune lésion récente et qui n'occasionnaient aucun trouble appréciable dans le fonctionnement des valvules pouvaient être considérées comme de l'endocardite ancienne guérie.

En était-il de m̃ des lésions de la mitrale? L'insuffisance de cette valvule résultait-elle de ce que les valves ~~gracieuses~~ atteintes d'endocardite étaient restées épaissies et impuissantes à s'adosser régulièrement pour empêcher le reflux du sang dans l'oreillette? ou bien ces valvules depuis leur prétendue guérison avaient elles toujours été le siège d'un travail inflammatoire latent chronique? C'est ce qui nous paraît impossible de déterminer; car il y a lieu de croire que dans tous les cas la circulation et les phénomènes de nutrition ont été profondément modifiés dans ces valvules altérées et que les troubles ont persisté. On doit considérer comme lésions persistantes celles où il existe des vaisseaux de nouvelle production indépendamment des autres productions et comme lésions éteintes celles où les néoproductions ne contiennent plus de vaisseaux et sont seulement constituées par un tissu fibrillaire amorphe lorsqu'il est d'une couche de cellules, ainsi que j'en ai rencontré surtout sur les sigmoïdes. —

— à remarquer la pneumonie dite centrale qui en fait ne l'était pas, puisque l'autre hépatisé était en rapport avec le plèvre interlobaire —

22me Leçon
24 déc. 1896

503

Phtisie pulmonaire, longtemps localisée au lobe supe g. avec altération profonde de la capsule surrénale droite, sans pigmentation anormale des téguments. Quelques ulcérations intestinales. — Pleurésie récente avec épaississement de la plèvre pariétale et petit abcès caséeux pulmon. prêts à s'ouvrir dans la plèvre.

A noter particulièrement que le lobe supe g. rempli de cavernes était atrophié au point de se trouver situé à la partie antre sans que son sommet dépasse celui du lobe infe. — Les lésions du lobe infe aussi bien que celles du poumon droit consistent en lésions tuberculo-caseuses avec commencement de ramollissement et paraissent remonter à une date qui ne doit pas excéder 6-8 mois. — La capsule surrénale droite est à peine reconnaissable au sein d'un tissu sclereux avec des nodules caséeux formant des masses très adhérentes à l'atmosphère albuleuse du rein. — Les reins paraissent opaliscents. —

Poids: Cœur 300. Foie 2020. Rein D: 180. Rein g: 180. Rate 170.

Autopsie le 24 Decbre 1896

F. 33 ans - St Roch -

Tuberculose pulmon. avec cavernes anciennes cicatrisées avec 2 sommets et généralisation récente de la tuberculose dans les 2 poumons.

T. de 32a. Sensia à M. Dirion. entrée à midi mort à 5 h 1/2 du soir le même jour sans examen.

Autopsie le 14 nov.bre 1896

Sujet présentant un embonpoint très prononcé.

Adherences des plèvres, au moins dans le 1/3 inf.r de chaque côté, avec predominance à Dr. Plèvres éparsiques.

Au sommet droit, voûte à gauche en haut et en arrière caverne à parois irrégulières éparsées et parfaitement cicatrisée, comme si la caverne avait été taillée comme à l'emporte-pièce. Dans le lobe pulmon. encore perméable, elle est en rapport avec la plèvre sur 1/3 de sa surface externe. La caverne ne contient qu'un peu de pus caséeux qui tapisse les parois. Toutefois on arrive à découvrir qu'un seul point de communication avec une bronche de 3e ou 4e ordre. — Un peu au dessous et en arrière autre caverne, pouvant contenir une noix dont on ne peut pas

trouver la communication avec une bronche ; son volume est environ le $\frac{1}{4}$ de celui de la 1re qui en raison de son irrégularité est difficile à apprécier. Tout le reste du poumon manifestement congestionné ne renferme que des granulations cacéeuses, de la grosseur d'une tête d'épingle discernées par grappes irrégulières mais paraissant manifestement de production récente. — Entre les 2 grosses bronches sup.e et moyenne masse crétacée irrégulière du volume d'une noisette paraissant provenir d'un ganglion lymp. transformé.

Poumon G : Caverne ayant à peu près la $\frac{1}{2}$ du volume de celle du sommet Dr, elle est située aussi au sommet et en arrière ; elle a les mêmes caractères que celle du poumon Dr. et on se trouve par facilement ~~transparence~~ de communication avec une bronche qui est très petite. — Dans le reste du poumon mêmes lésions tuberculeuses récentes que du côté droit.

Ganglions bronchiques volumineux surtout gradués avec quelques îlots moins sclerosés, plus anciens.

— Cœur augmenté de volume surtout au niveau du V. Dr. sans lésion appréciable.
— Reins plutôt congestionnés sans lésion manifestes
— Foie : graisse congestionné
— Rate augmentée de volume
— Rien du côté du cerveau, ni de l'estomac ni de l'intestin.

— Poids : Foie 1700 gr — Cœur 420 — Rein D : 170. Rein G 180 — Rate 300 gr.

1. Son poumon de granulations dans les deux poumons alors qu'il n'y avait aux sommets que des lésions anciennes aux limites, trouve peut-être son explication dans ce fait que les cavernes ne communiquant qu'avec de petites bronches, aucune d'elles ne présentant pas de communication appréciable, avait difficilement se vider et ont pu être le siège de l'infection qui a déterminé la mort.

Tuberculose pulmonaire avec Ulcérations tuberculeuses de l'intestin dont la muqueuse présente des suffusions sanguines loin des ulcérations.

H. 31, St Augustin.

Autopsie le 8 décembre 1896.

Larynx normal.

Adhérence complète des plèvres épaissies du poumon gauche, mais sans plaques fibreuses étoilées indiquant une pleurésie ancienne. Poumon induré et rétracté dans toutes ses parties, mais surtout aux dépens du lobe sup. dont le tissu est transformé en tissu aréolaire par la présence de cavernes communiquant les unes avec les autres et n'ayant laissé subsister qu'une couche de 1 cent. d'épaisseur environ de tissu pulmonaire infiltré d'abcès caséeux à la périphérie du lobe. Le lobe inf. présente aussi de nombreux foyers tuberculeux avec dégénérescence qui produit l'induration du tissu. Il y a aussi ggs. caséeux à la partie sup. et ant. du lobe.

Le poumon droit est augmenté de volume

surtout aux dépens du lobe moyen et inférieur; car le lobe sup. qui est le siège de petites cavernes et de nombreuses lésions tuberculeuses en relève en notable rétracté au sommet où il existe gros adhérences pleurales. Les lobes moyen et inf. ne présentent que gros granulations tuberculeuses cavernes isolés ou agglomérés au sein d'un tissu pulmonaire congestionné et œdématié; moins partout perméable à l'air. Il est en effet à remarquer que l'air pénètre dans les 3 lobes du poumon, tandis qu'il n'existe pas de portion perméable à l'air dans le poumon gauche, car sans lésion appréciable - aucune autre lésion tuberculeuse sauf sur l'intestin grêle dans sa dernière portion.

Il existe en effet sur la valvule iléo-cæcale une ulcération ovalaire transversale ayant environ 1 cent. de largeur sur 1 1/2 de longueur, puis immédiatement au dessus de la valvule deux autres ulcérations un peu moins grandes et situées l'une à côté de l'autre transversalement. Enfin une 4e ulcération également ovalaire et transversale située à 50 cent. au dessus des précédentes et 2 cent. de longueur sur 1 1/2 de largeur. Toutes ces ulcérations ont des bords à pic un peu irréguliers et présentent dans le fond des granulations blanchâtres du volume d'une tête d'épingle. Sur la partie correspondante du péritoine, il existe une vascularisation augmentée d'où une teinte rougeâtre sur laquelle se détachent des granulations blanchâtres ou grisâtres. Il y a aussi un peu d'épaississement de la paroi à ce niveau.

Les ganglions mésentériques correspondants ont le volume d'un gros pois aplati.

à un mètre environ de la valvule et un 50 cent. environ de l'intestin, la muqueuse présente des plaques rouges noirâtres irrégulières de 1 à 3 cent. de largeur sur la plus grande partie du pourtour de l'intestin, puis çà et là des taches plus petites dans les points intermédiaires et un peu au dessus formant comme des stries ou des taches étoilées irrégulières rougeâtres, mais il n'existe pas une goutte de sang sur la muqueuse. Nous prenons un de ces derniers points pour l'examen histologique. Le lavage ou le raclage de la muqueuse ne modifie en rien les taches qui paraissent due à une infiltration sanguine du tissu conjonctif sous muqueux. Il n'existe à ce niveau aucune trace appréciable à l'œil nu, non seulement d'ulcération, mais ni de tubercule. Gros intestin sans lésion tuberculeuse appréciable. Foie un peu augmenté de volume et gras. Reins également un peu volumineux, mais sans lésion manifeste. Rate rien de particulier. aucune lésion des organes génitaux.

Poids : Cœur 320. Foie : 2020. Reins D : 155. Reins g : 160. Rate : 180.

Tuberculose des poumons et de l'intestin ;
foie gras avec dégénérescence amyloïde.

H. 28 ans, s. de M. Lépine, ayant présenté pendant la vie les signes d'une tuberculose pulmonaire.

Autopsie le 4 janvier 1898.

Le poumon droit est le siège de vastes cavernes qui ont détruit presque la totalité de l'organe. Le lobe supérieur présente une grande caverne occupant presque tout le lobe. Il n'y a guère que la portion inférieure du bord antérieur qui n'en fasse pas partie sur une épaisseur de deux travers de doigt et encore cette portion est-elle remplie de cavernules récentes donnant au tissu sain altéré l'aspect spongieux. Quant à la grande caverne qui va du sommet à la base du lobe en arrière, elle est traversée par des brides dirigées dans le sens des gros vaisseaux. Les parois sont assez plus ou moins irrégulières, recouvertes seulement d'un peu de pus grisâtre. On en trouve par davantage dans les parties déclives, la caverne communiquant largement avec les bronches.

cette caverne est absolument limitée à sa partie inférieure par les plèvres interlobaires épaissies et adhérentes.

Le lobe moyen est transformé en un tissu spongieux par la présence de nombreux petits cavernes.

Le lobe inférieur, comme le lobe supérieur est le siège d'une vaste caverne qui communique immédiatement au dehors de plèvres interlobaires adhérentes et occupe presque tout le lobe; de telle sorte qu'il ne reste à la partie inférieure que deux travées de doigt en arrière et trois en dehors et en avant d'un tissu rempli de petites cavernes. Les gdes cavernes présentent aussi de nombreux brides fibreuses dans la direction des vaisseaux et les parois sont plus ou moins anfractueuses avec fort peu de pus à la surface, en raison aussi de sa bonne communication avec de gros bronches.

Sur les coupes verticales passant par les lobes sup. et inf., il semble que tout le poumon ne forme qu'une vaste caverne anfractueuse autour entourée des brides qui la traversent. Mais en somme ce sont bien

deux immenses cavernes seulement séparées par les plèvres interlobaires épaissies. Il reste un peu de tissu pulmonaire qu'à la périphérie et encore est il criblé de cavernules pouvant rapidement produire, avec lésion inflammatoire concomitante, sans que il reste la moindre trace de tissu perméable à l'air.

Le poumon gauche ne présente que peu de lésions tuberculeuses. C'est à peine travers de doigt au dessous du sommet et en avant une caverne du volume d'une noix et à moitié remplie de pus, à parois minces, sans communication manifeste avec les bronches. un peu au dessous et en arrière ogps. tuberculeux cru du volume d'un pois dont quelques uns en voie de ramollissement ou ramollis et aussi quelques amas de tubercules du volume d'un grain de mil, donnant lieu à des indurations du volume d'une noisette ou d'une amande, irrégulières disséminés dans la région postérieure de ce lobe, dont les parties intermédiaires sont parfaitement perméables à l'air.

Le lobe inférieur est partout perméable à l'air sans trace de tubercules.

Les ganglions trachéo-bronchiques sont énormes, en partie de coloration noirâtre et en partie grisâtre. Mêmes colorations sur les coupes. On remarque aussi sur les parties sombres de la coupe, comme une pointillé blanchâtre paraissant se rapporter à des granulations tuberculeuses.

Environ 100 gr. de sérosité dans le péricarde, sans trace de péricardite.

Cœur peu volumineux, pesant 290 gr., sans aucune lésion appréciable.

Il s'écoule aussi un peu de liquide séreux lorsqu'on ouvre la cavité abdominale.

Les ganglions mésentériques ont un volume qui varie de celui d'un gros pois à celui d'une grosse noisette. Cependant l'intestin ni le péritoine ne présentent à l'extérieur aucune lésion manifeste.

Après avoir ouvert l'intestin, on voit qu'il est le siège de nombreuses lésions.

Dans l'intestin grêle, sur l'étendue de 2 mètres environ au dessus de la valvule de Bauhin, on voit que les plaques de Peyer sont notablement tuméfiées et le siège de petites ulcérations irrégulières, pointées comme à l'emporte-pièce, analogues aux

trous faits dans les vieux bois par les vers.
C'est ainsi que l'intestin paraît présenter
des ulcérations dans le sens longitudinal
parce que c'est la direction des plaques
sur lesquelles sont disséminées les petites ulcérations.
de forme irrégulière, arrondies ou ovalaires lorsqu'elles
sont très petites. Les ulcérations sont plus
nombreuses sur les plaques voisines de la
valvule où elles sont tout à fait confluentes,
jusque vers environ de son bord libre, sans
atteindre sa face inférieure. Pas de tubercules,
ni d'adhérences d'aucune sorte sur la partie correspondante
du péritoine. De suite les ulcérations sont
peu profondes, dans la muqueuse terminée
rougeâtre, mais sans tubercules caséux appréciables
à l'œil nu. Desquamation très manifeste de la muqueuse.

La muqueuse du caecum, de l'appendice iléo-caecal
et du gros intestin sur 1m,90 environ au
dessous de la valvule est criblée de petits points
blancs de volume d'une fine tête d'épingle, entourés
d'une petite circle noirâtre ou même gris de fer.
Autant que l'on peut en juger à l'œil nu,
il semble que ces lésions doivent être
attribuées à des tubercules en voie de regression
et de cicatrisation; d'autant que l'on trouve
aussi quelques petites ulcérations intestinales récentes.

Le foie considérablement augmenté de volume, pèse 3020 gr. Il paraît granuleux au premier abord, en raison de son aspect jaunâtre sur toute sa surface extérieure, à l'exception d'une large de 3 travers de doigt de la face supérieure près de la partie moyenne du bord antérieur où elle a une teinte jaune grisâtre, violacée. Les bords sont arrondis. Mais la consistance de l'organe n'est pas aussi ferme que l'aspect extérieur aurait pu le faire croire. On remarque plutôt que la consistance générale de l'organe est augmentée.

Sur les coupes du lobe droit, on voit immédiatement que il existe des taches jaunes grisâtres ou brunâtres confluentes ou disséminées se détachant sur le reste du tissu d'coloration jaunâtre. Au niveau des taches le tissu a l'aspect cirrhotique manifeste. On remarque aussi que cette altération suit parfois les vaisseaux et présente la disposition en feuilles de fougère. Ces lésions sont surtout prononcées dans le lobe droit et sa partie postérieure. Mais il en existe aussi de très accusées sur le point correspondant à la tache extérieure précédemment indiquée. Ces lésions deviennent tout à fait rares sur le lo

limite du lobe gauche, pour faire à peu près défaut au 4e dernier lobe.

La rate est volumineuse et augmentée de consistance, sans toutefois que sur les coupes, on trouve autre chose qu'un ton de coloration rouge foncé assez régulièrement. Poids : 380 gr.

Les reins sont de volume à peu près normal. La substance corticale est plutôt un peu pâle, sans sclérose manifeste, la capsule, non épaissie, s'enlevant facilement.

Rein droit – 180 gr

— gauche – 200 gr.

Les capsules surrénales paraissent de consistance un peu plus ferme qu'à l'état normal. En tout cas elles ne sont pas le siège de lésions tuberculeuses.

On prend pour l'examen microscopique des fragments du foie, de la rate, du rein, de l'intestin grêle au niveau du point versoulaire à 20 cent. de la valvule et d'une plaque de Peyer tuméfiée et ulcérée à 40 cent. plus haut, ainsi que de la base de l'appendice et du cæcum où se trouvent les tubercules paraissant en voie d'organisation et de cicatrisation.

Tuberculose pulmonaire à forme dite fibreuse ou avec tendance à la cicatrisation - Hypertrophie du Cœur concomitante, probablement avec un certain degré de sclérose des reins.

-

H. 47 ans, s. de M. Boudet, considéré comme atteint d'un catarrhe bronchique avec emphysème et œdème pulmonaires. Dilatation du Cœur droit.

Autopsie le 8 janvier 1898 - amaigrissement général, sans œdème des membres inférieurs.

à l'ouverture de la cavité thoracique, on est frappé du fait que le bord antérieur de chaque poumon est rétracté avec adhérences des plèvres, très éloigné l'un de l'autre, en laissant entre eux le Cœur augmenté de volume en contact avec une large surface de la paroi antérieure du thorax.

On ouvre la cavité péricardique pour mieux se rendre compte de l'état du Cœur.

On voit qu'il n'y a que fort peu de liquide séreux dans les parties déclives du péricarde, et que le Cœur couché sur le diaphragme et qui est en rapport avec son bord droit, correspond par une large surface du ventricule droit hypertrophié avec la paroi thoracique; toutefois l'oreillette droite distendue est cachée sous le bord du poumon droit et que le ventricule gauche proéminent en arrière, de telle sorte

qu'il n'y a qu'une faible portion de la pointe en rapport avec la paroi thoracique.

Les cavités du cœur agrandies sont remplies de caillots cruoriques. Les parois sont augmentées d'épaisseur. Quoique ces lésions se rencontrent sur tout le cœur, il est néanmoins évident que l'hypertrophie et la dilatation prédominent au niveau du ventricule droit.

aucune lésion orificielle. La valvule mitrale ferme bien et il en est de même des valvules sigmoïdes et l'aorte non altérée. Il n'y a même pas d'athérome de l'aorte. L'orifice auriculo-ventriculaire droit est manifestement dilaté; cependant, à l'égard de l'aorte, les valvules ferment à peu près complètement. Rien de particulier du côté des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire.

L'extraction des poumons est rendue très difficile par les adhérences des plèvres qui sont très fortes, particulièrement vers chaque sommet et surtout au niveau du tiers supérieur du poumon gauche. C'est au point que de ce côté, même en cherchant à détacher la plèvre pariétale, on ne peut avoir le poumon qu'en déchirant plus ou moins sa surface

dont quelques portions restent adhérentes à la paroi thoracique.

Le poumon gauche se présente avec une induration massive à toute la partie sup. au dessus d'une ligne horizontale passant par le bord inf. et postérieur du lobe supérieur.

Sur une coupe verticale à travers le poumon on voit que la masse indurée occupe effectivement toute la hauteur du lobe sup., en arrière et qu'elle ne descend guère plus bas en avant. Elle est constituée par un tissu fibreux noirâtre très dense, disposé sous forme d'amas irréguliers intimement soudés les uns aux autres par des travées fibreuses intermédiaires. A deux travers de doigt au dessous du sommet des avant, on voit une petite caverne pouvant contenir une noisette dont les parois fibreuses épaisses sont recouvertes en dedans d'une mince couche caséeuse. Partout sur tout le tissu induré, on ne trouve pas de tubercules manifestes, si ce n'est à la périphérie où l'on voit quelques granulations et surtout au niveau de la surface pleurale.

La synophyse pleurale est complète et les plèvres sont notablement épaissies d'aspect fibreux. Il en est de même des plèvres du poumon droit où la synophyse est également complète. Toutefois

on a pu extraire le poumon droit en décollant parfaitement mais facilement la plèvre pariétale.

On sent près du sommet qqs. noyaux indurés disséminés. Sur la coupe verticale du poumon, on voit, en effet, qu'il existe non un seul noyau induré comme dans le poumon gauche, mais ~~des~~ les points symétriques des noyaux indurés du volume d'une noix à une noisette, de forme à peu près arrondie, constitués par une partie centrale dure ~~fibreuse~~ et fibreuse, avec à la périphérie des granulations noirâtres du volume d'un grain de mil. On voit aussi çà et là des granulations égalant moins de mm volume et paraissant indurées qui sont disséminées irrégulièrement dans le tissu pulmonaire intermédiaire aux noyaux d'induration et qui est notablement congestionné.

On remarque aussi la congestion intense du tissu pulmonaire des régions inférieures des deux poumons, mais sans granulations appréciables.

Les ganglions trachéo-bronchiques sont augmentés de volume, noirs et indurés.

Les reins ont à peu près leur volume habituel; mais leur tissu paraît plus ferme, plus résistant qu'à l'état normal. Excepté sur les coupes, le tissu d'un rouge foncé, ne présente pas d'altération notable. La capsule tient un peu adhérente à la surface. Poids 190 gr. chacun.
Foie 1050 gr. petite un peu gros. Rate petite, pesant 100 gr. – Rien du côté du tube digestif.

Tuberculose pulmonaire (mort subite)

H. 57 ans, s. de M. Bondet, considéré comme atteint de tuberculose pulmonaire avec des lésions aux limites du sommet gauche et qui a été trouvé mort dans son lit le 8 Xbre au matin.

Autopsie le 9 Xbre 1897 – Rien de particulier à l'examen extérieur du cadavre. Après l'avoir ouvert, on constate d'abord une synphyse complète des plèvres à droite côté, puis une adhérence totale de la face supérieure et de la rate au diaphragme, ainsi que des adhérences du gd épiploon d'un part au bord antérieur du foie et d'autre part à la paroi du flanc gauche près de la rate. On remarque aussi qqs. tractus blancs noueux, évidemment fibreux, sur le mésentère. En examinant la face inférieure du foie, on voit aussi des adhérences anormales du duodenum à ce niveau où il est ainsi maintenu dans une

position plus élevée qu'à l'état normal.

Après avoir enlevé, comme de coutume, d'un seul bloc, tous les organes contenus dans les cavités thoracique et abdominale, on se rend bien compte de la synophyse complète des plèvres épaissies de la continuation de l'inflammation au dessous du diaphragme ainsi immobilisé surtout à droite où l'inflammation s'étend jusqu'à l'atrophie cellulo-adipeuse du rein. Il en résulte que cet organe se trouve dans une situation plus élevée et presque immobilisé dans sa position.

Le poumon gauche présente en arrière du sommet une induration très manifeste sur trois travers de doigt de hauteur environ. Sur une coupe verticale passant par ce point, on constate qu'il existe à ce niveau un amas de lésions tuberculo-caséeuses dont quelques unes en voie de ramollissement et de désintégration donnant lieu à des cavernes.

ces lésions se trouvent au sein d'un tissu sclérosé et occupent tout au plus la moitié postérieure du lobe supérieur. Le reste de ce lobe, ~~aussi bien~~ le lobe inférieur ne présentent aucun tubercule, mais sont seulement le siège d'une congestion intense, avec péritonite de l'air sur tous les points; on peut encore constater sur les coupes que les plèvres sont partout épaissies et très adhérentes. Les 2 lobes sont aussi très adhérents.

Le poumon droit ne présente une induration perceptible à l'extérieur qu'à la partie moyenne du bord antérieur. On voit sur la coupe verticale passant en ce point qu'elle correspond à un noyau sclérosé du volume d'une noix au sein duquel se trouvent quelques tubercules jaunes du volume d'une lentille.

Sur d'autres traces de tubercules dans ce poumon qui cependant présente encore à la base du lobe supérieur en arrière un tractus fibreux rétractés de 1 cent. ou moins d'épaisseur et de largeur étendue transversale.

Les plèvres de le côté sont environ aussi épaisses, aussi adhérentes que du côté gauche. même congestion pulmonaire qu'à gauche.

Comme d'ailleurs pour le diaphragme est ~~extrêmement~~ adhérent au foie; il entraîne que ses mouvements devaient être considérablement entravés.

Cœur plutôt de petit volume à parois minces, pesant seulement 270 gr. et ne présentant aucune lésion appréciable du péricarde, de l'endocarde, des orifices, ni du myocarde, ni enfin aucun caillot ancien. – Seulement ~~une petite~~ plaques jaunes d'athérome devenu calcaire à la partie inférieure de la courbure de l'aorte.

Foie d'aspect normal. 1400 gr.

Reins également d'aspect normal – 180 gr. chacun.

Rate 200 gr. n'offrant rien de particulier que ses adhérences au diaphragme.

Rien de particulier non plus sur le tube digestif, ni sur les organes génitaux.

Les centres nerveux n'ont pas été examinés; car ce n'est qu'après l'autopsie qu'on a connu la cause de mort du sujet.

Tuberculose pulmonaire ancienne récente
Tumeur blanche du pied droit avec envahissement
des ganglions crureux, inguinaux et pelviens
du même côté. Petit abcès froid du thorax.
Ulcérations intestinales.

F. 43 ans, St Pierre.

Autopsie le 10 déc. 1896 — amaigrissement
considérable sans œdème avec flexion de
la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur
le bassin du côté droit. Le pied de ce côté
présente une tuméfaction notable surtout
au niveau de l'articulation tibiotarsienne
où il existe des ulcérations de la peau et
des trajets fistuleux permettant à la sonde
d'arriver sur des os dénudés et jusque dans
l'articulation tibiotarsienne. Celle-ci
largement ouverte, on voit que les surfaces
articulaires connues de jours sont le siège
d'altérations profondes consistant dans
la disparition presque complète des surfaces
cartilagineuses dont il ne reste que des traces,
tandis que l'os dénudé paraît spongieux
et friable. En outre il existe autour de l'articulation
des fongosités rougeâtres avec quelques points caséeux.
Les articulations de l'astragale avec le calcanéum et
le scaphoïde présentent les mêmes lésions à un moindre degré.

Tous les ganglions de la région inguino-crurale sont tuméfiés (du volume d'une noisette à une noix) et caséeux. La petite ulcération au niveau du pli inguinal indique que ces ganglions ont dû suppurer et être éliminés, donnant lieu à une cavité anfractueuse au milieu des autres ganglions caséeux. Enfin immédiatement en dedans de la cavité pelvienne du côté, se trouvent deux ganglions caséeux indurés du volume chacun d'une petite noix et un peu aplatie contenus dans une coque fibreuse.

À ce même niveau se rencontrent aussi la dernière portion de l'intestin grêle et le cæcum avec l'appendice qui sont rétractés au épaississement des parois dont la surface est rougeâtre et un peu adhérente aux parties voisines. L'appendice notamment présente la moitié terminale d'apparence normale repliée sur la première moitié manifestement dilatée et épaissie avec adhérence complète au cæcum. Les ganglions mésentériques ont atteint le volume d'une petite noisette.

L'intestin ouvert montre que la valvule iléo-cæcale épaissie est le siège de plusieurs ulcérations irrégulières à bords saillants et il existe aussi immédiatement au dessus de la valvule une large ulcération ovalaire dans le sens longitudinal. Mais on trouve plus haut jusqu'à deux mètres environ au dessus de la valvule plusieurs ulcérations ovalaires dans

le sens transversal, ainsi que gros ulcérations arrondies de la largeur d'une lentille, plutôt près des autres ulcérations.

Dans le Cæcum seulement 2 ou 3 petites ulcérations arrondies. Mais toute la première moitié de l'appendice est transformée en une surface ulcérée irrégulière à parois épaissies.

La surface péritonéale correspondant aux ulcérations présente de fines granulations blanchâtres ou grises sur un fond rougeâtre ou épaissement de la paroi à ce niveau.

Rien de particulier dans les autres parties de l'intestin et dans l'estomac.

Foie gros volumineux avec granulations sur la face inf. du diaphragme qui commence à adhérer à la face supérieure du foie.

Reins et rate sans lésion appréciable.

Rien du côté des organes génitaux.

Poumon gauche diminué de volume surtout aux dépens du lobe sup. rétracté et induré, contenant au milieu d'un tissu sclérosé noirâtre plusieurs amas de substance crayeuse tout à fait au sommet puis en arrière et en avant à 3 ou 4 travers de doigts du sommet un caverne du volume d'une grosse noix à parois sclérosées contenant avec l'air un magma caséeux épais. Le lobe inf. est le siège de lésions tuberculeuses au sein d'un tissu très sclérosé. Plèvre épaissie adhérente.

Poumon droit rempli de granulations blanchâtres du volume d'une tête d'épingle à un petit pois et relativement récentes dans un tissu enflammé mais aéré. Vs ganglions bronchiques volumineux des dimensions variées de plus transformés

Symphyse du péricarde. En détachant les feuillets très adhérents, on voit sur les deux faces de nombreuses granulations blanchâtres du volume d'une tête d'épingle. Poids du cœur avec le péricarde 300 gr. sans dilatation notable des cavités.

Poids : Cœur : 300 gr. Foie 1700. Rein D. 150. Rein G. 140. Rate 140

Jn. Legou
21 nov. 1896

Phtisie pulmonaire. Hémoptysie 3 jours avant la mort. — Pseudo-anévrysme à Rossignol dans une petite caverne du poumon gauche. — Péricardite tuberculeuse.

A. de 33 a. Ste Jeanne.

Autopsie le 8 novbre. 1896. —

Adhérence des plèvres éparsies au niveau du lobe supr. des 2 poumons.

Le poumon droit présente au sommet une caverne pouvant contenir une mandarine, à parois en fer irrégulières, sans lésion vasculaire appréciable et ne contenant pas de sang. Le reste de ce lobe présente de nombreuses granulations tuberculo-caséeuses avec beaucoup de sclérose. Les granulations sont encore très abondantes dans la partie supre. du lobe infr. où une épaisseur de 3 travers de doigt environ. Plus bas q.q.s granulations disséminées dans un tissu congestionné. — Dans le poumon gauche, il existe dans le lobe supr. trois petites cavernes dont le volume varie d'une grosse amande à une petite noisette. C'est de la plus petite de ces cavernes située environ à 3 travers de doigt au-dessous du sommet, que l'on trouve le point de départ de l'hémorrhagie constatée pendant la vie, 3 jours avant la mort : c'est, en effet, de cette

seule caverne ~~qui contient~~ de trouve un coagulum cruorique la remplissant presque complètement. Après avoir enlevé le caillot cruorique avec un filet d'eau, on voit qu'il enveloppait un rudule fibrineux arrondi, du volume d'un pois, blanchâtre qui paraît fixé à la paroi de la caverne par un prolongement très mince. Pour se rendre compte de la disposition de la caverne par rapport aux vaisseaux on coupe ceux-ci et on voit que la caverne est immédiat^t en rapport avec une artère ayant environ 1 m.m. de diamètre et qui s'ouvre ds la caverne au point d'insertion du rudule fibreux. L'ouverture permet de passer facilement une sonde cannelée de moyen calibre. Il n'existe du sang ds aucune autre partie du poumon. On voit également que cette petite caverne communique parfaitement avec une bronche permettant le passage d'une fine sonde cannelée. - Les autres cavernes n'offrent rien de particulier. Le tissu de ce lobe est aussi rempli de granulations tuberculo-caverneuses avec sclérose. Les mêmes lésions se rencontrent encore sur 2 travers de doigt d'épaisseur de la partie sup^re du lobe inf^r, tandis qu'il n'y a que quelques granulations isolées plus bas. Du sommet les granulations qu'on constate sur ce poumon qui siège sur les parties symétriques à celles de l'autre côté, sont bien moins nombreuses et à un degré moins avancé.

Péricardite récente avec épanch^t donnant la sensation de langue de chat sur les 2 feuillets. On reconnaît aussi des granulations sur les points de la base où les feuillets adhérent légèrement, par de légères adhérences fibreuses (60 grammes).

Secon (suite)
nov. 1896

1

491

Phtisie pulmonaire. Mort par hémoptysie.

H. 52 a. Ste Elisabeth. Présentant les signes d'une phtisie pulmonaire avec signes de caverne à la base droite en arrière. Hémoptysie qui a déterminé la mort — Péricardite tuberculeuse avec symphyse.

Autopsie le 18 novbre 1896

— Poumons : adhérence complète des plèvres de chaque côté, épaississement des plèvres surtout marqué au niveau du lobe supr et à la partie post. prog. au bas. — Poumon droit : manifestement diminué de volume surtout au niveau du lobe supr. Après l'incision habituelle, on constate au niveau de la partie supre du lobe supre une caverne pouvant contenir une grosse noix, à parois irrégulières et contenant du sang légèrement coagulé. Après avoir enlevé le sang par un courant d'eau, on constate que la caverne placée à 2 travers de doigt environ de la face interne du poumon communique facilement avec 2 bronches de plus d'un millimètre de diamètre et qui rendent après un court trajet dans une des grosses divisions bronchiques de second ordre. Malgré l'examen le plus attentif de la paroi de cette caverne, il a été impossible de découvrir une lésion vasculaire. Les autres parties de ce lobe.

présentent plusieurs autres cavernes plus petites dont le volume n'est pas d'une amande à une noisette ainsi que des dilatations bronchiques au sein d'un tissu sclérosé, où les cloisons interlobulaires apparaissent manifestement épaissies sous forme de cordons blanchâtres. L'examen des cavernes sur le poumon coupé en tranches avec minar n'a fait découvrir aucune lésion des vaisseaux — Le lobe sup.r légèrement rétracté présente sur son centre près des grosses bronches une masse scléreuse noirâtre et d'autres points non dissociés manifestement sclérosés avec épaississement des cloisons interlobulaires. Nous y remarque que les parties perméables du poumon sont criblées de granulations miliaires, commençant à prendre la teinte jaunâtre. Contrairement à la partie inf.e de ~~du lobe~~ bord ant.r de ce lobe, le tissu pulmonaire est le siège d'emphysème et en même temps le siège d'hémorrhagies sanguines ayant l'aspect de taches rouges foncées irrégulières. Toutes les bronches de ce poumon et surtout les grosses bronches sont remplies de sang coagulé. On retrouve aussi du sang dans la trachée et les bronches du poumon gauche, toujours avec prédominance comme du côté opposé dans les parties les plus déclives. — Sur la coupe du poumon gauche : on trouve au niveau du lobe sup.r de la sclérose diffuse à un moindre degré que sur les parties symétriques du côté droit, et une grande quantité aussi de granulations

tuberculeuses miliaires, mais encore grisâtres. Sur le lobe inf. très emphysemateux les granulations sont également grises, en petit nombre et difficiles à apercevoir, en raison de leur coloration analogue à celle du tissu pulmonaire, de leur petit volume et de leur petit nombre. Mais il existe en outre dans tout le lobe inf. des ecchymoses sanguines qui donnent aux coupes un aspect pointillé rougeâtre plus ou moins vif ou rouge foncé, tout en laissant au tissu pulmonaire son caractère de souplesse et d'aération, tel qu'il continue à surnager dans l'eau. A remarquer aussi que si certaines ~~grosses~~ infiltrations sanguines se trouvent placées près d'une granulation, on trouve aussi celles-ci dans des points où les infiltrations sont absolument éloignées. Elles sont aussi éloignées du lobe sup. où les granulations sont plus abondantes.

— Synphyse complète du péricarde qui adhère à la plèvre médiastine en présentant à ce niveau des granulations manifestes. Les feuillets du péricarde sont épaissis et très adhérents, rendant difficile en les détachant sur un point limité qu'on n'aperçoive beaucoup de petits ou petites granulations sur les surfaces qui étaient en contact.

Cœur peu augmenté de volume, sans altération des valvules, ni de l'aorte.

Foie un peu gras avec quelques tubercules disséminés.

Rate volumineuse

Dans le rein : 1 tubercule sur la coupe ordinaire.

Poids : Cœur : 470 gr — Rein Dr : 170 — Rein Gr : 200 gr — Foie : 1850 — Rate : 330 gr.

Pyopneumothorax tuberculeux avec empyème pulsatile à gauche et refoulement du Cœur à droite. Péricardite séro-fibrineuse récente.

H. 30 ans, St Augustin. Cet homme avait fait un premier séjour dans le même service il y a 6 mois où il fut considéré comme atteint de douleurs rhumatismales. Il est rentré il y a quelques jours en prétendant n'être malade que depuis un mois. On a constaté les signes d'un pyopneumothorax gauche avec refoulement du Cœur à droite. On a marqué le point où se trouvait le maximum d'impulsion dans le 4me espace intercostal dans la ligne mamelonnaire et aussi le point de la base où le claquement des rétrécissements était perçu, dans le 5e espace un peu plus en dehors du sternum. On a aussi noté des battements épigastriques.

Autopsie le 20 février 1897. Sujet grand et bien musclé, sans trace d'œdème.

On enfonce des aiguilles; 1° au niveau du point où le maximum d'impulsion est marqué dans le 4me espace droit sous le mamelon; 2° dans le 4e espace immédiat sous le mamelon; 3° dans le 5e espace entre la ligne mamelonnaire et le bord droit

du sternum. On enlève ensuite le plastron thoracique, en remarquant que le péricarde est très adhérent à la paroi thoracique sur une large surface et que le ventricule droit est particulièrement pressé contre la paroi, tellement qu'il faut une direction attentive pour ne pas l'entamer.

Lorsque le sternum et les fausses côtes ont été enlevés, on voit que le cœur est effectivement refoulé à droite, mais en gardant sa direction habituelle de droite à gauche et de haut en bas, de telle sorte que la pointe du cœur est située immédiat et en arrière de l'appendice xiphoïde dont la plus grande partie de l'organe se trouve à droite du sternum, le bord du ventricule droit étant incliné sur le diaphragme et la base répondant au poumon droit.

On peut s'assurer que l'aiguille piquée au point de maximum d'impulsion dans le 5e espace traverse le bord du ventricule droit à 3 cent. au dessous du sillon auriculo-ventriculaire; que l'aiguille placée dans le 4e espace atteint le même ventricule à la même distance du sillon, mais en plein ventricule et que l'aiguille du 3e espace tombe sur l'infundibulum près des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire. Il est à remarquer encore que si toute la surface du cœur en rapport avec la paroi du thorax enlevée, ~~de telle sorte que le cœur~~ apparaît

comme faisant saillie, en portant le doigt sous le bord droit des côtes pour atteindre la base du cœur, on constate que le bord droit près de la base au niveau du point ponctué par la 1re aiguille est séparé de la paroi d'au moins un travers de doigt tandis que les autres points de la base sont ~~encore~~ immédiatement en rapport avec la paroi thoracique.

Le péricarde épaissi est intimement adhérent à la plèvre médiastine gauche où l'épaississement est encore plus marqué avec adhérence très prononcée à la paroi. C'est en point qu'elle ne peut pas être séparée par la dissection sans être perforée. On entend alors un léger sifflement dû à la sortie des gaz contenus dans la cavité pleurale bientôt suivie de l'issue d'un peu de pus jaune crémeux homogène.

Cependant en ouvrant le péricarde pour bien s'assurer de l'état du cœur et on voit qu'il existe une péricardite récente avec moins de 100 gr. de liquide séreux parfaitement limpide et des exsudats fibrineux récents assez abondants surtout à la base au niveau des oreillettes, sans adhérence des feuillets du péricarde. Le cœur apparaît non ~~notablement~~ augmenté de volume dans la forme plutôt en cone arrondi à son extrémité,

transversal le cœur paraît un peu élargi aux dépens du ventricule droit.

Pour terminer ce qui a trait à l'examen du cœur, nous ajouterons qu'il n'existe aucune lésion valvulaire, que l'aorte est normale, poids du cœur 320 gr. persistance du trou de Botal.

Les aiguilles ayant été enlevées, on donne alors issue au liquide purulent contenu dans la plèvre gauche au moyen d'une large incision faite à la partie déclive en arrière dans un espace intercostal. À mesure que le liquide s'écoule, on voit le cœur revenir un peu à gauche. Toutefois on remarque que ce phénomène est surtout rendu manifeste par l'ouverture du péricarde ; car en rapprochant les bords de l'incision après l'écoulement total du liquide, il n'y a plus qu'un léger retour de droite à gauche de la partie médiane, en raison de la fixité des feuillets épaissis du péricarde surtout au niveau de la plèvre médiastine également très épaissie et formant par leur adhérence un plan épais résistant qui sépare la cavité pleurale de la cavité péricardique.

La quantité de pus contenu dans la plèvre gauche peut être évaluée de 2 litres ½ à 3 litres.

La plèvre pariétale est très épaissie, de

consistance fibreuse et très adhérente à la paroi thoracique d'où elle ne peut être que incomplètement détachée au niveau du dernier côte des espaces intercostaux correspondants.

Le poumon très diminué de volume est refoulé en dedans et en haut; mais il est relié aux parois par des brides plus ou moins épaisses qui contiennent un prolongement du tissu pulmonaire de telle sorte que l'organe atelectasié aplati, refoulé, présente ainsi comme des lentacules le reliant aux parois. C'est d'abord en bas un prolongement plus volumineux que le poumon se terminant par une attache fibreuse plus mince reliée à la plèvre diaphragmatique. C'est en dedans 3 ou 4 prolongements plus minces et plus courts l'attachant à la plèvre médiastine et enfin deux prolongements du volume d'un doigt et assez longs pour s'insérer sur la région latérale du thorax. Ainsi la cavité pleurale comprenant presque la totalité de la plèvre ne renferme que la plus grande partie du poumon aplati atrophié baignant dans le pus, fixée dans cette situation par des prolongements du poumon

artérectasié recouvert de la plèvre épaissie et qui vont s'insérer en divers points de la plèvre pariétale épaissie et sclérosée.

En insufflant le poumon sous l'eau, on voit sourdre des bulles d'air provenant de la région postérieure ou postéro-externe du lobe inférieur et qui sortent au niveau d'un point où la plèvre viscérale blanchâtre, épaissie, présente un ramollissement caséeux sur un espace de la largeur d'une pièce de cinquante centimes et occupé d'un point tout à fait voisin où on trouve une lésion semblable sur un moindre étendue. D'ailleurs une incision passant sur ces deux points, on voit qu'ils correspondent à deux masses caséeuses anciennes, des voies d'élimination du volume d'une grosse noisette et d'un haricot. Le tissu voisin artérectasié ~~noirâtre est~~ manifestement sclérosé. La matière caséeuse granuleuse, assez dense et manifestement ancienne, s'élimine avec facilité par le grattage et montre une paroi fibreuse, blanc noirâtre qui l'enveloppe et la limite très exactement jusqu'au niveau de la plèvre épaissie où la matière caséeuse fait légèrement saillie sous forme d'un amas ~~exactement encapsulé dans~~ la plèvre viscérale épaissie. Toute la portion du poumon contenue dans la cavité pleurale présente un tissu artérectasié noirâtre, très comprimé, car sur la coupe les ouvertures des bronches et des vaisseaux sont très rapprochées les unes des autres, comme si elles étaient plus nombreuses qu'à l'état normal, tellement

il y a peu de tissu intermédiaire. La cavité qui renfermait le pus remonte presque jusqu'au sommet ; car il ne reste à ce niveau qu'une portion du volume d'une mandarine où les plèvres sont adhérentes entre elles et qui par conséquent se trouve hors de la cavité occupée par le pus. Lorsqu'on incise ce sommet on voit qu'il est uniquement constitué par une énorme masse de matière caséeuse jaunâtre grumeleuse entourée dans les deux tiers supérieurs par une paroi fibreuse noirâtre de deux mill. d'épaisseur où les deux feuillets pleuraux adhèrent entre eux et qui se trouve en rapport dans le tiers inférieur avec une couche épaisse de tissu sclérosé noirâtre qui la sépare du reste du poumon faisant saillie dans la cavité pleurale où se trouve le pus. Il y a même un peu de rétraction du tissu sclérosé sur cette limite, de telle sorte que la masse caséeuse forme comme une saillie arrondie du volume d'une mandarine tout à fait au sommet. Cette matière caséeuse paraît tout à fait ancienne et les parois de la cavité sont tout à fait lisses, sans traces de lésions plus ou moins récentes.

Le poumon droit est indurée sur la plus grande étendue de son sup., surtout au niveau du sommet où existent des adhérences pleurales anciennes. En même temps il y a peu de placards emphysémateux intercalés aux points indurés. Sur la coupe, on voit qu'il existe une sclérose ancienne du tissu pulmonaire

sous forme de traînées fibreuses noirâtres partant du sommet et allant jusqu'à la base du lobe mettant en arrière. Il y a donc une diminution de volume du lobe qui n'est pas compensé par le point emphysémateux du reste assez limité. Au sommet du poumon en avant se trouve une toute petite caverne, vide, à parois lisses, pouvant contenir une noisette et ne communiquant pas avec les bronches. Tout à fait au centre du lobe se voient 2 ou 3 petits nodules cérébroïdes du volume d'une lentille.

Les ganglions trachéo-bronchiques sont volumineux, d'un rouge grisâtre. La plupart présentent sur la coupe ~~cette même aspect~~. Mais l'un d'eux plus volumineux contient en outre une masse crayeuse ancienne du volume d'une noisette, tandis que la plus gde portion est seulement rouge grisâtre.

Foie volumineux et gras - 1820 gr.

Reins volumineux et fermes avec capsule un peu épaissie et résistante, mais s'enlevant facilement { droit 230 gr
gauche 220 gr

Rate volumineuse et molle 300 gr.

H. 30 ans. Autopsie le 20 février 1897

Réflexions – Dans le refoulement du cœur à droite, on voit que cet organe a conservé sa position habituelle. Mais on peut se demander pourquoi l'impulsion cardiaque ne se faisait pas sentir au niveau de la pointe située en arrière de l'appendice xiphoïde, tandis qu'elle était très manifeste au niveau d'un point de la base.

Le cœur ainsi refoulé et pressé contre la paroi devait certainement jouir d'une moindre mobilité au niveau de la pointe

plus exactement appliquée et moins
contre la paroi ; d'où la moin
impulsion à ce niveau. Le
le rapport du cœur avec la paroi
ne suffit pas pour donner l'imp
puisque celle-ci n'est pas perçue,
tout au moins avec la même intens
sur tous les points où l'organe est
en rapport avec la paroi. C'est
à l'état normal dans les points
où le cœur présente une certaine
mobilité que l'impulsion est
perçue, c'est-à-dire surtout à la pointe
mais aussi à la base à un m
degré pourvu que la mobilité ex
Or dans le cas en question l'im
présentait sur toute, non à
pointe, ni même sur la plus gra

partie de la lame étroitement appliquée contre la paroi, mais au niveau du bord droit en un point qui, sur la table d'autopsie paraissait éloigné de la paroi d'un travers de doigt, c'est à dire, qui pendant la vie devait jouir d'une certaine mobilité. Celle-ci n'était que l'exagération de l'impulsion battante sur le point où il existait encore une certaine mobilité et avait d'autant plus d'intensité que les autres parties de la lame de la plèvre étaient plus ou moins entravées.

L'empyème pulsatile paraît se produire lorsque l'épanchement se rapproche avec le cœur et entraîné avec une tension plus ou moins forte. Or les conditions dans lesquelles se trouvait la poche fixée par les brides partant du poumon en tous sens s'empêchaient la dilatation.

du thorax devaient favoriser le développement du phénomène.

La présence du tissu pulmonaire dans ces grosses brides indique que la pleurésie a dû précéder la production du pneumothorax qui a refoulé le poumon avec une ~~[illegible]~~ sur tous les points, mais au péritoine du [illegible] ~~préalable~~.

Les lésions tuberculeuses devaient être anciennes, puisqu'elles étaient enkystées. Mais comme elles étaient superficielles et placées, la plèvrésie, [illegible] adhérences des feuillets pleuraux à leur niveau a dû favoriser la rupture de la plèvre pour conséquence la pénétration de l'air.

À remarquer le volume tout à fait insolite de la masse caséeuse enkystée dont il est question qui avait passé inaperçu précisément en raison de cet enkystement, n'ayant pas été spécialement attirée du côté de l'appareil respiratoire lors du premier séjour du malade à l'Hôtel-Dieu.

Récapitulation à côté d'appareil pleurale déjà en l'occasion d'observer cette plèvrésie [illegible]

Nécrologie. Les pneumothorax entraînent la mortalité et les lésions anciennes des poumons, pour le malade [illegible].

42me Leçon
[illegible] février 1897

Pyopneumothorax avec empyème pulsatile refoulant du cœur à droite (ectopie cardiaque)
Péricardite sérofibrineuse récente chez un H. de 30 ans non amaigri.
Tuberculose pulmonaire ancienne alors que le malade prétendait n'être malade que depuis un mois et très vraisemblablement aucune pleurésie ancienne en raison des traités multiples qui relient le poumon atélectasié à la plèvre pariétale.
- Ulcération faisant communiquer le poumon avec la cavité pleurale au niveau de deux amas caséeux l'un du volume d'une noisette l'autre d'un haricot. Ces deux caséums sont anciens. Il y a encore encore un amas au sommet du volume d'une mandarine complètement calcifié [illegible]

Tuberculose rénale et pulmonaire.

—

F. 45 ans, 1. à la Veinin.

Les reins, le cœur et les poumons droit seulement nous ont été envoyés par M. Commont.

Le rein gauche est diminué de volume, de coloration blanchâtre et assez résistant à la coupe avec épaississement de la capsule adhérente à la substance rénale. Sur la coupe plusieurs amas de substance caséeuse occupant la plus grande partie des lobules de la portion supérieure et moyenne et à un léger degré aussi de la portion inférieure. Les parties caséifiées sont

en voie de désintégration et d'élimination
soit d'une manière immédiate, soit par passage
de telle sorte que des cavités à parois
cornées sont en voie de formation
la plus de parties éliminées, peu à peu on
on trouve aussi à la partie supérieure
une cavité pouvant contenir une
dont les parois sont tout à fait
et qui ne communique pas avec les
comme les autres cavités en voie de
désintégration qui se confondent
les parois deviennent recouvertes d'une
couche cornée et un peu dilatées
cette cornification de la muqueuse
du canal se continue sur
de l'urètre dont les parois sont épaisses
et qui par le fait de l'atténuation
cornée de la muqueuse augmentée d'épaisseur
complètement obliterée. Quant à
tissu rénal il est blanchâtre et
fibreux bordant les amas cornés
régulièrement disposés, mais à contours un peu irrés

mois on ne voit aucun nodule caséeux isolé, aucun granulation sous une forme quelconque. Il s'agit ici donc de la tuberculose dite massive, sans granulations tuberculeuses apparentes. Ce rein pèse 190 gr.

Le rein droit est un peu plus volumineux l'aspect du rein blanc selérié sans aucune granulation tuberculeuse ~~et~~ lésion caséeuse. Il pèse 220 gr.

Malgré ces lésions considérables des reins, le cœur est très petit, ne pesant que 130 gr. et sans aucune lésion appréciable.

Le poumon droit qui nous a aussi été envoyé présente une induration de la plus grande partie du lobe supérieur et lobule inférieur, produite par des tractus fibreux, noirâtres, portant du tissu

et allant jusqu'au centre du lob
entre lesquels se trouvent des nodules
caséeux du volume d'une lentille à la
fois, surtout profondément au
dessous des portions sclérosées.

Ces lésions du poumon sont
portés récents. Des portions anciennes
de telle sorte qu'il est impossible
de savoir si elles sont antérieures
ou postérieures à celles du rein gau

Examen du Cœur des 3 cardiaques dont l'autopsie a été faite récemment

Lésions de l'orifice aortique

— de la mitrale

— de la tricuspide

Hypertrophie du Cœur

maximum de l'hypertrophie dans le cas où il y avait en même temps synphyse du péricarde qui favorise la persistance de la distension des parois du Cœur (augmente les résistances)

Infarctus pulmonaires.

Foie cardiaque simple

— — avec cirrhose

Chez l'un des malades rétrécissement de l'urèthre avec hydrocèle double.

Arthrite chronique du genou avec usure du cartilage et production d'ecchondroses en tous les points, moins nettement à la périphérie et sur deux les fronges synoviales.

Chez un syphilitique.

Cancer du sein volumineux avec envahissement du pectoral et des ganglions axillaires.

19me Leçon
17 déc. 1896

Pleurésie purulente enkystée en voie de s'ouvrir dans le poumon

H. 78 ans, Ste Elisabeth. entré seulement depuis 2 jours dans un état semi-comateux et considéré comme atteint de broncho-pneumonie.

Autopsie le 17 décembre 1896 - Sujet très maigre sans aucun trace d'œdème, ni de lésion cutanée.

Après l'ouverture des cavités thoracique et abdominale, on remarque seulement de l'emphysème du bord antérieur de chaque poumon avec des adhérences pleurales prédominant ~~très résistantes~~ au niveau du lobe inf. droit et des adhérences lâches du côté gauche sans épanchement notable. Rien de particulier du côté de la cavité abdominale.

Les poumons sont enlevés comme de coutume avec la plèvre pariétale; mais on a beaucoup de peine à détacher celle qui se trouve au niveau des régions postérieure et latérale de la base droite en raison de son adhérence particulière aux côtes. En effet, après avoir enlevé ce poumon, on remarque tout d'abord sur la plèvre épaissie blanchâtre des saillies fibreuses régulièrement disposées

transversalement avec la forme courbe et la direction oblique de haut en bas et d'arrière en avant correspondant exactement aux côtes ; de telle sorte qu'on pourrait croire à des côtes fibreuses sous-jacentes aux côtes osseuses et restées adhérentes à la plèvre pariétale très épaissie. Ces sillons fibreux sous-costaux qui indiquent absolument la position des côtes sont disposés en arrière à peu près à la distance habituelle qui sépare les côtes ; mais l'espace qui les sépare diminue rapidement d'arrière en avant, de manière à ne laisser qu'un espace très étroit à la région antero-latérale. À notre avis qu'au niveau des sillons fibreux aux extrémités du stéréotant, tandis que sur les parties intermédiaires on a un réticulum beaucoup moindre. En examinant les côtes laissées en place, on voit que le périoste a été enlevé au moins en partie au niveau des côtes qui ont laissé leur empreinte sur la plèvre pariétale épaissie. Cette impression des côtes n'existe qu'au niveau du lobe inférieur et sur 2 ou 3 travers de doigt de la partie postérieure du lobe sup.

avec l'épaississement pleural plus marqué dans la moitié inf. du poumon droit, on remarque aussi une notable diminution de volume à ce niveau.

Une incision pratiquée en arrière de haut en bas sur le poumon, montre d'abord à la partie sup. un tissu pulmonaire un peu congestionné avec un peu d'épaississement des plèvres adhérentes à la région postérolatérale, mais partout perméable à l'air et sans trace d'emphysème notamment au niveau du bord antérieur. L'épaississement très prononcé des plèvres en arrière commence à 2 ou 3 travers de doigt au dessus de la scissure interlobaire, puis en continuant l'incision plus bas on donne tout à coup issue à un flot de pus jaune homogène contenant seulement en suspension qqs. flocons fibrineux infiltrés de pus. On trouve aussi dans la cavité pleurale qui renferme environ 300 gr. d'un pus homogène onctueux avec des conduits fibreux dont un du volume du poing ou mieux de la main allongée avec les doigts réunis. Dans ces conduits sont absolument infiltrés de pus.

Il en existe aussi sur les parois de la cavité constituée par les plèvres épaissies dont la réunion en dedans, en dehors et en bas au niveau du diaphragme a enkysté le liquide à la région postérieure sur toute la hauteur du lobe inf. en empiétant de 1 à 2 travers de doigt sur le bord du lobe supérieur. C'est ainsi que les parois constituées par les plèvres pariétale en arrière se continuent avec la plèvre viscérale en avant, en formant une cavité régulière ovoïde à parois fibreuses inextensibles de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, en général un peu plus prononcée pour la plèvre pariétale.

Après avoir lavé la cavité au moyen d'un filet d'eau, on voit que sa surface interne est assez régulièrement lisse, mais avec des taches blanches plus accusées çà et là et un peu plus saillantes, aussi bien sur la plèvre pariétale que sur la viscérale. Cette dernière présente en outre à 2 ou 3 travers de doigt au dessous de la scissure interlobaire et à 4 ou 5 travers de doigt en dehors du bord postérieur une ouverture arrondie de la plèvre permettant l'accès de l'extrémité d'une grosse sonde cannelée qui est arrêtée immédiatement dans le

tissu pulmonaire sous-jacent. Une ouverture analogue, mais un peu plus petite, se trouve à peu près à un travers de doigt au dessous de la précédente. Enfin à deux travers de doigt au dessus de la base du poumon, on remarque une ulcération de forme arrondie ou plutôt ovalaire dont le diamètre vertical a 8 mill. et le diamètre transversal 4 mill. Au centre déprimé blanc vers un tissu blanchâtre d'où l'on voit sourdre un peu de liquide purulent. Toutefois l'extrémité de la sonde est immédiatement arrêtée dans ce tissu comme au niveau des deux autres ulcérations.

On commence alors à ouvrir les bronches qui sur ce poumon renferment un peu de pus étalé sur la muqueuse de la grosse bronche inférieure. On verse alors de l'eau dans cette bronche en regardant ce qui se passe du côté des ulcérations et on voit manifestement de l'eau mêlée de pus sortir de l'ulcération inférieure. Aussitôt qu'on cesse de verser de l'eau dans la bronche cet écoulement s'arrête pour reprendre lorsqu'on remet de l'eau dans la bronche. Mais avec la sonde introduite dans les bronches, il est impossible d'arriver jusqu'au point ulcéré de la cavité pleurale.

En continuant l'incision du poumon dans le lobe inf. de manière à passer au niveau de l'ulcération située près de la base, on voit que cette ulcération comprend la destruction complète de la plèvre viscérale et qu'elle se trouve ainsi en rapport avec un tissu pulmonaire d'aspect blanchâtre et mou, manifestement infiltré de pus sur une étendue correspondant environ au volume d'une amande. Ce tissu infiltré de pus est lui-même entouré d'une zone de tissu pulmonaire légèrement grisâtre, tandis que le reste du lobe présente un tissu rouge foncé, brunâtre, plus ou moins atélectasié.

Il n'existe donc ici, comme dans les lobes sup. et moyen aucune autre lésion récente ou ancienne appréciable, sauf ainsi un peu d'infiltration purulente du tissu pulmonaire sur un demi-cent. d'épaisseur au niveau des deux autres points ulcérés, mais on ne trouve notamment aucune trace de tubercules.

Le poumon gauche présente une diminution de volume du sommet au niveau duquel les plèvres sont adhérentes.

Sur la coupe verticale antéro-postérieure, on voit qu'il existe au sommet une coque fibreuse de 2 à 3 mill. d'épaisseur, de coloration noirâtre, pénétrant des prolongements dans le tissu pulmonaire où il existe d'autres amas ou noyaux fibreux assez nombreux dans toute la portion sup. et post. de ce lobe ; mais sans aucun amas calcaire ancien ou récent et avec un emphysème très prononcé au niveau du bord antérieur. Les adhérences pleurales, assez rares, fibrineuses et lâches de 1 à 2 centimètres de longueur ou moins sur les autres parties de ce lobe.

Le lobe inf. est volumineux et congestionné. Les plèvres offrent à ce niveau un léger sondat fibrineux granuleux et rétracté, surtout à la partie postérieure et inf. du lobe, en sorte qu'il existe une congestion de la séreuse surtout manifeste sur sa portion pariétale. Sur la coupe tissu congestionné et œdémateux, mais partout perméable à l'air et surnageant lorsque l'on le plonge dans l'eau, aucun tubercule.

Ganglions trachéo-bronchiques de la grosseur d'une noisette à un pois ou un haricot, noirs et indurés.

Cœur sain, lésion appréciable. 290 gr., aorte saine seulement avec une plaque calcaire à la partie inf. de la courbure.

Reins atrophiés et sclérosés pesant l'un 100 gr. avec traces d'un ancien infarctus et l'autre 60 gr. beaucoup plus atrophié avec traces d'un ancien infarctus beaucoup plus considérable occupant la moitié d'une face qui est jaune rétractée avec un îlot irrégulier de tissu rénal au centre. Capsule adhérente et épaissie avec adhérence du tissu cellulo adipeux. — Foie 990 gr. — Rate 120 gr.

Pleurésie ancienne du côté droit chez un tuberculeux.

—

H. 49 ans, s. de M. Lépine.

Autopsie le 11 nov. 1897. Gros cavernes et cavernules au sommet de chaque poumon avec des tubercules crus disséminés dans les parties inférieures, mais en moins en qtité qu'au côté droit où l'on constate les lésions d'une ancienne pleurésie avec péritonite d'une petite cavité aplatie, pouvant contenir 2 ou 3 cuillerées de liquide citrin, située à la région postéro-externe inférieure. Cette cavité est limitée par les plèvres considérablement épaissies et totalement adhérentes entre elles sur le reste du poumon. L'épaississement porte surtout sur la plèvre pariétale qui en certains points atteint près d'un centimètre d'épaisseur et qui n'a rien pu être détachée de la paroi thoracique que d'une manière imparfaite. Cependant en certains points les côtes restent à nu et la plèvre sclérosée enlevée renferme des portions des muscles intercostaux dont on aperçoit les fibres comme emprisonnées dans le tissu fibreux extrêmement dense. Les plèvres épaissies adhèrent aussi intimement au diaphragme dont la face inférieure présente 1 pts. adhérences à la face supérieure du foie. Foie 1400 gr.

Rien de particulier sur les autres organes. Cœur 210 gr. Rein: dr. 210 gr. et g. 200 gr. Rate 190 gr. —

38me Leçon
1 février 1897

519

Ancienne inflammation scléreuse des organes génitaux avec lésions tuberculo-caséeuses récentes du testicule droit, sans trace de tuberculose pulmonaire.

Adhérences anciennes reliant la face inférieure du foie au colon transverse et au duodénum avec quelques petits calculs dans la vésicule biliaire. Inflammation ancienne au niveau du plancher du petit bassin.

H. 44 ans, St Augustin, au sujet duquel nous n'avons pu obtenir aucun renseignement.

Autopsie le 11 février 1897. Sujet très amaigri sans trace d'œdème. Induration au niveau de l'épididyme de chaque côté.

En ouvrant le sujet on aperçoit immédiatement des adhérences anciennes filamenteuses reliant le colon transverse à la face inf. du foie et à la vésicule ~~dans~~ la portion qui correspond à cet organe. Rien en soulevant le bord du foie, on voit aussi des adhérences entre sa face inférieure et la première portion du duodénum qui se trouve à un travers de doigt de l'organe dans les 2 ou 3 premiers centimètres à partir du pylore; de telle sorte que cette portion du duodénum est maintenue en haut, tandis que l'estomac dilaté se trouve beaucoup plus bas. Les autres adhérences de l'appendice iléo-cæcal et du allongé stenosé au plancher du petit bassin manifestent

épaissi et induré pour une péritonite localisée reliant intimement le rectum et la vessie.

Après la dissection de cette région, on voit que les vésicules séminales sont le siège d'une inflammation sclérense qui les ont transformées en cordons indurés surtout au niveau de leur portion la plus élevée et la plus externe qui correspond précisément au plancher induré du petit bassin. Sur les coupes on trouve un sein d'un tissu de sclérose avec cavités contenant du sperme surtout à la partie inf. et interne. L'altération est absolument symétrique, sans aucune lésion tuberculeuse appréciable.

Il n'en est pas de même sur le testicule droit dont l'épididyme transformé en tissu sclérense rétracté présente avec petits nodules caséeux du volume d'une tête d'épingle à une lentille. La sclérose se continue sur le corps d'Highmore et même un peu sur la portion avoisinante du testicule où se trouvent des nodules caséeux plus volumineux et plus nombreux. La plus grosse du volume d'un haricot est en voie de désintégration.

L'épididyme du côté gauche est aussi le siège d'un peu d'induration avec sclérose, moins à un moindre degré que du côté droit

et sans trace de tuberculose, soit sur l'épididyme soit sur le testicule.

La vessie est manifestement distendue et on remarque sur le bas fond de nombreuses suffusions sanguines superficielles pouvant rendre compte des hématuries que le malade avait présentées dans les derniers jours de sa vie.

Les uretères qui ne sont pas distendus sont parfaitement perméables jusque dans la vessie et les reins ne présentent pas d'altération manifeste à l'œil-nu. Poids des reins { d. 190 gr. g. 170 gr.

Le rectum présente un épaississement manifeste de sa paroi sur tout son pourtour, mais seulement sur une hauteur de deux travers de doigt au niveau de l'épaississement du plancher du bassin, mais sans altération de la muqueuse qui présente seulement une teinte un peu plus foncée à ce niveau.

Aucune altération du foie, sauf 2 ou 3 petits calculs noirâtres trouvés dans la vésicule biliaire.

Poids du foie 1400 gr.

Rate petite 100 gr.

Cœur de petit volume, pesant 230 gr., sans aucune lésion et aorte normale.

Les poumons ne présentent absolument aucune lésion ancienne ou récente, si ce n'est un peu de congestion hypostatique aux bases.

3e Leçon
2 nov. 1896

— Tuberculose des poumons et du larynx, de l'intestin, des organes génitaux et des reins, de l'articulation coxo-fémorale gauche et du rachis sans lésion appréciable de la moelle et cependant avec les lésions trophiques les plus accentuées des decubitus acutus.

—

H. Louis, entré à St Sacerdos le 16 mai 1896.
L'observation très incomplète qui nous est communiquée mentionne que le malade n'a jamais eu une santé bien forte; qu'il a toujours toussé et été disposé à s'enrhumer facilement; qu'il a souvent eu des points de côté et des sueurs nocturnes; qu'enfin il a craché du sang en abondance un mois et demi avant son entrée à l'hôpital.

Blennorrhagie contractée il y a un an qui n'a cessé que trois mois avant son entrée à l'hôpital.

Pas de rhumatisme.

— Il y a 15 jours le malade qui est typographe travaillait debout lorsque vers 10h. du soir il sentit subitement une douleur aiguë de l'aine du côté gauche. Il s'assit un instant; mais lorsque il se releva la douleur en fit que s'accroître et en même temps la jambe était prise de tremblements, les muscles de la cuisse et de la fesse étaient agités de secousses précipitées. Le malade voulut faire qqs. pas; mais il ne pouvait mouvoir l'articulation de la hanche gauche et les efforts qu'il faisait pour marcher lui causaient

une douleur s'irradiant jusque dans le genou. Le malade fut obligé de se faire porter chez lui où il garda le lit. Le repos calma la douleur. Le lendemain lorsqu'il voulut marcher la douleur reparut plus vivement. Toutes les fois qu'il essaya de marcher le même phénomène s'est produit, le repos calmant toujours la douleur sans la faire complètement disparaître.

Depuis 15 jours augmentation des sueurs nocturnes.

— Actuellement immobilisation de la hanche gauche, toutes les tentatives de mouvement dans le membre inférieur s'accompagnant de déplacement du bassin. Douleur vive la nuit surtout dans le pli de l'aine. Douleur à la pression sur tout le pourtour de la racine de la cuisse. Douleur vive au niveau de la partie antérieure de l'articulation et en arrière du grand trochanter. La pression sur les muscles ischio-jambiers de la cuisse et de la fesse est très douloureuse.

— Juin 1896 — Le malade, immobilisé en gouttière, est mis en traction pendant 3 semaines. La douleur de la hanche s'est calmée peu à peu et en même temps sont revenus graduellement les mouvements. Au milieu de juin le malade peut plier facilement la cuisse sans souffrir et il marche assez bien.

— Il résulte des renseignements qu'on a pu nous fournir que le malade a été envoyé à Longchène d'où il est revenu dans le courant de septembre avec aggravation de son état. Il ne pouvait plus marcher. Mis à nouveau dans une gouttière, on était obligé de lui laisser le membre g. dans la flexion pour le soulager de ses douleurs.

on n'a pas recherché s'il existait des troubles de la motilité et de la sensibilité et par conséquent on ne peut dire s'il existait une paraplégie. Toutefois on a trouvé une jambe hors de la gouttière en flexion alors qu'on l'avait préalablement placée dans la gouttière et en extension. On ne peut pas non plus indiquer l'époque d'apparition des escharres qui seraient devenues très profondes surtout depuis 8 jours. Enfin on dit aussi que ce n'est aussi que pendant ces derniers jours qu'on a constaté l'incontinence de l'urine. L'attention n'ayant pas été dirigée de ce côté, aucune observation précise n'a été faite. Enfin on a su aussi que le malade était mort dans le coma.

Autopsie le 7 nov. 1896 -

Sujet très amaigri présentant au niveau du sacrum une large escharre arrondie ayant au moins ~~environ~~ dix centimètres de diamètre. La peau paraît coupée comme à l'emporte-pièce et se trouve légèrement décollée du fond à son pourtour. Le fond est constitué par les parties molles sous-jacentes de coloration jaune noirâtre, en partie détruites et laissant à nu çà et là la surface osseuse d'aspect granuleux et noirâtre. Les ligaments sacro-iliaques sont atteints, car le coccyx commence à se détacher à sa partie supérieure. Le tissu conjonctif lâche du petit bassin en rapport avec cette région commence à prendre une teinte noirâtre.

Une eschare semblable, mais de plus petites dimensions (n'ayant guère que cinq centimètres de diamètre), existe au niveau de l'ischion gauche qui est mis à nu, décollé et érodé.

Trois petites eschares noirâtres, superficielles se remarquent encore au niveau des apophyses épineuses des dernières vertèbres dorsales.

Commencement d'érosion de la peau au niveau de la tête du péroné de la jambe gauche.

— On examine d'abord les organes contenus dans la cavité thoracique et abdominale.

Synphyse complète des cavités pleurales avec adhérences beaucoup plus solides à droite.

Le poumon droit est induré dans sa plus grande étendue avec épaississement des plèvres adhérentes. Ce n'est guère que dans le tiers inf. que le tissu est plus ou moins mou. Sur une coupe antéro-post. on se rend bien compte des lésions qui sont confluentes dans le lobe sup. et consistent en petites cavernes agglomérées donnant au sommet l'aspect d'une ulcération irrégulière et au dessous de quelques points ulcérés disséminés au sein d'un tissu scléreux noirâtre induré qui présente aussi çà et là des granulations cavéneuses. — Le lobe moyen présente aussi ces mêmes lésions confluentes sans ulcération. — Sur le lobe inf. les lésions d'abord confluentes à sa partie sup. vont en diminuant rapidement et bientôt on ne trouve plus que qqs. granulations disséminées dans un tissu légèrement engorgé.

Le poumon gauche est le siège de nombreuses lésions,

paraissant moins anciennes. Le lobe sup. est complètement induré avec épaississement des plèvres adhérentes, moins tandis que à sa partie postérieure se trouve aussi un tissu sclérosé avec des granulations de petites dimensions diminuées ; toute sa partie antérieure est criblée de gros tubercules caséeux du volume d'un petit à un gros pois dont quelques uns seulement commencent à se ramollir. Enfin le lobe inférieur ne présente que qqs. granulations jaunes confluentes à sa partie supérieure et de rares tubercules plus petits diminués jusque près de la base. On remarque aussi à la partie moyenne une bronche dilatée du volume d'une plume d'oie à parois minces et de coloration rouge sombre.

Les ganglions trachéaux et bronchiques sont plus ou moins augmentés de volume, constitués en partie par un tissu noir résistant et par un tissu gris rosé sur lequel on remarque parfois qqs. fines granulations jaunâtres.

Le larynx présente aussi des lésions considérables. Indépendamment d'une ulcération qui borde chaque corde vocale inférieure et lui est parallèle et qui même à droite s'élargit en arrière pour pénétrer dans la cavité ventriculaire, il existe un épaississement avec rétraction des replis aryteno-épiglottiques au dessous desquels se voit de chaque côté une large ulcération de la muqueuse. Enfin il existe aussi un épaississement avec rétraction de l'épiglotte qui est aussi maintenue relevée.

L'amygdale gauche présente des cavités intermédiaires agrandies probablement par le fait d'érosions antérieures. Il n'existe dans cet organe aucune lésion récente, tout comme nous le verrons aussi pour les lésions de la marge de l'anus :

Intestin. Il existe dans l'intestin grêle des ulcérations qui commencent à se montrer à 2m,50 environ au dessus de la valvule iléocaecale. On les trouve d'abord très petites, isolées à 10 ou 20 cent. les unes des autres, sous la forme d'une petite érosion ou ulcération arrondie ou ovalaire ayant les dimensions d'une lentille ou d'un petit haricot, les dernières plutôt transversalement par rapport à la direction de l'intestin. Parfois on observe à côté d'une ulcération un ou deux tubercules jaunâtres de dimensions plus petites, du volume d'une petite tête d'épingle. A mesure qu'on s'approche de la valvule, on trouve les ulcérations plus rapprochées et avec des dimensions devenant trois fois plus grandes. Sur les dix ou douze dernières centimètres se trouve une plaque ayant à peu près cette longueur sur 2 à 2½ de largeur constituée par des ulcérations confluentes et entre lesquelles on aperçoit çà et là qqs. granulations jaunes. Ces ulcérations ont des contours très irréguliers dans les rapports qu'elles affectent entre elles aussi bien qu'à la périphérie. Enfin la valvule elle-même est le siège de plusieurs ulcérations irrégulières et l'une d'elles contourne même le bord de la valvule pour se continuer sur sa face inférieure où se trouve aussi des ulcérations nombreuses

ainsi que dans le cæcum rempli de ces ulcérations. L'appendice iléo-cæcal est lui-même le siège de 4 ou 5 petites ulcérations arrondies. Encore sur le gros intestin, non loin du cæcum 3 ou 4 ulcérations ovalaires à gd. diamètre transversal.

Toutes les parties de l'intestin qui présentent les ulcérations évidemment de formation relativement récente, comme en témoignent les nombreuses granulations caséeuses qu'on rencontre dans leur voisinage, sont le siège d'une vascularisation notable et augmentée. Elle est aussi très manifeste, surtout pour l'intestin grêle, au niveau des plaques ulcérées, sur la surface péritonéale où l'on peut apercevoir aussi qqs. fines granulations jaunâtres se détachant sur la surface plus ou moins rouge légèrement tuméfiée.

Il existe encore au niveau de la marge de l'anus une fistule incomplète large intestinal largement ouverte du côté de l'intestin et dont le cul-de-sac présente aussi une autre ouverture plus petite dans laquelle la sonde cannelée peut tout juste pénétrer, tandis que la première admet presque l'extrémité du petit doigt. La fistule n'a guère qu'un centimètre de profondeur. Elle est constituée par un tissu plus ou moins sclérosé sans trace de tubercules ou de lésions récentes quelconques.

Les ganglions mésentériques ne sont pas notablement tuméfiés.

Chaque rein présente plus ou moins profondément au niveau de la substance corticale un ~~gros~~ tubercule caséeux de voie de ramollissement du volume d'un gros pois.

Les organes génitaux sont aussi le siège de lésions tuberculo-caséeuses ayant pour siège l'épididyme et la vésicule séminale du côté droit. On voit même les lésions se continuer dans une petite portion du canal déférent qui offre à ce niveau l'aspect d'un cordon arrondi induré. Sur la coupe on voit que sa paroi est sclérosée et épaissie, et que sa cavité est remplie de matière caséeuse.

Rien de particulier dans la prostate et dans les autres parties des organes génitaux.

Foie rien de particulier malgré la recherche attentive des tubercules.

Rate - de même.

Cœur et vaisseaux sans altération appréciable

articulation coxofémorale gauche.

Les mouvements de la cuisse sur le bassin ne sont pas empêchés, de telle sorte que si l'on n'eut pas été averti des ~~signes~~ signes de coxalgie observés pendant la vie, les lésions de cette articulation auraient passé inaperçues.

En isolant cette articulation on l'ouvre tout soit peu et on voit s'écouler un pus grumeleux dont on trouve encore une assez grande quantité dans la cavité articulaire manifestement agrandie en partie par la distension de la capsule, en partie aussi par la diminution du volume de la tête du fémur. Elle est en effet un peu aplatie latéralement et le cartilage fait défaut à ce niveau où l'os offre seulement une surface irrégulière grumeleuse recouverte de pus. Sur les points où le cartilage persiste, il est manifestement

aminci et en grande partie détaché de l'os qui déjà est ~~offrant~~ surface granuleuse analogue à celle qui est complètement dénudé.

La cavité cotyloïde présente aussi une usure du cartilage qui fait défaut sur plusieurs points où l'on peut voir en outre des fongosités avec des amas caséeux.

Colonne vertébrale. Examinée en avant après l'ablation des organes contenus dans les cavités thoracique et abdominale, elle ne présente aucune déviation; mais on voit sur la partie latérale gauche du corps des Xe et XIe vertèbres dorsales une légère saillie jaunâtre donnant manifestement la sensation de fluctuation.

Rien de particulier à l'examen de la colonne en arrière et notamment aucune déviation.

On ouvre comme de coutume la cavité rachidienne, en remarquant que les arcs vertébraux des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires offrent une plus grande résistance qu'à l'état normal.

La moelle est enlevée sans que l'on constate la moindre adhérence anormale de dure-mère au canal rachidien et sans que celui-ci soit le siège de la plus faible trace de pachyméningite, pas même au niveau des Xe et XIe dorsales dont le corps présente aussi à sa face postérieure une tainte jaunâtre et donne ~~exactement~~ au toucher la sensation de la présence du pus sous le grand ligament commun postérieur. Toutefois il n'y a à ce niveau aucune saillie anormale et la moelle ne paraît pas présenter une moindre résistance dans la région correspondante, ni ailleurs.

Sur une coupe antero-postérieure portant également les corps vertébraux sur toute la hauteur de la colonne, on voit que les Xe et XIe vertèbres dorsales présentent au niveau de leur corps une teinte jaunâtre occupant la moitié correspondante de chaque corps vertébral en avant et en arrière sans diminution de consistance à ce niveau. Ce n'est qu'au niveau du disque intervertébral qu'il existe un peu de pus caséeux en voie de ramollissement donnant lieu à une dépression ou bien d'une saillie qu'on remarque sur les disques sains. Enfin on voit que les parties jaunâtres et molles de la région postérieure comme celles plus saillantes de la région latérale gauche correspondent à la présence d'un peu de pus caséeux sous les ligaments légèrement épaissis et qui les sépare de l'os dont la surface à ce niveau est devenue irrégulièrement granuleuse.

On remarque encore un peu de raréfaction du tissu osseux à la partie postérieure et médiane du corps des Ier, IIe, IIIe et IVe lombaires. La IIIe est même à ce niveau le siège d'une véritable perte de substance ressemblant à une ulcération irrégulière qui aurait porté à la fois sur le ligament et sur l'os. Mais il n'y a aucune trace de produits caséeux sur cette vertèbre pas plus que sur les autres lombaires et pas même une adhérence anormale avec la dure-mère. Il semble bien qu'il s'agisse d'une lésion ancienne tout à fait éteinte.

La moelle examinée à l'œil nu ne présente absolument rien d'anormal.

L'encéphale n'est aussi le siège d'aucune lésion appréciable.

Poids des organes : Cœur - 240 gr. - Foie 1440 gr.
Reins { droit - 150 gr. / gauche - 170 gr. — Rate - 150 gr.

En somme il s'agit d'un malade atteint depuis longtemps d'une tuberculose des voies respiratoires qui a présenté cette année une coxalgie de nature pour laquelle il est entré à l'Hôtel-Dieu. Après une amélioration survenue dans son état, il a rechuté et aux lésions précédentes sont venues s'ajouter de nouvelles lésions pulmonaires, des lésions intestinales et rénales, ainsi que des lésions des corps vertébraux sous forme de produits tuberculo-caséeux ayant partout le même aspect et les mêmes caractères évolutifs.

Bien qu'il n'y ait pas la moindre compression de la moelle épinière et même la moindre atteinte de la dure-mère aux corps vertébraux affectés, il devait cependant exister des lésions médulleuses capables d'expliquer les troubles trophiques si accentués des derniers jours. On peut s'en rendre compte en remarquant que le rachis tuberculeux, aux os, parties molles et moelle, reçoit le sang des mêmes vaisseaux et que si les agents infectieux ont déterminé dans certains points des lésions évoluant par la formation de produits caséeux, ils ont par ailleurs et au préalable dans la moelle ord. reproduites à l'évolution tuberculeuse, des phénomènes simples d'inflammations plus ou moins diffuses et étendues. Il en paraît en somme dans ce cas de tuberculose, ce qu'on observe souvent dans la syphilis. Il est même probable qu'on doit interpréter ainsi beaucoup d'observations où l'on a admis la compression médulleuse pour pachyméningite, alors que ces lésions, quoique bien manifestes, étaient réellement peu importantes et ne devaient pas causer une compression notable. À l'appui de cette manière de voir on remarquera que d'autres fois la moelle peut subir des compressions plus apparentes sans qu'elle en soit affectée.

Les lésions de l'intestin sont une plaque longitudinale contournant à la fois l'ileum d'habitude, peut-être expliquées par la rapidité de production des lésions sur les follicules agglomérés constituant la plaque iléale, puis de la muqueuse colique.

Les lésions de la marge de l'anus ne s'accompagnaient pas de ~~[illegible]~~ tuberculeuses comme cela est indiqué dans les auteurs, mais cela ne prouve pas qu'elles ne soient de nature tuberculeuse car il s'agit de lésions anciennes cicatrisées. On peut en dire autant de celles de l'appendice. Il est probable ainsi que la rétraction du rectum ancien et l'élévation de siège de son ouverture anale sont en relation avec des lésions tuberculeuses correspondantes à des lésions aujourd'hui également éteintes. –

Tuberculose des organes génitaux avec péritonite tuberculeuse et tuberculose pulmonaire

F. 17 ans, s. de chirurgie chirurgicale (1re Année)

Il y a environ deux mois que la malade est entrée à la Clinique où M. Adenot supplément lui a fait une laparotomie pour une péritonite tuberculeuse ascitique bien que la malade présentât déjà des signes de tuberculose pulmonaire. Elle a néanmoins éprouvé une notable amélioration à la suite de cette opération. Mais la plaie est restée fistuleuse donnant lieu à l'écoulement d'un pus devenu très fétide dans ces derniers temps, au point qu'on soupçonnait une communication de l'intestin avec le foyer purulent. La tuberculose pulmonaire a augmenté graduellement et l'état général est devenu de plus en plus mauvais.

<u>Autopsie le 25 nov. 1897</u>. - Sujet très amaigri avec ventre déprimé et ouverture fistuleuse permettant l'introduction d'un doigt sur la ligne médiane à peu près à égale distance de l'ombilic et du pubis.

En ouvrant la cavité abdominale, on constate d'abord des adhérences du gd épiploon à la paroi antérieure sur la ligne médiane

et à la masse intestinale sous-jacente, mais surtout aux organes contenus dans le petit bassin du côté gauche où il forme une grosse bride dont l'extrémité inf est solidement adhérente à la paroi antérieure du sup. de la cavité pelvienne du côté gauche.

Les anses intestinales sont modérément distendues bien qu'elles soient plus ou moins adhérentes les unes aux autres, ainsi qu'aux organes voisins par de minces trabes fibreuses très irrégulièrement disposées. Les adhérences deviennent beaucoup plus nombreuses et plus résistantes au niveau du petit bassin. Mais en outre on voit que l'ouverture externe aboutit à un trajet fistuleux irrégulier qui s'étend en bas et en avant de chaque côté avec prédominance bien plus accusée du côté gauche. Les parois de ce trajet fistuleux sont constituées par des anses intestinales agglutinées dont la surface présente à ce niveau un exsudat purulent avec des grumeaux caséeux. Les anses intestinales qui limitent ce cloaque irrégulier sont intimement adhérentes les unes aux autres. Mais on arrive à les détacher les unes après les autres en constatant qu'aucun

la communique avec le foyer purulent. Plus on pénètre dans les parties profondes de l'excavation pelvienne et plus on trouve les anses intestinales adhérentes entre elles et avec les organes génitaux refoulés en avant et en bas. En outre on trouve immédiatement en arrière de l'utérus, au centre de l'excavation une masse du volume du poing constituée par un liquide séreux contenu dans une membrane mince qui lui donne l'aspect vésiculiforme; une incision permet l'écoulement de ce liquide.

Il est très difficile d'isoler les organes génitaux en raison de leurs adhérences d'une part avec les anses intestinales et d'autre part avec les parois antero-latérales de l'excavation. Toutefois on s'aperçoit bientôt qu'ils sont le siège de lésions importantes, surtout au niveau des annexes du côté gauche. On voit, en effet, la trompe gauche former un cordon du volume du petit doigt à parois épaissies, replié sur lui-même avec oblitération du pavillon. En outre immédiatement au dessous de la trompe et près du bord gauche de l'utérus se trouve une masse arrondie, aplatie d'avant en arrière, du volume d'une grosse mirabelle,

et de consistance pâteuse, occupant la place de l'ovaire entre les feuillets du ligament large épaissis et adhérents à la partie inférieure. Une incision faite sur cette masse montre qu'elle est constituée par une substance caséeuse demi-liquide ayant pour parois les feuillets du ligament large épaissis. On ne trouve plus aucune trace de l'ovaire, on rencontre seulement dans le voisinage des ganglions caséeux au sein d'un tissu conjonctif sclérosé. — On incise aussi la trompe qui se trouve immédiatement au dessus de l'abcès caséeux et on voit que sa cavité manifestement distendue contient une matière fromageuse caséeuse qui infiltre aussi sa muqueuse, toutefois les parties externes du conduit sont épaissies et évidemment sclérosées.

Du côté droit les parois de la trompe sont aussi un peu épaissies avec oblitération du pavillon, mais sans lésions caséeuses appréciables. Impossible de trouver l'ovaire au sein du tissu sclérosé qui se trouve à ce niveau et auquel adhèrent plusieurs ganglions présentant des tubercules caséeux.

Le corps de l'utérus est porté contre

le pubis un peu à droite de la ligne médiane. Il offre à la palpation une consistance un peu molle, comme pâteux. Le col est presque effacé, se continuant pour ainsi dire avec la paroi vaginale dont il se distingue par un léger bourrelet échancré sur les parties latérales; ce qui indique vraisemblablement un grossesse antérieure. On pénètre très facilement dans la cavité utérine qui semble plutôt agrandie. Après avoir fait une incision sur toute la hauteur de l'organe et transversalement sur le fond, on constate que toute la muqueuse du corps de l'utérus est infiltrée de matière caséeuse dont une partie en outre est libre dans la cavité. Cette matière pénètre la muqueuse un peu irrégulièrement, c.à.d., plus antérieurs profondément dans le tissu musculaire qui en forme qu'une couche mince de cinq mill. d'épaisseur environ. La surface interne de la muqueuse forme de légères saillies irrégulières lui donnant un aspect granuleux, jaunâtre assez friable, en raison de son infiltration évidente par des tubercules caséeux. On devait une large ulcération caséeuse occupant toute la surface interne du corps de l'utérus.

Le col n'est pas absolument indemne. Sa muqueuse à une teinte rouge foncé sur laquelle se détache une petite ulcération jaunâtre lenticulaire et quelques taches jaunâtres ponctiformes. On prend pour l'ex. histologique une portion de cette dernière partie où les lésions paraissent à leur début afin de les comparer avec celles provenant du corps de l'organe. Au moyen d'une sonde cannelée on peut pénétrer dans l'utérus dans la trompe gauche et, au moyen d'une incision, voir que les lésions de la muqueuse du corps de l'utérus se continuent avec celles de la muqueuse de la trompe gauche; toutefois on ne peut pas pénétrer dans l'utérus dans la trompe droite qui du reste n'offre pas d'altération caséeuse. Nous n'avons pas pu constater de communication entre la trompe gauche atteinte de salpingite tuberculeuse et l'abcès caséeux sous-jacent.

Nous avons trouvé des ganglions avec des tubercules caséeux, non seulement dans la cavité pelvienne, mais aussi dans le mésentère surtout près de la colonne vertébrale où l'on en trouve plusieurs agglomérés

du volume d'un pois à une amande autour d'un tissu fibreux plus ou moins dense et sous la forme de petits amas caséeux arrondis correspondant à des tubercules ayant subi cette transformation. Deux ou trois nœuds semblables aussi des ganglions coliques.

La foie volumineux et gros, pèse 1700 gr. Il est relié à la masse intestinale par des adhérences fibreuses assez minces, semblables à la plupart de celles qui unissent les anses intestinales entre elles, et ne présentant pas la moindre trace de tubercules. La face supérieure de l'organe est reliée à la face inférieure du diaphragme par des adhérences de même nature mais plus courtes et plus denses. Dans certains points (en haut et en arrière) le ~~diaphragme~~ foie est si complètement soudé au diaphragme qu'il faut une direction attentive pour la séparer. Sur les coupes, ~~le~~ foie est exsangue et manifeste granuleux, sans tubercules appréciables à l'œil nu.

La rate est égale et soudée au diaphragme et offre ogs. adhérences lâches avec le tube digestif. Son tissu est mou, cependant assez résistant, mais aussi sans tubercules apparents. 200 gr.

Les reins offrent un tissu rougeâtre, sans lésion manifeste. R. dr. 160 gr et R. g. 170 gr.

Les capsules surrénales de consistance un peu ferme ne présentent pas de tubercules.

Tube digestif sans lésion sauf deux taches ardoisées dans le gros intestin.

Vessie normale sauf aspect congestionné de la muqueuse.

Synophyse complète de la plèvre droite. De même que le diaphragme adhère intimement en foie, il adhère aussi à la base du poumon droit dont on ne peut ~~aussi~~ le détacher que par une dissection minutieuse. Les plèvres adhérentes sur toute leur hauteur, sont un peu épaissies, blanchâtres, mais sans présenter la moindre plaque fibreuse indice d'une pleurésie ancienne. La consistance du poumon est augmentée et on perçoit comme des nodules indurés dans le tissu. Une incision verticale de haut en bas, puis d'autres incisions en divers sens, montrent que le tissu congestionné est cependant partout perméable à l'air, mais qu'il présente sur toute son étendue des tubercules crus isolés ou agglomérés pour former des nodules de la grosseur d'un pois à une noisette, assez nombreux dans les lobes supérieur et moyen, plus rares dans le lobe inférieur.

La plèvre gauche ne présente que 2 ou 3 rares adhérences à la région antéro-externe. Le poumon offre partout une consistance augmentée et d'apparence pneumique. Sur les coupes, on constate en effet qu'il n'est plus perméable à l'air et que son tissu infiltré partout d'un exsudat purulent sur toute son étendue est criblé de haut en bas de petites granulations caséeuses de volume de lentilles. — Les plèvres du poumon gauche dans l'autre, il n'existe de caverne, ni même les traces évidentes de lésions anciennes. — Cœur petit, sans lésion, sans péricardite — 170 gr.

Ganglions caséeux de la région sous-maxillaire et ganglions de même nature (prévertébraux) du mésentère et du voisinage de la tête du pancréas — tuberculose pulmonaire plus ancienne. — Pendant la vie diagnostic d'actinomycose pulmonaire (Thèse de M. Brossard 1896).

F. de 25 a. Service de M. Vallas.

Autopsie le 7 Janvier 1897.

La région sous-maxillaire est le siège de ganglions du volume d'une noisette à une noix qui font saillie des 2 côtés mais surtout du côté gauche où il existe des ganglions plus saillants et une ulceration provenant de l'un d'eux suppuré. Ces ganglions sont constitués par une masse complètement caséeuse contenue dans une coque fibreuse et les plus gros sont ± ramollis à la partie centrale.

Les poumons sont le siège d'emphysème aux niveau du lobe sup.r de chaque côté et congestionnés ou engorgés à la base. Il sont au toucher qu'ils sont le siège de nodules durs de volume variable

Sur la coupe ils présentent, en effet, des nodules caséeux du volume d'un pois à une noisette disséminés dans le lobe sup^r de chaque côté ; il existe en outre près du sommet gauche un nodule caséeux un peu plus gros entouré de tissu sclérosé. Au niveau des lobes inf^rs et surtout du côté droit granulations plus petites et plus récentes très nombreuses au sein du tissu engorgé. — Les ganglions bronchiques et trachéo-bronchiques ne sont pas caséeux. — Rien de particulier du côté du cœur si n'est 2-3 végétations récentes sur le bord de la mitrale.

Immédiat^t au dessous du diaphragme les ganglions péri-vertébraux, péri-pancréatiques et mésentériques voisins sont le volumineux caséeux, ~~[illegible]~~ adhérents entre eux, formant une masse de volume des 2 poings. Quand on les incise on voit qu'ils sont également constitués par une matière caséeuse contenue ds une enveloppe fibreuse, assez ferme à la périphérie mais ramollie ou en voie de ramollissement au centre. Leur volume varie d'une noisette à une grosse noix. On trouve ds le mésentère un g.g. on du volume d'une noisette qui vient s'ouvrir sur un tissu gris-rose parsemé sclérosé au sein duquel se trouvent 3 petits nodules caséeux du volume d'une tête d'épingle déjà se ramollissant au centre. La

mortis de ce ganglion est pris pour l'examen histologique.

Le foie considérablement augmenté de volume et de poids, présente une surcharge graisseuse très prononcée avec une résistance assez grande et des lobules très apparents sur la coupe qui font penser à un certain degré de sclérose diffuse concomitante. Adhérence de la face sup.re du foie au diaphragme qui lui même adhérait à la base du poumon droit.

Les reins présentent un épaississement de la capsule adhérente en certains points. Le tissu blanchâtre est assez ~~abondant~~ resistant à la coupe, indiquant aussi un certain degré de sclérose.

Les capsules surrénales sont également un peu sclérosées. Elles sont ~~pris~~ en rapport l'une et l'autre avec les grosses masses ganglionnaires caséeuses.

L'épanchement se trouve pris dans la masse des ganglions aussi que plusieurs anses intestinales, au sein d'un tissu de sclérose.

Poids : foie 2300 — : Reins :

Abcès pelvien avec pelvipéritonite, compression de l'uretère droit, hydronéphrose double, troubles urémiques mortels.

—

F. 34 ans, s. de M. Vinay, entrée à l'H.D. le 24 février et morte le 26 à 1h. du matin.

Peu de renseignements sur les antécédents de la malade : on sait seulement qu'elle a présenté antérieurement des troubles hystériques et que depuis 3 ans elle a une albuminurie avec des alternatives d'exagération et de rémission.

Le 21 février céphalalgie vive et vomissements pour lesquels on prescrivit 6 sangsues derrière les oreilles et une purgation.

Le 24 février à son entrée la malade présente une aphasie survenue sans cause depuis la veille. aphasie motrice absolue. Pas de cécité verbale. Pas de surdité verbale. Pas de troubles psychiques. Pas d'hémiplégie. Oedème généralisé avec nombreux infarcts. Pâleur des téguments. Urine pâle ; 3 litres en 24 heures ; 2 gr. d'albumine pour litre (réact. d'Esbach).

Le 25 février on constate une paralysie faciale droite légère qui n'existait pas la veille, car on avait pu faire siffler la malade sans difficulté. De temps en temps petites secousses légères dans les membres supérieurs. Rétention d'urine depuis la veille ;

on est obligé de pratiquer le cathétérisme. Obnubilation plus grande, aporexie. Déviation de la tête et des yeux à gauche survenue aujourd'hui.

Renforcement du premier bruit au niveau du ventricule g. Eclat diastolique du bruit aortique. – A la mission (2e espace intercostal droit) le stéthoscope est très douloureux à la pression sur un espace très limité. Impossibilité d'y appliquer le stéthoscope.

Le 25 février à 2h. de l'après midi, mort (une heure avant la mort) Crise d'éclampsie.

(obs. communiquée par M. Céline)

Autopsie le 27 février 1897 – Oedème léger d'abord sur les membres inférieurs.

Après avoir ouvert la cavité abdominale on s'aperçoit immédiatement qu'il existe des lésions très accusées de pelvipéritonite formant un plaque épaissie et indurée au niveau duquel plusieurs anses intestinales sont adhérentes ainsi qu'au fond de l'utérus puis dans la moitié indurée plus prononcée immédiatement à droite de cet organe. L'idée que l'albuminurie et les troubles urémiques pourraient provenir d'une compression des uretères à ce niveau se présente immédiatement à l'esprit, de telle sorte que tous les organes contenus dans la cavité pelvienne sont enlevés en même temps que ceux de la cavité abdominale proprement dite, de manière à pouvoir être examinés en conservant tous leurs rapports.

On voit d'abord que les reins sont profondément altérés. Le rein droit considérablement diminué de volume, d'aspect un peu bosselé, se présente comme une poche à contenu liquide donnant la sensation de fluctuation à travers les parois encore assez épaisses à la périphérie, mais assez minces au niveau du bassinet dilaté auquel fait suite l'uretère également dilaté jusque près de la main indurée de la cavité pelvienne où on le perd. Le rein étant ouvert au niveau du bassinet il s'écoule un liquide d'aspect séreux assez clair et en tout cas sans trace manifeste de pus. On voit alors que le rein présente au delà du bassinet dilaté, les calices également dilatés avec refoulement de la substance ~~corticale~~ à la périphérie où elle ne forme plus qu'une couche de 2 à 4 mill. d'épaisseur entre la muqueuse épaissie d'aspect blanchâtre et la capsule également plus épaisse et intimement adhérente à la surface externe de l'organe. En somme on a l'aspect classique de l'hydronéphrose avec diminution du volume de l'organe.

Près du rein l'uretère est d'abord dilaté au point qu'on peut y introduire l'extrémité du petit doigt, puis il se rétrécit un peu en présentant comme des brides cicatricielles, se dilate de nouveau sur 3 ou 4 cent. d'étendue où sa

paroi devient plus épaisse avant de pénétrer dans la vessie indurée. Une sonde cannelée introduite dans l'urètre à la vessie pénètre facilement dans la veine. Et de même le cathétérisme de l'urètre s'opère très facilement en introduisant la sonde par la veine. On incise alors l'urètre sur sa face postérieure qui est déjà entourée d'une couche de tissu conjonctif sclérosé, moins assez mince, tandis que sa face antérieure est en rapport avec la vessie indurée donnant la sensation d'un tissu fibreux très résistant auquel l'urètre n'adhère cependant que faiblement, paraissant avoir conservé sur cette région, dans une étendue de 5 cent. environ, son calibre normal, tandis qu'en dessus il offre une première dilatation, avec un peu d'épaississement puis une seconde dilatation plus marquée pour atteindre le bassinet dilaté. En outre l'urètre se dilate à nouveau légèrement sur 2 ou 3 cent. environ dans sa portion terminale au niveau de la veine dont les parois un peu épaissies sont dilatées et dont le fond adhère adhère aussi sur une assez large surface à la vessie indurée de la cavité pelvienne.

On pénètre très facilement avec la sonde de la veine dans l'urètre gauche et après

l'avoir incisé, on voit qu'il est manifestement dilaté sur toute son étendue au maximum à son entrée dans la vessie et au minimum à son arrivée vers le bassinet qui est cependant très dilaté et se trouve en rapport avec la moitié inférieure du rein qui a subi la même altération que le rein droit, tandis que la moitié supérieure offre l'aspect du rein blanc sclérosé, augmenté de volume. Une coupe portant sur les diverses parties de l'organe montre, en effet qu'il existe de ce côté une hydronéphrose partielle limitée à la moitié inférieure de l'organe atrophié à ce niveau, pendant que la moitié supérieure est plutôt augmentée de volume constituée par un tissu blanchâtre épais très résistant à la coupe. La capsule épaissie est très adhérente au tissu de la partie hypertrophiée de celle qui est atrophiée. On remarque encore sur la partie inférieure du rein formant une paroi amincie quelques parties plus épaisses et qui ont le même aspect blanchâtre du tissu de la partie supérieure. Le liquide contenu dans le rein gauche avait le même aspect que celui du rein droit. La vessie contenait également un peu de liquide de même nature, sans pus et sans altération notable de la muqueuse.

Pour se rendre compte de quelle manière la mort induite est constituée, on commence à enlever le rectum qui se trouve immédiatement

en arrière et y adhère légèrement ; puis on cherche à détacher les anses intestinales qui viennent y adhérer à la partie supérieure. Mais en opérant cette dissection, on voit tout à coup sourdre de la partie centrale un pus jaune verdâtre homogène. En agrandissant l'ouverture, on se rend compte que le pus provient d'une cavité pouvant contenir une grosse noix à laquelle se trouve adjointe un diverticule pouvant contenir une amande ; que cette cavité située sur la partie latérale droite de l'utérus au niveau de son fond, est limitée en bas et en arrière par un tissu fibreux épais au dessous duquel se trouve l'uretère relativement rétréci à ce niveau, en arrière et en haut et même un peu en avant par les anses intestinales adhérentes entre elles au moyen d'un tissu fibreux très serré, mais très mince, de telle sorte que l'abcès est peu facile et s'ouvre dans une de ces anses, enfin en avant et en bas par les annexes de l'utérus au moyen d'un tissu fibreux épais au sein duquel on peut cependant découvrir la trompe et l'ovaire sur toute sa longueur. Elle est obstrué complète et à son extrémité externe

et probablement ouvert du côté de l'utérus où l'on ne peut pénétrer avec la sonde. L'ovaire se trouve représenté par un tissu blanchâtre très scléreux formant une légère saillie au dehors de l'extrémité externe de la trompe. En somme il s'agit d'un abcès pelvien situé dans le cul-de-sac de Douglas sur le côté droit du fond de l'utérus et accompagné de pelvipéritonite avec compression de l'uretère droit et adhérence à la veine, avec ouvert intestinales, ayant occasionné des troubles divers et notamment des lésions rénales qui ont déterminé la mort.

La pelvipéritonite s'étend à gauche où il existe aussi des adhérences entre les anses intestinales et où l'on trouve sur la planchers épaissi de la cavité pelvienne, le pavillon de la trompe oblitéré et l'ovaire plus ou moins scléreux.

L'utérus est celui d'une multipare, ne présentant aucune cicatrice au niveau du col. Après l'avoir ouvert, on constate seulement deux ou trois petits kystes particulaires du muqueuse de tissu sous-muqueux au niveau de la partie interne du col.

Rien de particulier sur le vagin dont les cul-de-sac sont bien éloignés de l'abcès. Sur le toucher vaginal avant l'incision, on avait constaté l'immobilisation de l'utérus.

Le rein droit pèse 90 gr. et le rein gauche 130 gr.

Le cœur est un peu augmenté de volume plutôt aux dépens du cœur droit où se trouve un plaque lointaine à la partie antérieure. aucune lésion appréciable des valvules des autres parties. Poids 320 gr. - Aorte saine.

Adhérences pleurales anciennes du côté droit surtout à la base et en arrière où se trouve une plaque fibreuse étoilée ~~indiquant une~~ ancienne pleurésie, occupant la région pariétale externe au niveau du lobe inférieur adhérent aux autres lobes sur lesquels la plaque empiète légèrement. Mais le poumon est partout perméable à l'air.

Un peu de liquide séreux dans la plèvre gauche. Le poumon de ce côté est manifestement congestionné à la base tandis qu'il en l'est pas du côté droit où se trouve la trace de l'ancienne pleurésie.

Aucune lésion tuberculeuse récente ou ancienne, non seulement la base du poumon droit adhère au diaphragme ; mais celui-ci adhère encore très fortement à la face supérieure du foie qui n'offre aucune lésion appréciable. - 1600 gr.

Rate plutôt petite rénale sur abdominales, bronches. - 160 gr.

Les ganglions de la cavité abdominale et des autres régions en sont pas tuméfiés.

Encéphale. un peu d'œdème des méninges à la partie dorsale en arrière. un peu de congestion généralisée du cerveau prédominant au niveau du pied de la 3e circ. frontale gauche et au niveau de la protubérance. Sur la partie ou vient coulder un peu de sang de Vaisseaux [illegible]

F. 34 ans. Autopsie le 27 février 1897.

Réflexions. On n'a trouvé du côté de l'encéphale que des phénomènes congestifs intenses pour expliquer les troubles observés pendant la vie : convulsions, parésie, aphasie. Il est regrettable qu'on n'ait pas pris un fragment de la circonvolution de Broca pour l'ex. histologique ; toutefois il est bien certain qu'il n'y avait pas de lésions destructives et qu'il s'agissait vraisemblablement de phénomènes d'excitation des éléments nerveux.

Ces troubles éclamptiques résultent évidemment de la sécrétion anormale des reins, mais non de l'urémie,

car la veille à sa mort la malade avoit rendu 3 litres d'urine en 24 h. — et rien étonné qu'une pareille quantité d'urine ait pu être sécrétée avec la petite portion de substance rénale qui devoit fonctionner. Il est aussi à regretter que cette urine n'ait pas été analysée d'une manière complète.

C'est le rein droit qui paroît avoir été le premier altéré par la compression de l'uretère d'abord au dessus de la vessie, puis un peu plus haut, en expliquant les deux dilatations séparées par un point relativement étroit. Dans ce niveau de la mort indirecte, l'urine n'étoit pas notablement retenue, mais ordinairement à la mort, devoit être envahie par l'inflammation et plus ou moins profondes par contractions d'où la rétention d'urine et l'hydronéphrose consécutive.

Celle-ci a dû survenir assez rapidement parce que l'uretère a été pris ~~rapidement~~ dans l'inflammation pelvienne, d'où l'atrophie simultanée du rein.

Le rein gauche a certainement été pris consécutivement. Il a d'abord été hypertrophié comme l'indique son aspect de gros rein blanc dans sa moitié supérieure; mais sa moitié inf. a dû subir la même altération que rein droit sans cependant que l'on trouve une compression ou une entrave quelconque sur le trajet de l'uretère qui était plutôt dilaté. Cette dilatation explique comment le rein a pu être pris probablement après la destruction de la paroi de la vessie dont la paroi adhérente en arrière à la matrice formée par l'abcès et l'épaississement

Il est probable qu'il doit en être de m
dans d'autres cas de compression d'
viscères par des causes diverses.

Quant à la pelvipéritonite tu
par la formation d'un abcès de
une salpingite, il est très vraisem
qu'elle provient d'une infection
gonococcique ; d'autant que
malade se trouvait dans des
conditions où elle était exposée à
germe d'infection (employée dans un mai
Cette affection a paru incap
et cela prouve qu'il ne faut
jamais négliger d'examiner
tous les organes.

Une intervention n'est guère
possible, tout au moins en deux lem
L'abcès était loin du cul-de-sac vagi
mais il aurait pu facilement se vid
dans une anse intestinale comme il
arrive en pareille circonstance.

Gr. Secon (int.)
2 février 1897

Endocardite rhumatismale ;
rétrécissement et insuffisance de la tricuspide,
insuffisance aortique ; avec hypertrophie
du cœur et synphyse du péricarde,
pleurésie double.

—

Enfant de 12 à 13 ans, s. de M. Colrat,
ayant eu une première poussée d'endocardite
rhumatismale il y a 3 ans, puis une
seconde poussée il y a une quinzaine de jours.
Cette seconde fois on a constaté d'abord
le rétrécissement et l'insuffisance de la tricuspide
puis quelques jours après l'insuffisance
aortique avec la pleurésie double. Jamais
on n'a perçu les signes de péricardite ;
on a seulement noté une grande douleur
à la région précordiale.

<u>autopsie le 26 février 1897</u>. Le cœur est

nous a été envoyé.

Ce qui frappe au premier abord c'est l'hypertrophie énorme du cœur dont les parois sont très épaisses et ~~qui~~ présente une adhérence ancienne des feuillets péricardiques épaissis.

Également très prononcé de la valvule mitrale surtout au niveau de son bord qui présente de fines végétations tout à fait sur le bord libre, de telle sorte qu'on ne voit pas de surface d'affrontement ~~des~~ des valves. Il existe en effet une insuffisance manifeste d'un certain degré d'rétrécissement, l'ouverture permettant encore l'introduction de deux doigts.

Insuffisance des sigmoïdes et l'aorte par suite de l'épaississement de leur bord à partie moyenne de chaque valve qui est très légèrement. En outre petites végétations récentes diffuses sur le bord libre d'élection pour l'

portes latérales.

L'aorte très petite surtout par rapport au cœur, est tout à fait saine.

La cavité du ventricule gauche est dilatée en grande. Ses parois sont épaisses avec un tissu musculaire bien coloré.

Les autres cavités sont toutes plus ou moins dilatées avec des parois épaissies.

Aucune lésion sur les valvules du cœur droit.

Poids du cœur avec le péricarde 570 gr.

Coxalgie suppurée de la hanche droite. mort avec des symptômes méningitiques, sans méningite bien caractérisée et surtout sans traces de tubercules sur les méninges, les poumons et les autres organes.

H. 16 ans, st Sacrados, ayant présenté les signes d'une coxalgie de la hanche droite avec formation d'un abcès volumineux à la partie sup. et interne de la cuisse, nécessitant une intervention pour laquelle une intervention avait été demandée aux parents. En attendant qu'ils se décidassent à la donner le malade a été pris de symptômes méningitiques suivis de coma et de mort.

Autopsie le 13 février 1897. augmentation de volume de la partie sup. de la cuisse où il existe une fluctuation bien manifeste. Tête du fémur et cavité cotyloïde de l'os iliaque très déformés par une irrégularité des surfaces articulaires dont le cartilage est en qde partie détruit. La tête du fémur est notablement diminuée de volume pendant que la cavité est considérablement agrandie et communique avec un vaste abcès de la région interne remontant en s'infiltrant à travers le psoas iliaque dont le plan de la tête est brunâtre et ramolli.

Encéphale Les méninges sont manifestement plus résistantes et plus vasculaires, adhérent d'une manière anormale aux nerfs et vaisseaux de la base et lorsque pénètre plus difficilement ~~pénètre~~ entre les circonvolutions. Mais on ne trouve ~~pas~~ granulation tuberculeuse, ni aucune trace de pus malgré les recherches les plus attentives.

Les poumons ne présentent aucune lésion ancienne ou récente pouvant se rapporter à la tuberculose.

Cœur normal 290 gr. aorte normale.

Le tissu des reins est plutôt pâle, sans lésion manifeste à l'œil-nu. Poids { D. 140 gr. G. 130 gr.

Rate 190 gr.

Foie un peu gras 1620 gr.

Ostéites multiples du bassin, des 3 dernières lombaires et du sacrum.

H. de 21 ans. Jardin. Entré pour des abcès multiples ~~multiples~~ autour du bassin, trajets fistuleux arrivant sur des os denudés, incomplètement drainés. 5 jours avant la mort, puis l'accidents comatoses avec strabisme, puis disparition de ces troubles, affaiblissement et mort. Pas de paraplégie. Pas de fièvre au dessus de 38°5.

Autopsie le 20 novembre 1896

Les trajets fistuleux situés à la partie post^e et latérale du bassin contiennent un peu de pus et ont une paroi colorée par une membrane pyogénique épaisse et résistante. Tous ces trajets aboutissent soit au sacrum, soit sur les crêtes iliaques légèrement denudées et d'aspect raréfié. Dans le canal rachidien destruction du grand surtout ligamentaire post^r au niveau de 3e, 4e et 5e lomb. qui offre à ce niveau une raréfaction telle qu'on peut introduire la sonde cannelée jusqu'au niveau des corps vertébraux. Toutefois pas de pus dans le canal rachidien, pas de pachyméningite. Aucune altération manifeste de la moelle, de la protubérance ou des hémisphères cérébraux et cérébelleux, méninges peut-être plus résistantes qu'à l'état normal.

Quelques adhérences filamenteuses de tout le poumon droit. Pas de liquide.

Adhérence légère de la plèvre médiastine et du péricarde. Pas de pleurésie interlobaire. En aucun point on ne trouve de granulations tuberculeuses, malgré une recherche minutieuse, aussi bien sur les plèvres que dans le parenchyme pulmonaire.

Pas de ganglion trachéo-bronchique caséeux.

Les poumons crépitent partout.

Pas de liquide dans le péricarde. Pas de taches laiteuses. Pas d'athérome. Orifices sains, valvules suffisantes.

Foie graisseux, contrastant par son volume avec celui des autres viscères.

Pas trace de péritonite.

Rate : assez forte, sans granulation. ~~capsule~~ Capsule épaissie uniformément sans

Reins : la capsule s'enlève facilement mais laisse un peu épaissie. A la coupe de coloration très marquée portant sur la substance corticale et interpyramidale —. Dissociation facile : cellules granuleuses et vacuoles mais pas graisseuses.

Pas d'ulcérations de l'intestin.

Vessie saine

Poids : Cœur 220 - Rein Dr : 120 Rein G : 120.

Foie : 1550 - Rate : 170.

— à remarquer non seulement l'absence de méningite dont le malade avait présenté les signes, mais aussi l'absence de tuberculose, de telle sorte que l'ostéite n'était pas de nature tuberculeuse et amène encore une raison générale si elle avait été traitée de bonne heure — Les phénomènes cérébraux peuvent être expliqués soit par une infection septique soit par des phénomènes d'urémie et peut-être par les deux troubles concomitants.

1re Leçon
2 nov. 1896

Erysipèle de la face

H. 68 ans, entré dans le service de M. Dieulafoy pour un erysipèle de la face datant de 4 jours. L'affection aurait débuté au niveau des paupières pour gagner les autres parties de la face et en dernier lieu les oreilles, ainsi que les parties avoisinantes du cuir chevelu et du cou. On a constaté de l'albumine dans l'urine et des symptômes qu'on a rapportés à de la bronchopneumonie. Délire seulement le dernier jour.

Autopsie le 12 nov. 1896 -

Le sujet qui a un embonpoint considérable présente encore une tuméfaction notable des téguments de la face avec une phlyctène affaissée sur la joue gauche. Les paupières sont collées par des croûtes jaunâtres qu'on voit sur les bords. La tuméfaction est surtout très marquée au niveau des oreilles et des téguments sus-jacents ont une teinte violacée.

Après avoir ouvert les cavités thoracique et abdominale, on voit qu'il existe une surcharge graisseuse énorme des tissus conjonctifs sous-cutané et sous-séreux des divers organes, notamment au niveau du grand épiploon, du mésentère, du péricarde et du médiastin, etc.

Les plèvres ne contiennent pas de liquide et ne sont le siège d'aucune adhérence.

Les poumons ne présentent pas de pneumonie et sont seulement le siège d'une congestion hypostatique uniforme occupant de chaque côté le lobe inférieur et les parties les plus déclives des lobes supérieurs et moyen. En prenant le tissu pulmonaire au point le plus affecté, on voit sourdre de la surface de section un sang rare avec de fines bulles d'air. Du reste le tissu plongé dans l'eau reste à la surface.

Le Cœur est manifestement hypertrophié aux dépens du cœur gauche indépendamment de sa forte surcharge graisseuse; le muscle présentant sur la coupe du ventricule gauche près de la cloison et de la base une épaisseur de deux centimètres au moins, sans altération apparente de son tissu. — Aucune lésion orificielle. — Caillots noirs dans les cavités. Le péricarde ne présente pas la moindre trace d'inflammation, mais il a une surcharge graisseuse très abondante dans le tissu conjonctif sous-séreux des deux feuillets.

Aorte peu athéromateuse et plaques calcaires seulement à la partie inf. de la courbure de la crosse.

L'athmosphère cellulaire des reins est surchargée de graisse et adhérente anormalement en certains points de la capsule. Celle-ci est un peu épaissie et assez légèrement adhérente à quelques points irréguliers

de la surface rénale. Le tissu de l'organe (Régime de dépurés) présente une résistance assez grande à la section; moins ou même pas de lésions très manifestes de sclérose.

La rate adhérente à la face inf. du diaphragme est congestionnée et molle.

Le foie paraît seulement un peu graisseux.

Aucune lésion de l'encéphale sauf de l'athérome des artères de la base.

La muqueuse des fosses nasales est de coloration rouge foncé violacée sans lésion appréciable. Rien de particulier au niveau des trompes. Aucun foyer purulent nulle part.

Grosse hernie inguinale droite dont le sac ne présente aucune trace d'inflammation récente ou ancienne, sans lésion appréciable des anses intestinales qui y sont contenues et qui, du reste, pouvaient facilement rentrer dans la cavité abdominale.

Poids :

Foie	1350	grs
Cœur	500	grs
Reins Dr	190	grs
" G	190	grs
Rate	240	grs

Il est rare qu'un malade succombe à une crise de la foie sans complication. Dans ce cas le cœur de la mère doit peut-être provoquer le malade présentait une surcharge graisseuse considérable de son tissu cellulo-adipeux et de ce qu'il existait une hypertrophie du cœur sans lésions des reins. Ces derniers étaient probablement peu ~~progressés~~, mais l'hypertrophie du cœur était déjà très marquée; ce qui paraît se rapporter avec ces idées l'hypertrophie cardiaque précédant les lésions rénales peut se faire apparaître à l'examen de l'urine. Elles. microscopiques permettra de juger exactement le degré des lésions rénales.

Cancer du larynx généralisé

H. 38 ans, F. Philippe, entré le 11 août 1897, faisait remonter le début de sa maladie à 6 mois par un trouble de la voix bientôt suivi de tuméfactions ganglionnaires de chaque côté du cou qui ont augmenté graduellement, en même temps qu'il ressentait une gêne de la respiration qui va aussi augmentant graduellement jusqu'à nécessiter la trachéotomie le 20 août. — La maladie a continué de faire des progrès. La tumeur de la région latérale g. du cou s'est ulcérée et a donné issue à un liquide purifoide. L'ulcération a été, à deux reprises, le siège d'une hémorrhagie considérable, — celle qui a précédé la mort (19 nov. 1897) —

Autopsie le 16 nov. 1897 — Au premier abord on remarque seulement la tuméfaction des parties latérales du cou avec une large ulcération irrégulière du côté gauche et à la partie antérieure l'orifice où était placé la canule avec une tuméfaction notable immédiatement au dessous jusque sur le sternum.

L'ouverture du sujet montre l'envahissement du sternum à sa partie supérieure, la généralisation autour des ganglions voisins, avec poumons et aux plèvres, au foie, avec des adhérences fibreuses nombreuses entre le diaphragme et la face sup. du foie et des adhérences plus récentes entre plèvres et intestins.

Le larynx est enlevé avec la langue, le corps thyroïde, les ganglions du cou et une portion du sternum; de manière à avoir à la fois sous les yeux la lésion du larynx et les lésions secondaires voisines.

L'œsophage est indemne. Après l'avoir enlevé, on ouvre le larynx par sa partie postérieure, l'incision portant sur la ligne médiane.

La plus grande partie de la surface interne du larynx est le siège d'une tumeur bourgeonnante, de coloration grisâtre et d'aspect granuleux, friable, de disposition très irrégulière, qui a détruit les cordes vocales, s'est étendue dans les ventricules latéraux et sur toute la muqueuse de la portion sus-glottique, particulièrement du côté droit où l'altération s'étend assez haut pour avoir détruit en totalité le repli aryteno-épiglottique; tandis que du côté opposé il y a persistance du bord du repli devenu adénomateux.

La lésion s'étend aussi en bas et en avant au pourtour de l'orifice où se trouvait la canule, avec un bord légèrement saillant au dehors. Tous les ganglions du cou situés dans une gaine conjonctive très dense, sont plus ou moins tuméfiés, de coloration blanchâtre et manifestement envahis par le néoplasme.

La surface de section des ganglions nouvellement envahis est blanchâtre, uniforme, tandis que sur ceux qui sont plus volumineux et plus anciennement atteints, elle est jaunâtre sous forme de petites taches jaunes confluentes dans un tissu blanc grisâtre. Quelques ganglions présentent même une substance molle granuleuse qui est facilement détachée par le grattage. Enfin on trouve du côté droit un ganglion du volume d'un œuf de poule un peu aplati qui à l'incision laisse écouler une substance purulente, épaisse granuleuse, provenant d'une cavité anfractueuse, tapissée par la même substance plus épaisse, que l'on détache facilement avec l'extrémité du doigt. Ce ganglion occupe à droite la même place que l'ulcération du côté gauche et il est vraisemblable que cette dernière est due à une pareille lésion qui s'est ulcérée spontanément pendant la vie donnant lieu à l'écoulement d'une matière purulente comme celle que nous avons trouvée dans le ganglion du côté droit. De chaque côté le pneumogastrique est pris sur un point dans les lésions conjonctivo-ganglionnaires. Les vaisseaux et tout au moins les artères ne présentent aucune lésion.

La terminaison du cou à la partie antérieure inférieure est due aussi à la présence de ganglions envahis qui adhèrent à la

fourchette sternale dont l'extrémité supérieure est tuméfiée notablement par son envahissement sur une hauteur de deux travers de doigt. À ce niveau l'os pourtant coupé facilement avec un couteau et la surface de section offre le même aspect que les ganglions : points jaunes confluents semés sur un fond blanc grisâtre. Le raclage des parties superficielles de la tumeur, sur le larynx, sur les ganglions, sur l'os, etc. montre une surface lâche granuleuse et saignante seulement une matière jaune granuleuse. L'examen microscopique de cette matière montre qu'elle est constituée par des amas de grandes cellules épithéliales plus ou moins déformées.

Les ganglions trachéobronchiques sont augmentés de volume, de coloration grisâtre ou noirâtre, mais non envahis par la tumeur.

Les plèvres et les poumons sont le siège de nombreux noyaux de généralisation.

On trouve le lobe inf. du poumon droit en grande partie atélectasié et rétracté, sans liquide en quantité notable ; ce qui fait supposer la présence de gaz dans la cavité pleurale de ce côté. Toutefois l'examen très attentif de la surface de ce poumon ne nous a permis de découvrir aucune ulcération. Il y avait seulement quelques adhérences fibreuses valvulaires

les plèvres et un assez grand nombre de noyaux de généralisation de coloration blanchâtre, variant de volume d'une lentille ou d'un haricot, isolés ou réunis sur 2 ou 3 points sous forme de plaques indurées. Quelques nodules analogues sur les parties correspondantes de la plèvre pariétale. - En incisant les nodules du poumon qui font à peine saillie sur la surface, on voit que ces noyaux ont leur siège dans le tissu conjonctif sous pleural et qu'ils s'enfoncent légèrement dans le tissu pulmonaire, en raison de leur disposition centrifuge. Ces lésions sont plus nombreuses dans le lobe inférieur dont la base est atelectasiée très manifestement jusqu'aux 2/3 inf. de la hauteur du lobe sans altération primitive.

Le poumon gauche est resté volumineux. Il présente aussi des adhérences pleurales en arrière. Le lobe supérieur est volumineux et d'une consistance augmentée, comme s'il existait de gros noyaux pneumoniques. En outre on voit à la surface des plaques de noyaux de généralisation et aussi des nodules disséminés sur le lobe inférieur. En incisant le lobe supérieur, on trouve dans un tissu pneumonique au sein duquel se trouvent plusieurs cavités anfractueuses contenant un liquide purifome grisâtre (semblable à celui qui se trouve dans les bronches) exhalant une odeur gangréneuse. Un

exudat de même couleur toujours la cavité.
– À peu près au sommet du lobe cavité pouvant contenir 2 ou 3 amandes à contours très irréguliers, puis ici deux trous à doigt ou deux cavité pouvant contenir une noisette : Enfin en dedans près du sommet cavité nombreuses de volume d'un haricot à un pois au milieu d'un gros noyau pneumonique rouge noirâtre. Du reste toutes les lésions se trouvent environnées d'un tissu pulmonaire où il y a manifestement de la pneumonie.
On remarquera aussi que les deux plus grandes cavités sont en rapport avec deux plaques de nodules de généralisation du néoplasme se présentant à l'extérieur sous la forme indiquée plus haut, tandis que d'autre part la poche profonde du noyau confluent répond à la cavité ou portion. Quelques rares noyaux sur la plèvre pariétale correspondante.

Rien de particulier du côté du péricarde et du cœur (300 gr.).

Adhérences très nombreuses reliant le diaphragme au foie avec gros nodules de généralisation sur le péritoine et surtout dans le foie, sous la forme de nodules du volume d'un pois.
Foie plutôt gros. Poids 2950 gr.

Rate 220 gr. avec 2 ou 3 très petits nodules de généralisation.
Reins sans lésion appréciable, pesant 220 gr. chacun.

On trouve encore de la généralisation dans les ganglions de l'aisselle et dans ceux qui se trouvent de chaque côté de la colonne vertébrale à la partie inf. de la région lombaire qui correspondent à l'envahissement de la 1re jusqu'à la 3e vertèbre lombaire ; ces ganglions sont transformés en une substance jaunâtre granulée dans laquelle
Rien de particulier du côté de l'encéphale, ni aucune lésion de la dure-mère.

Cancer du gland opéré - Pneumonie secondaire.
H. 81 ans. Ste Sauveur n° 29 opéré il y a 15 jours d'un epithelioma du gland (amputation - ablation de ganglions dans les deux aines). 3 jours avant la mort: point de côté, frisson.

Autopsie: le 9 novbre 1896:

Double courbure de la colonne vertebrale avec saillie à angle droit du promontoire, cavité thoracique très dilatée en avant.

Poumons emphysemateux. Un peu de liquide teinté en rouge dans les 2 cavités pleurales, le liquide du côté gauche contient en outre qq.s exsudats fibrineux. Le poumon gauche est le plus atteint, la lesion porte sur le lobe inf.r dans la plus grande partie (3/4) de la portion sup.re, qui présente une resistance manifeste, tandis que le dernier 1/4 inf.r est mou, deprimé, non aéré. A peu près à la partie moyenne et post.re de ce lobe, plaque blanchâtre arrondie ayant les dimensions de 1 f.nc, sur la coupe habituelle passant par ce point, on voit à ce niveau de la pneumonie grise sur un espace du volume d'une grosse noisette et plutôt disposé en cône. (Dans le voisinage infiltrations sanguines sous pleurales) Toutes les parties du lobe qui sont indurées présentent de l'hepatisation rouge, un peu caverneuse, sur laquelle se détache des points grisâtres disseminés, surtout dans la zone corticale sur l'épaisseur d'un travers de doigt, ces points grisâtres se sont par limités nettement et leur volume varie de celui d'une tête d'epingle à celui d'une lentille. ces points blanchâtres paraissent constitués par de la pneumonie grise dans un tissu fortement en zone et

plongeant au fond de l'eau. Quant à la partie molle déformée inf^re du lobe, elle est rouge et comme atélectasiée. Les parties ant^es inférieures et les bords ~~de~~ ce poumon sont fortement emphysémateuses — Notons encore que la pneumonie lobulaire corticale grise paraît comme criblée dans certains points par des traînées interlobulaires éparses. —

Le poumon droit présente à la partie inf^re du lobe inf^r un nombre de 3 foyers de dégât environ de l'engorgement et au sein de ce tissu engorgé, quelques rares points hémorrhagiques de pneumonie lobulaire grise semblable (ainsi que nous constatons sanguines sous pleurales) à celle du côté gauche mais au très léger degré. Quant au lobe sup^r qui paraît au premier abord plus affecté que le lobe inf^r, on voit qu'il s'agit seulement d'un engorgement adémateux de toute sa partie post^re, mais avec persistance d'une assez grande quantité d'air pour que les fragments de ce poumon surnagent.

Cœur augmenté de volume, sans hypertrophie appréciable. Athérome de l'aorte, dans toute ses portions ayant présenté au niveau de l'aorte ascendante où les plaques sont rares, plutôt une dilatation générale avec plaques calcaires surtout au niveau de la partie inf^re de la courbure. L'aorte abdominale présente beaucoup plus de plaques jaunes, elle est même ectasiée notablement avant sa bifurcation. Les 2 iliaques primitives sont très volumineuses par dilatation de leur paroi, surtout la gauche où on a en un point une dilatation ampulaire comblée par des caillots anciens (commencement d'anévrysme). Les artères iliaques externes et internes sont également dilatées et sinueuses et contiennent des caillots adhérents et fibro-cruoriques à leur origine.

Veine à colonnes très dilatée, avec nombreuses valvules digitiformes, de la muqueuse, faisant saillie à l'intérieur.

Reins sains, avec substance corticale amincie. En outre le bassinet et un calice du côté droit sont un peu dilatés, à cette lésion correspond un peu de dilatation de la partie inf^e de cette uretère près de son abouchement à la vessie. Les 2 orifices vessicaux des uretères sont perméables.

Hypertrophie du bloc de la prostate

— Vers la fin du colon transverse et sur le colon descendant on voit quelques saillies, ressemblances, du volume d'un pois, allongées disposées sur la même ligne progressive sur une étendue de 15-20^cms parallèlement à l'insertion mésentérique. L'un a une qui avait l'aspect d'un ganglion du volume d'un gros pois; après l'ouverture de l'intestin on voit que ces saillies correspondent à des petites ulcérations rondes, à bords lisses et blanchâtres surélevées et donnant accès à une cavité remplie d'un mucus gris blanchâtre et pour la saillie indiquée plus haut un ganglion elle contient des matières fécales semi solides.

Poids :

Foie	1230 gr.
Cœur	420 gr.
Reins droit	130 gr.
rein g	170 gr.
rate	110 gr.

Dans les poumons on peut observer indépendamment d'un engorgement sédimentaire dans les parties déclives de chaque côté, des points de pneumonie grise lobulaire intéressant principalement à la périphérie près de la plèvre et affectant la disposition des infarctus, ce qui paraît bien en rapport avec la production de ces lésions sous l'influence des modifications produites dans la circulation pulmonaire par la stase l'action des microorganismes en amène la production des exsudats. — Si la congestion des reins est digne d'intérêt, les points de pneumonie lobulaire se trouvent bien sur les parties supérieures de chaque poumon. Les lésions de voisinage sur les appendices de l'aorte sont du constituer à la mort. Il y a peut-être impuissance cardiaque à l'opération

4 36.me Secon (suite)
6 février 1897

1

517

Cancroïde de la lèvre inférieure
généralisation ganglionnaire et viscérale

H. 45 ans opéré en ville d'un cancroïde de la lèvre inférieure, entré une première fois à l'Hôtel-Dieu pour une récidive au niveau des ganglions de la région sous-maxillaire qui ont été enlevés de chaque côté.
Le malade est rentré avec une récidive bourgeonnante plus accusée dans les mêmes régions et à un degré tel qu'aucune intervention n'était possible. Le malade du reste n'a pas tardé à présenter des signes de généralisation viscérale et à succomber.

Autopsie le 6 février 1897 -

Sujet très gras et obèse, présentant une surcharge graisseuse considérable du tissu cellulaire sous-cutané, du gd épiploon et du mésentère, du médiastin, etc., sans oedème, ni ascite, ni hydrothorax.

La lèvre inférieure présente à sa partie médiane une cicatrice très nette résultant de récidive à ce niveau. Mais au niveau des régions sous-maxillaire et parotidienne de chaque côté, on voit une transformation

du volume du poing sous chaque maxillaire qui se continue en arrière et en haut en augmentant encore notablement de volume. Ces tumeurs donnent sur tous les points la sensation de mollesse et de fluctuation. C'est en vain qu'on cherche à enlever ces tumeurs qui sont constituées par des grumeaux blanchâtres granuleux au milieu d'un liquide sanieux épais de coloration lie de vin, qui s'écoule lorsqu'une incision arrive à ce niveau, soit sous la peau, soit plus profondément entre les faisceaux musculaires de ces régions.

L'examen de ces grumeaux durcis à l'état frais montre qu'ils sont constitués par des amas d'épithélium parvenus tous bien caractérisés ou plus ou moins altérés. On trouve notamment de gros noyaux qui ont subi une altération leur donnant l'aspect vitreux jaunâtre et aussi des altérations plus limitées qui indiquent la nature des gros noyaux : ce sont de petits boulets dont les cellules ont la disposition des couches d'oignon avec l'altération jaune vitreux au centre, tandis que les cellules de la périphérie prennent de plus en plus en s'éloignant les caractères des cellules parvenues. Il résulte de cet examen qu'on a très certainement affaire à une

épithélioma pavimenteux lobulé dont les cellules du centre des lobules ont pris cet aspect jaune vitreux ou bien cet aspect corné, comme il arrive du reste assez souvent.

Au niveau de la bifurcation de la trachée on trouve 3 ou 4 ganglions environ, du volume d'un gros noisette ou d'une amande présentant une coloration noire grisâtre. Ces ganglions incisés, on voit au milieu d'un tissu noirâtre une substance blanchâtre granuleuse tout à fait semblable à celle des tumeurs précédemment décrites.

Après avoir enlevé les poumons, on voit sur la moitié inférieure de la surface externe du lobe supérieur gauche un assez grand nombre de nodules blanchâtres, superficiels, faisant un très léger saillie et dont le diamètre est à peu près celui d'une lentille, quelques uns seulement se trouvant plus petits ou plus larges. On trouve encore quelques nodules sur les deux surfaces interlobaires.

Lorsqu'on incise ces nodules, on constate qu'ils sont constitués par un peu de substance blanchâtre paraissant située dans les parties profondes de la plèvre épaissie, et immédiatement en rapport

avec le tissu pulmonaire dans lequel la substance blanchâtre ne paraît pas pénétrer. Cette substance offre peu de résistance et au niveau du plus gros nodule qui, adhérant à la plèvre pariétale, a été déchiré, elle est en tout à fait ramollie et granuleuse.

Des coupes faites à travers les poumons montrent que le tissu pulmonaire est partout souple et perméable à l'air sans trace de nodules ou d'autres lésions dans les autres parties.

Toutefois on remarque aussi plusieurs nodules du volume d'une tête d'épingle à un pois sur la plèvre pariétale gauche dans la région qui correspond aux lésions du poumon gauche et sur la plèvre diaphragmatique du même côté.

Cœur avec surcharge graisseuse très prononcée. 380 gr.

Le foie présente aussi à la surface supérieure de son lobe droit, à la partie médiane à peu près, un nodule blanchâtre non saillant de la largeur d'une lentille et qui est enlevé pour être durci et examiné histologiquement. Aucune autre lésion appréciable du foie à sa surface et sur des coupes en tranches minces. 1760 gr.

Les ganglions du hile du foie, ceux de la petite courbure et l'estomac et du pancréas ne présentent aucune altération. – Estomac et tube digestif sans altération appréciable.

Il en est de même des reins et de la rate. Celle-ci pèse 250 gr. Rein droit 230 gr. et Rein g. 240 gr.

R. Le cancroïde du lobe inférieur a survenu sur tuberculose ancienne guérie. On peut l'attribuer au portage des crachats bacillifères qui a éloigné du type connu, le plus commun et le moins grave et important aussi à l'obtenir.

18
36e Leçon (suite)
février 1897

Fièvre typhoïde au 14e jour avec pneumonie de la base droite

H. 29 ans, resté dix jours chez lui en s'efforçant de manger pour soutenir ses forces. Mis au bain à son entrée à l'Hôtel-Dieu. Suspension des bains le 2e jour en raison d'une hémorrhagie intestinale. Le jour suivant on s'aperçoit d'une nouvelle complication pneumonie de la base droite. Le lendemain le malade est revenu au bain, mais il meurt le 4e jour.

Autopsie le 5 février 1897.

On trouve seulement des lésions sur 50 cent. de la dernière portion de l'intestin grêle : plaques gonflées et réticulées très marquées surtout près de la valvule iléo-cæcale, avec ogys. ulcérations aux limites et plutôt transversales sur 5 ou 6 points, laissant seulement sur un ou deux points de la 1re plaque. La plus grande ulcération à 10 cent. de la valvule environ, n'a pas plus de 1 cent. dans le sens transversal et de 1/2 dans le sens longitudinal de la plaque tuméfiée.

Poumons — on remarque seulement à la base du poumon droit sur tout le lobe inf. une augmentation de densité du tissu pulmonaire qui est rouge brun et parsemé de petits points blanchâtres, sans augmentation de volume du lobe qui offre ainsi les lésions de la bronchopneumonie pseudo-lobaire.

Rate peu augmentée de volume.

Les autres organes dits normaux n'ont pas été apportés au laboratoire.

Tumeur de la joue guérie par cautérisation. Généralisation aux ganglions du cou du même côté, au foie, aux ganglions du hile du foie et péripancréatiques, à la rate et au poumon.

F. 28 ans, Ste Anne, entrée avec tumeur du volume d'une orange sur la partie latérale droite du cou, dont le centre ramolli et ulcéré laisse voir une substance blanchâtre sans vascularisation ramollie paraissant provenir d'une agglomération de ganglions envahis par un néoplasme. On apprend que précédemment la malade avait quelque temps avant l'apparition de la tumeur du cou une petite tumeur de la grosseur d'un haricot, sur la joue droite au milieu de la pommette; qu'elle a été traitée par un pharmacien qui l'a détruite au moyen de caustiques, de telle sorte qu'on ne voit plus à ce niveau qu'une petite cicatrice blanchâtre, sans trace de tumeur. Bientôt la malade a présenté des signes de généralisation de la tumeur au foie; ce qui a empêché toute intervention.

Autopsie le 8 nov. 1897. La cicatrice de la joue est tout à fait lisse, sans trace de néoplasme à ce niveau.

La tumeur du cou est, en effet, constituée par des ganglions plus ou moins volumineux et transformés en une substance d'aspect encéphaloïde en voie de ramollissement au niveau de l'ulcération centrale.

Les ganglions trachéo-bronchiques en sont pas envahis par le néoplasme et on trouve seulement ~~dans~~ la plèvre droite en arrière vers la partie moyenne du lobe inférieur deux petits nodules cancéreux du volume d'un pois. Par une incision on se rend compte qu'en analysé la saillie de ces nodules au dessus de la surface pleurale, leur siège est dans le tissu cellulaire sous-pleural et qu'ils entament aussi dans le tissu pulmonaire. Ganglions cancéreux de l'aisselle droite dans la plèvre du même côté.

Ce sont surtout les lésions du foie qui attirent l'attention; car cet organe considérablement augmenté de volume est littéralement criblé de nodules cancéreux, soit sur toute la surface, soit sur toutes les coupes faites dans sa profondeur. Ces nodules de coloration blanchâtre ou rosée ont un volume qui varie depuis celui d'un pois à celui d'une noix.

Ils sont arrondis et de consistance assez ferme, sans ramollissement et sans dépression au centre. Il n'existe qu'une grosse masse du volume du poing de nature structure au niveau de la partie supérieure et postérieure du lobe droit à la limite du lobe gauche. Cette masse n'est en rapport avec la surface hépatique supérieure qu'en un étendue de 2 à 3 centimètres; tandis que tout le reste est contenu dans la substance même du foie. Mais ce qui frappe principalement c'est le peu de volume de la plupart des noyaux et leur prédominance innombrable, sans altération appréciable de la substance hépatique, sans ictère, avec augmentation considérable du volume et du poids du foie (3200 gr).

Vers le hile du foie, on trouve encore trois ganglions du volume d'une noisette à une amande et qui sont manifestement envahis par le néoplasme. Même aspect des ganglions situés près du pancréas.

La rate augmentée de volume et de poids (480 gr) n'offre rien de particulier à l'examen. Mais les coupes font découvrir 8 à 10 [illegible] de volume d'un gros pois [illegible] de son tissu.

Aucune autre lésion appréciable notamment sur le tube digestif, les organes génito-urinaires, etc.

Reins dr. 180 gr, g. 140 gr. – Cœur 250 gr.

COLLECTION

R. TRIPIER

LEÇONS

ANATOMO-

CLINIQUES

SUJETS

DIVERS