Cirrhoses du foie

31
31e Leçon (suite)
25 février 1905

Autopsie du 25 février 1905

998

Cirrhose du foie ayant provoqué d'abondantes hémorrhagies par l'anus

Femme de 49 ans. Service de M. Pic

Hémorrhagies par l'anus depuis 4 ans 5 mois avec anémie très marquée. Ces hémorrhagies se produisaient à l'occasion des selles ; hémorrhoïdes depuis plusieurs années, ayant déjà donné lieu à de petites hémorrhagies auparavant. Rien

Oedème des membres inf. et du ventre depuis 3 semaines avant la mort.

Ascite ; circulation complémentaire légère. Appétit conservé

Teint pâle, un peu jaune, aspect très cachectique. On pense à un néoplasme intestinal.

Rien au toucher rectal.

Pas d'albumine

Succombe aux progrès de l'adynamie.

Autopsie Adjonction généralisée tuberculeuse.

Abdomen

Ascite assez considérable avec oedème des membres inférieurs.

Foie ayant quelques adhérences légère au diaphragme, beaucoup plus au colon. Plutôt augmenté de volume. Surface extérieure jaune pâle, légèrement granuleux. A la coupe, dur, jaune pâle; plaques grisâtres assez larges sur lesquelles se détachent quelques petits nodules glandulaires.

Quelques calculs dans la vésicule.

Reins un peu gros

Rate très grosse, molle et diffluente

Rien à l'oesophage ni à tout le tube digestif.

Rien aux organes thoraciques

La malade, comme de coutume, niait tout abus d'alcooliques, et comme elle paraissait très cachectique, qu'elle rendait du sang pour elle, on avait pensé à un néoplasme du tube digestif. Mais le sang avait les caractères de celui provenant des hémorroïdes et ne produisait dans les urines circulantes ce qui pouvait mettre sur la voie du diagnostic, surtout avec une odeur généralement très prononcée rappelant longtemps bon.

C'était la variété de cirrhose ou la production relative intralobulaire, de sorte que dans cette variété on ne doit avoir d'amélioration par aucun moyen, le foie ~~[illegible]~~ étant tendant à être transformé en un bloc fibreux qui se rétrécit graduellement.

juillet 1898 Cirrhose hépatique avec foie gros saillant au dessous du rebord costal pris pour une tumeur du rein.

—

F. 52 ans, auparavant bien portant, j'ai été appelé par un médecin la croyant atteinte d'une tumeur du rein et pour décider s'il y avait lieu à une intervention chirurgicale.

L'abdomen est un peu augmenté de volume, et en palpant l'hypochondre droit, on trouve immédiatement au dessous du rebord costal une tumeur assez mobile qui descend jusque vers la ligne transversale passant par l'ombilic, donnant la sensation d'une tumeur assez résistante, plutôt lisse, avec une surface légèrement irrégulière, plutôt granuleuse,

cependant elle offre un relief vague
très nette qui se continue en remontant vers
la région épigastrique jusque vers la fausse côte
gauche. Quoique la tumeur soit déjà
au niveau du relief costal droit, on ne
trouve pas d'interruption de la matité
offerte par la portion saillante de la tumeur
avec la matité du foie qui remonte jusqu'au
niveau du mamelon, accusant une
augmentation considérable du volume
d'autre part dans la palpation bimanuelle
de la tumeur, on ne constate rien de spécial
dans la région du rein, quoique la tumeur
soit très mobile sous l'influence de la pression
la moins placée sur la partie antérieure de l'abdomen
cette mobilité augmente tout en portant à
présumer d'un peu d'ascite rétrograde
pour la palpation de l'abdomen, alternative
de chaque côté du pontée décrite, dans les changements

de position. Il y a ainsi un peu de tympanisme vers la région supérieure du médiastin. +

La rate donne une matité manifestement augmentée.

Rien de particulier du côté de l'urine.

Pouls et cœur sains. Pouls fréquent.

Œdème très notable des pieds et des jambes, veines un peu dilatées.

Inappétence avec langue saburrale, mais soif assez vive. Parfois diarrhée. Amaigrissement notable.

La veille de l'examen la malade avait vomi un peu de sang pour la première fois.

Interrogée ou demandée à la malade si elle fait usage des boissons alcooliques, elle répond immédiatement par la négative, mais son mari dit qu'elle aime à boire une petite goutte de vin pur,

+ Il y a un rétrécissement de matité qui vers le quart inférieur du médiastin, à 3 m. 5 du sternum, à droite, matité différemment prononcée mais de grandeur en différents points de l'examen, indique la présence d'un abcès

qu'elle prend volontiers un peu de chartreuse ou de curaçao et qu'enfin elle a fait usage avec régularité de l'eau d'Argenteuil depuis quelque temps où elle est arrivée à l'époque de la ménopause (les règles ont commencé à il y a un an environ et n'ont plus reparu depuis 6 mois).

Aucun antécédent héréditaire connu, un frère et le père morts de phtisie pulmonaire.

Un cirrhose du foie bien caractérisée chez une femme dans une position aisée, habitant la campagne et qu'on ne pouvait soupçonner d'alcoolisme qui a contracté sa maladie pour l'usage d'une quantité relativement peu élevée d'alcool, en raison de ses antécédents héréditaires tuberculeux. Exposé succinct des conditions de la production de la cirrhose hépatique, ses caractères généraux par augmentation de volume et sa mobilité après l'ingestion d'une petite quantité de liqueur. Cette malade meurt un dimanche matin après avoir reçu par erreur le plus grand [illegible]

Ascite dans la cirrhose hépatique

Docteur TRIPIER
3, Place des Cordeliers

Lyon, le 189

On admet généralement que cette ascite résulte du trouble circulatoire apporté dans la branche de la veine porte au niveau du foie cirrhotique.

S'il est des cas où cette cause paraît avoir été le point de départ de l'épanchement péritonéal, et où le foie paraît seul en cause en raison de la localisation de l'épanchement à la cavité abdominale ; le plus souvent on voit apparaître en même temps que l'ascite un œdème plus ou moins marqué des membres inférieurs indiquant bien que le trouble circulatoire ne réside pas seulement dans la veine porte ; car on sait que lorsqu'il existe de l'œdème des membres inférieurs il y a toujours ~~de l'ascite~~ plus ou moins marqué. ~~Cette~~ On sait aussi qu'il ne suffit pas pour d'une cirrhose ~~une~~ très prononcée pour

ovrein de l'ascite ; car la cirrhose à la période dite préascitique occasionne déjà souvent des troubles circulatoires très prononcés, au point de donner lieu à des hémorrhagies. Des autopsies peuvent aussi révéler une cirrhose bien marquée sans qu'il y ait de liquide dans le péritoine.

Ce liquide a plutôt de la tendance à se produire au ~~au~~ temps qu'il s'adème des membres inférieurs, à une période avancée de la cirrhose et accompagné de plus ou moins cachexie avec une fréquence augmentée des battements cœur, c'est-à-dire avec un affaiblissement cardiaque qui explique à la fois l'œdème et à moins cette dernière augmente rapidement par le fait de la lésion hépatique qui occasionne un trouble circulatoire s'ajoutant au trouble général. Enfin il faut compter avec la péritonite chronique qui se fait souvent défaut. ~~Le trouble~~ Circulatoire persistant, pendant ou des phénomènes inflammatoires suffisent pour l'expliquer

Autopsie du 20 décembre 1906

Cirrhose atrophique : foie diminué de volume, très dur, de coloration jaunâtre, granuleux à la surface et sur la coupe, mais non cloutée.
Ascite – Rate un peu grosse.
Cicatrices pleurales au sommet, et sclérose discrète.
Pas d'altérations rénales.
Pas d'athérome aortique.

Femme de 43 ans – Service de M. Devic

La malade séjourne 24 h. dans le service.
Elle n'avoue qu'un litre de vin par jour, et nie l'éthylisme.
Début de l'affection 4 mois auparavant, par des coliques, du ballonnement du ventre, des épistaxis.
A l'entrée : ascite énorme avec réseau veineux.
La paracentèse ramène 14 litres de liquide citrin.
La malade meurt quelques heures après.
Pas d'analyse d'urines.

Autopsie :

Malade très amaigrie – Léger oedème des membres inférieurs. Phlyctènes desséchées, d'origine inconnue, sur le dos des pieds.

Thorax

A l'ouverture : pas de liquide, pas d'adhérences pleurales.

Poumon gauche : P. 450 cicatrice pleurale au sommet. Sclérose du lobe supérieur. Congestion intense du lobe inférieur (un morceau détaché ne plonge pas), avec quelques points, du volume d'une noix, plus foncés d'une coloration noirâtre.

Poumon droit : 860 — Lésions analogues. Cicatrice pleurale au sommet. Sclérose. Congestion du lobe inf. avec points plus foncés.

Cœur : P. 245. Rien au péricarde. Le ventricule gauche a des parois hypertrophiées, cependant le cœur ne paraît pas augmenté de volume. Rien aux orifices.

Aorte très souple, sans athérome

Abdomen :

Il reste plusieurs litres de liquide citrin dans le péritoine.
Adhérences sous hépatiques, englobant le foie.
Grand épiploon sclérosé et surchargé de graisse, malgré la maigreur du sujet. Il adhère à la paroi en plusieurs points, notamment au niveau du côlon descendant.
L'estomac est plutôt petit.

Foie : P : 1190 diminué de volume. Gris dur au toucher et à la coupe. Coloration jaune pâle. La surface est grenue, irrégulière, mais il ne s'agit pas de foie cloutée. Sur la coupe, les lobules se dessinent plus pâles, encerclés par la sclérose. Sur quelques points la coloration fait soupçonner la dégénérescence amyloïde
Pas de calculs dans la vésicule.

Rate : P : 300. Augmentée de volume. Les glomérules sont très saillants. On soupçonne également la nature amyloïde. Un petit point jaunâtre, caséeux, à la périphérie, du volume d'un pois.

Reins : P : 160 / 160 Paraissent absolument sains. La capsule se détache bien.

Oesophage, estomac : pas d'altération apparente

Rien aux organes génitaux

Corps thyroïde normal.

Examen histologique { foie / Rate } amyloïde ?. ces organes ne présentent pas de dégénérescence amyloïde.

237
22e Salle
27 Xbre 1900

Autopsie du 27/12 1900. 693
Ducler Louis âgé de ~~55~~ 53 ans
St Augustin N° 30.
Service de Mr Bouchet

Diagnostic clinique.

Alcoolisme
Tous les troubles remontaient à 2 mois ; début par point du côté droit
Entré il y a 15 jours ; on constate à la base droite une pleurésie hémorrhagique
Ictère terminal (dernier jour).

Résumé de l'autopsie

- Ictère
- Cirrhose atrophique (foie 800 gr) ; ascite, grossesse.
- Pleurésie hémorrhagique tuberculeuse de la base droite
- Quelques granulations grises disséminées sur le péritoine
- Cicatrices fibreuses au sommet droit

Le cadavre présente un ictère très accusé —
Œdème des jambes.
Embonpoint à peu près normalement conservé —

Cavité thoracique

Le poumon gauche 660 gr.
ne présente rien d'anormal, à part quelques

observées dans la région du sommet.
Un peu de congestion et d'œdème reportés assez uniformément dans les lobes supérieur et inférieur.

Poumon droit

Étant donné l'existence de la pleurésie et d'adhérences pleurales au dessus on entre le poumon et la plèvre pariétale

La pleurésie hémorrhagique :

siège : à la base du poumon droit, elle s'étend plus en arrière qu'en avant ; mais en avant elle s'étend jusqu'au péricarde par l'intermédiaire de cul de sac pleural péricardique

le liquide était peu abondant, franchement sanguinolent

la cavité est irrégulière ; elle est cloisonnée incomplètement par les fausses membranes blanchâtres tendues entre la plèvre pariétale et la viscérale comme une sorte de diaphragme — les fausses membranes sont blanchâtres, tomenteuses et semblent peu vasculaires —

les poumons et la cavité, plèvre pariétale, viscérale, diaphragmatique sont recouvert d'exsudats sanguinolents sont blanchâtres. mais il existe du le poumon en point où ~~l'inflam~~ l'inflammation est infiltré de sang, il est possible que l'hémorrhagie vienne de là.

les plèvres pariétale et viscérale, surtout la première sont notablement épaissies.

Par l'inspection attentive du fond de la cavité on reconnaît quelques tubercules rien qui permette d'affirmer la ~~ph~~ tuberculose.
Mais si au niveau de la limite supérieure de la cavité on détache l'un de l'autre le feuillet pariétal et viscéral de la plèvre, on met à découvert soit sur le feuillet pariétal, soit sur le feuillet viscéral une surface hémorrhagique semée de tubercules qui apparaissent alors très nettement sur fond rouge.
C'est donc une pleurésie hémorrh. tuberculeuse

Le Poumon

Au sommet clot de sclérose tuberculeuse de la grosseur d'une noisette

Au niveau du lobe moyen les 2 feuillets pleuraux sont adhérents épaissis et montrent dans leur épaisseur des tubercules nets.

Au lobe bas - a bl. bas

Cœur 310
rien d'anormal

Cavité abdominale

Ascite ; 3 à 6 litres de sérosité citrine.

Sur le péritoine pariétal et viscéral, fines granulations grises semi-transparentes assez espacées.

Foie. 845 gr.
présente l'aspect typique de la cirrhose de Laennec
surface granuleuse, dure avec clots lipotaxiques faisant saillie

A la coupe –

trabes fibreux de couleur grisâtre et presque translucide

îlots parenchymateux ovoïdes poreux, faisant saillie et de couleur jaune

Voies biliaires

La vésicule moyennement distendue est adhérente au colon par toute sa face inférieure

Les voies biliaires canal hép., cholédoq., canal pancréatique sont perméables; mais au niveau de l'épiploon gastro-hépatique il existe un épaississement du tissu cellulaire, des brides fibreuses assez marquées et c'est au niveau de ce tissu qu'on trouve le cholédoque

Reste. 510 g.

gros, et molles

A la coupe subst. diffluente

Reins. Dd 180

G. 180

normaux mais congestionnés

Rien d'anormal de l'œsophage, l'estomac ou le duodénum

Rien dans la vessie –

39

22e Leçon

27 Xbre 1900

Réflexions – Le malade est entré à l'H.D. avec les signes d'une pleurésie droite. Il a été ponctionné et le liquide retiré, constitué par une sérosité sanguinolente, a été considéré, comme se rapportant à une pleurésie tuberculeuse. Mais les autres lésions ont passé inaperçues. On a seulement constaté de l'ascite et de l'œdème des membres inférieurs pendant les derniers jours. Lésions du foie et même l'ictère n'ont pas attiré l'attention.

Il n'est pas douteux cependant que l'ictère pour rétention tient manifeste

sur les téguments et sur les organes, devraient être apparents pendant la vie. Si l'on en s'en est pas aperçu, cela ne peut tenir qu'à ce que un examen fait rapidement par un temps sombre ou sur à la lumière.

La cirrhose hépatique qui est certainement antérieure à la pleurésie, n'a pas été reconnue, probablement parce que les troubles occasionnés par la pleurésie étaient prédominants et assez prononcés pour masquer les autres troubles, l'ascite et l'œdème exagérés considérés comme des troubles ultérieurs consécutifs à la pleurésie.

C'est ainsi que l'on a eu l'occasion de rencontrer une cirrhose latente, même à un degré très prononcé comme dans ce cas. C'est pourquoi le foie doit toujours être particulièrement examiné à ce point de vue chez les alcooliques, surtout chez ceux qui peuvent être prédisposés à la tuberculose ou qui ont des manifestations de cette maladie, parmi ceux-ci les sujets particulièrement disposés à présenter une cirrhose hépatique.

La diminution nette du volume du foie est difficile à constater, en raison

Dans ce cas, le volume anormal du rate aurait probablement pu être constaté, s'il avait été recherché. Mais pour cela il fallait déjà avoir des soupçons sur l'état du foie, en raison de ce qu'il s'agissait d'un alcoolique probablement atteint de pleurésie tuberculeuse.

On a cru à la production de troubles circulatoires donnant lieu à un peu d'ascite et à de l'œdème des membres inférieurs, sous l'influence de la pleurésie qui s'aggravait au point de déterminer la mort du malade.

Or, une pleurésie aiguë ne

détermine jamais à elle seule de pareils phénomènes. On doit toujours, en pareilles circonstances, soupçonner l'existence d'autres lésions antérieures, concomitantes ou consécutives. Sous bénéfice, dans le cas de pleurésie tuberculeuse, il s'agit d'autres manifestations de nature et plutôt de la généralisation sous la forme granulique.

C'est précisément ce qui a été constaté sur le péritoine qui présentait de très fines granulations miliaires demi-transparentes sur des dilatations vasculaires, mais sans adhérences filiformes appréciables, c.à.d. avec le maximum d'intégrité

Déjà récemment nous avons vu une péritonite tuberculeuse à forme ascitique encore plus occulte que celle-ci, passée inaperçue ; il n'est donc pas étonnant qu'il en ait été de même dans le cas, où le peu de troubles locaux occasionnés par cette affection a dû dans bien. C'est l'aggravation rapide de l'état du malade atteint d'une pleurésie tuberculeuse qui a pu faire soupçonner la généralisation au péritoine.

On sait d'ailleurs que la pleurésie tuberculeuse engendre presque une péricardite ou une péritonite de même nature, et qu'il faut toujours songer à ces affections dans l'examen du malade.

cette dernière affection peut être produite tout simplement par l'extension de l'inflammation de la séreuse pleurale à celle du péritoine, comme on la constate si souvent localement au voisinage du diaphragme.

Mais, dans ce cas, les phénomènes infl. sont si peu accusés, et les tubercules ont si bien poursuivi la même constitution d'une véritable éruption granulique, qu'on peut plutôt penser à leur production par suite d'une infection générale, qui aurait même compte aussi de l'aggravation rapide survenue dans l'état du malade.

La cirrhose hépatique n'est peut-être pas moins étrangère à la localisation de la tuberculose sur le péritoine, que à la péritonite tuberculeuse ascitique, sur laquelle elle a une prédisposition à la production d'une péritonite ascitique avec cette affection hépatique, et dont la nature a été fixée par l'infection tuberculeuse sous l'influence de laquelle le malade se trouvait. L'œdème des membres inférieurs survient en un temps ou quelques jours, comme il arrive avec la cirrhose, contribue à rendre probable cette interprétation.

L'œdème doit provenir, soit des agents infectieux qui font sentir leur action sur les vaisseaux périphériques des parties déclives, soit de l'affaiblissement de l'action du cœur pour le point de l'état cachectique en vue ou de l'action de ces agents sur les vaisseaux de la circulation sur le sympathique, peut-être à la fois de ces actions simultanées des agents morbifs. Mais ce sont des phénomènes encore très mal connus et qui doivent être l'objet de nouvelles recherches. En tout cas la production de lésions tuberculeuses comme dans ce cas, semble bien prouver que il y a autre chose qu'un simple trouble circulatoire tenant à la cirrhose ou à un affaiblissement général pour expliquer l'œdème

outre, il est probable que tous les troubles dits inflammatoires ~~[illegible]~~ spontanément, quelle que soit leur nature, à leur localisation, doivent reconnaître le même mécanisme immédiat de production. C'est ainsi que les reins sont si souvent affectés à la période ultime des maladies, non de lésions inflammatoires, alors que se produisent simultanément des œdèmes ~~[illegible]~~ lesquels attestent aussi à des lésions périphériques équivalentes.

On peut se demander pourquoi la pleurésie tuberculeuse qui est bien, sérieuse ou séro-fibrineuse a été, dans ces lésions négligée.

Il est d'abord à remarquer que ~~la présence~~ de sang dans le liquide épandu coïncide toujours avec la production d'un exudat fibrineux abondant s'organisant en néomembranes ou de nouveaux vaisseaux nombreux et volumineux qui sont très friables et laissent facilement écouler du sang lorsqu'il infiltre les exudats et se mêle au liquide contenu dans la cavité pleurale, cloisonnée en divers cavités isolées ou communiquantes.

Il y a aussi beaucoup de tubercules. On ne peut pas attribuer à cela la production ~~Il s'agit en tout~~ de ~~exudat~~ ~~production~~ fibrineux abondant, parce que les tubercules sont surtout ~~prédominants~~ là où ils se trouvent entre les plèvres accolées où il y a le moins de néomembranes et que ces dernières sont au contraire très abondantes dans la cavité [illegible]

les deux plèvres et où les tubercules paraissent être le moins manifestes. Il y a, en dehors une production intermédiaire d'exudats — dans un temps de formation tuberculeux, qui doit être en rapport avec un accroissement des phénomènes circulatoires dus, soit à une action exagérée du cœur, soit à un obstacle à la circulation veineuse.

Lorsque ne présentant pas d'hypertrophie notable, mais tous les organes étant plus ou moins congestionnés, il est vraisemblable que c'est à cette circonstance qu'on peut rapporter les phénomènes inflammatoires intérieurs et hémorrhagiques de la plèvre, et que la cirrhose hépatique doit en être considérée comme la cause probable.

Il est vrai qu'il reste un point inconnu : c'est la cause de production de la pleurésie tuberculeuse et de conditions dans lesquelles l'infection et sa localisation se sont produites. Il en est ainsi, du reste, pour la plupart des pleurésies tuberculeuses. Il n'existe que des hypothèses sur le mode de pénétration des bacilles au niveau des plèvres et le mécanisme de production des phénomènes inflammatoires. En tout cas nous n'avons trouvé aucun foyer ancien de tuberculose.

Nous avons seulement constaté au sommet du poumon droit des productions scléreuses noires anciennes qui devaient vraisemblablement se rapporter à des lésions tuberculeuses antérieures guéries. C'est pourquoi

le malade était particulièrement disposé à contracter une cirrhose hépatique sous l'influence de l'éthylisme qui semble toujours n'agir que sur des sujets ayant des processus infectieux du côté du foie, de nature diverse, mais surtout de nature tuberculeuse avec ou sans tuberculose.

L'examen histologique permettra de rendre compte s'il y avait ou non des tubercules dans le foie. En tout cas on n'en apercevait pas à l'œil nu. On constatait seulement une sclérose intense sous l'aspect d'un tissu spécifique dans un sein duquel faisaient saillie des nodules

d'intestins hépatiques teints en jaune doré par suite de la rétention biliaire.

En raison de cette rétention de la bile, les voies biliaires ont été examinées avec soin.

Et d'abord on a trouvé la vésicule biliaire volumineuse, distendue par une bile noirâtre, qui était adhérente sur toute son étendue au colon transverse. Le gd épiploon adhérait aussi à la face inférieure du foie. Enfin les voies biliaires se trouvaient au sein d'un tissu cellulo-adipeux qui, au lieu d'être lâche, était avec consistance plus ou moins dense, entrecoupé

les canaux biliaires étaient
une partie vides par des
adhérences présentant plus ou
moins minces et étant la
preuve manifeste de phénomènes
inflammatoires localisés à ce
niveau, probablement en rapport
avec l'inflammation du foie depuis
un temps plus ou moins éloigné.

L'intestin étant ouvert et les
veines biliaires étant encore intactes,
on a pu voir la bile sourdre au
niveau de l'ampoule de Vater sous
l'influence d'une pression exercée
sur la vésicule et les veines biliaires;
ce qui démontrait l'absence d'obstacle
absolu à l'écoulement de la bile sur le
trajet des canaux, ce qui a été depuis

confirmé par l'ouverture du canal cholédoque permettant le passage d'une sonde pénétrant avec un peu de difficulté du côté de l'ampoule et avec beaucoup de facilité du côté du canal hépatique complètement libre. La pression sur la vésicule faisait sourdre facilement la bile à l'extrémité du canal cystique.

Quand bien même on n'a pas trouvé d'obstacle bien manifeste à l'écoulement de la bile, il y a lieu d'admettre cependant que la rétention biliaire doit être attribuée à l'inf. du péritoine adventice conjonctif lorsque au voisinage des vaisseaux biliaires; car l'on sait ~~d'ailleurs~~ par que la cirrhose ne produit pas habituellement cette rétention qui doit toujours être considérée

à quelque autre circonstance, et d'autre part que les infl. se produisant à la périphérie des canaux musculo-membraneux, ont bien vite atteint les muscles et même toute l'épaisseur de la paroi pour peu qu'elle soit intense. Il en résulte un certain degré de paralysie qui, à un moment donné, peut être la cause du phénomène de rétention.

On peut objecter, d'ailleurs, que cette infl. paralysante existe dès l'ictère étant réduit. Mais on peut pourtant admettre que la paralysie du cholédoque a été en augmentant jusqu'au point de produire la rétention et plutôt lorsque les phénomènes généraux d'affaiblissement tendent à s'ajouter à l'affaiblissement local

281

Autopsie de 2 Esperis - 1901
Rivoire Marie âgée de 50 ans.
Table de l'femme 1096
Service de Mr Rogue

743

—

Renseignements cliniques

Alcoolisme
Grossesse - ascite - (evolution rapide 3 mois).
Mort avec des symptômes cérébraux

Résumé de l'autopsie

— Cirrhose du foie non atrophique (1980).
Gros rate 340.
— Athérome aortique léger
— Tuberculose pulm. cicatricielle d'un sommet.

—

On n'examine pas à l'ouverture du cadavre on se contente le vicier.

Cavité abdominale

Foie - 1950.
est un peu plus gros que normalement et
aussi plus dense, plus lourd ~~[illegible]~~ granulation régulière
de plus en plus aux augmentation de volume
aspect dont manifeste ; les parties saillantes
sont plus blanchâtres, quelques unes même
jaunâtres, tandis que le fond est rouge.
Au coupe cirrhose cirrhose très scléreuse
bombée, traits fibreux épais assez —

criant le ilot de Lucht Lipotrique.
Les bandes fibreuses ne sont pas constituées,
en tissu blanc et rose ; pas trace
en tissu d'apparence un peu graisseux,
translucide et un peu vascularisé.

Rat - 360.
aucune ferme.

Reins - dr. 215
g. 180.
apparence normale
capsule se décortique très

~~Cœur~~ Intestin
non retracté

Cavité thoracique

Poumons. dr. 720.
g. 550.
Un des poumons présente au sommet
un nodule tuberculeux très angulaire avec
cicatrices à la périphérie.

Cœur. 600.
est un peu hypertrophié ;
un peu de surcharge adipeuse

Athérome aortique
anguleuse au dessus de l'orifice
valvule un peu épaissie, à la couleur de l'
et sur la coronaire antérieure à 2 cent. de son orifice.

743

Rivoire Francoise 50 ans . . menagère
Entrée 2e femmes (Mi Kogue) le 16 Janv. 1901

Diag. clinique. - Gros Foie. Ascite
Autopsie - Cirrhose - hepatique -

A. H. Pere morts 52 ans
Mere 48 ans } refroidissement

A P Enfance chetive.
A 12 ans ~~regles~~ regulierement jusqu'à 46 ans.
Menopause difficile - hemorrhagies
on lui dit a la Charité qu'elle a 1 fibrome
Plus d'Hemorrhagie depuis 46 ans.
Mariée pas d'enfant. 1 fausse couche a 3 mois
sur peu et hygienique.
Il y a 3 ans Troubles gastriques qui persistent
Depuis 5 a 6 ans un peu d'oedeme des jambes
quand elle est fatiguée.
Il y a 1 an elle fait 1 chute à laquelle elle attribue
son affection. - Depuis elle souffre du
Ventre qui a grossi peu a peu
Depuis 1 mois oedeme des jambes qui est enorme
maintenant
Pas de signes de brightisme
Veines subcutanées des conjonctives
26/1 Etat s'aggrave Ascite et oedeme augmentent
28/1 Urines font disque d'albumine par acide acetique
mais rien par la chaleur - pas d'albumine
Ponction de 5 litres = liquide jaune verdatre
Foie debordé fausses cotes de 3 travers de doigt,
sensible - pas de glycosurie. pas urobilinie
21/2 Malade meurt sans nouveaux symptomes

Leger souffle diastolique au foyer aortique

76
2e Leçon (suite)
18 février 1905

Autopsie du 17 février 1905

Gros foie sclérieux (sclérose diffuse)

Femme de 32 ans. Service de M. Lépine

Renseignements cliniques

Alcoolique.

Dans un premier séjour (novembre 1904) elle se plaignait surtout de douleurs dans les membres inférieurs, douleurs que l'on attribua à de la névrite. On constatait en outre un gros foie, une grosse rate, un peu d'ascite. Pas d'albumine.

En janvier 1905 l'ascite a augmenté : circulation collatérale nette, subictère. Ponctions de 6 litres 500 le 1er février. Depuis cette époque température oscillant de 37.5 à 38.5, délire fréquent. Eschares.

Autopsie

Abdomen

Ascite abondante avec traces d'inflammation chronique : feuillets épaissis et partout blanchâtres. Dans

le liquide ascitique nombreux flocons fibrineux.

Pas d'adhérences viscérales ; le grand épiploon est épaissi et rétracté contre le colon sauf en un point où il s'étire jusqu'à l'anneau ~~inguinal~~ crural droit au niveau duquel il est adhérent. Cet anneau n'est pas dilaté mais la pression du doigt le distend de manière sensible. Le cæcum est replié complètement contre la ~~première~~ portion droite du colon transverse, et un peu en arrière d'elle, et fixé dans cette position haute.

Foie volumineux 1820 gr., à bords peu émoussés ; surface très légèrement chagrinée, lisse, sans adhérence, décolorée. A la coupe il est dure : la surface de section est jaunâtre clair, homogène.

Vésicule grosse, à parois un peu épaissies, sans adhérences

Reins 150 et 135 gr. Capsule légèrement adhérente aux surfaces très finement granuleuses.

Rate 155 gr.

Thorax

Epanchement légers des deux côtés. Rien autre aux poumons qu'un peu d'atélectasie des deux bases.

Cœur extrêmement petit sans lésions (170 gr.)

478

aucune lésion macroscopique de la moelle ni de l'encéphale.

—

Secon (suite)
nov. 1907

1170

- Autopsie faite par le service de M. Courmont le 22 novembre 1907.

Adénome du foie avec cirrhose.

Homme de 43 ans. Mort avec de l'ictère grave. Ancien colonial ayant eu la dysenterie, et présentant actuellement une diarrhée persistante. On pense à un abcès du foie, et le malade meurt la veille du jour où il devait être opéré.

Autopsie.

Rate un peu grosse 220.

Foie : 3 kg. 800. Énorme. Apparaît couvert de saillies mamelonnées, irrégulières de volume variable (pois, noisette).

à la coupe, entre les travées de sclérose on voit des saillies du parenchyme qui sont rosées et brunâtres sur certains points, mais

qui, sur d'autres, présentent une coloration jaune d'or très accentuée, et sont formés de tissu ramolli.

Examen histologique : Service des hôpitaux

Cet examen montre un foie rempli de travées relévées de volume variable et plus ou moins irrégulières, entre lesquelles on voit des amas cellulaires qui, en certains points, offrent encore l'aspect trabéculaire, tandis qu'en d'autres points les cellules se en amas irréguliers nétatypiques, indiquant, par conséquent, la nature maligne du néoplasme.

À remarquer le volume peu augmenté de la rate malgré la cirrhose, en raison sans doute de la cachexie du néoplasme.

Ce n'est pas le néoplasme qui occasionne la cirrhose, parce que le néoplasme peut être dû à des altérations infl. locales, mais généralisée à tout l'organe.

Il y a, au contraire, toutes probabilités pour que le néoplasme ait développé chez un cirrhotique, comme presque toute la colonie, ~~et~~ plutôt à l'occasion de la production d'une cirrhose et que le processus cirrhotique généralisé à tout le foie ~~ait~~ contribué à engendrer le processus néoplasique généralisé de la même manière, et se manifestant alors par ces productions cellulaires typiques et atypiques, sous la forme de nodules nombreux qui offrent la coloration rouge jaunâtre d'abord, puis jaune d'or, tout à fait caractéristique de cette lésion.

Les renseignements manquent donc alors pour savoir quelle a été la durée de cette maladie ; mais d'après un fait que nous avons précédemment observé, nous savons qu'elle peut être de plus d'un an et peut être de deux, contrairement à ce qu'on avait ~~pensé~~ les autres néoplasmes du foie qui évoluent en 2 ou 3 mois ou 2 ou 3 ans.

Dans le cas auquel nous faisons allu
on avait fait une laparotomie po
chercher si une intervention opératoire
pourrait être utile (le diagnostic étant rest
incertain chez un homme présentant déjà de l'anasar
et en constatant la lésion du foie, on s'était
seulement contenté de ponctionner l'abdomen
or, le malade avait désenflé et s'était
ensuite trouvé assez bien pour reprendre
occupations. Ce n'est qu'un an après cette
intervention qu'il est venu mourir à l'H
avec les mêmes lésions du foie précédemment
décrites et augmentées.

Dans le dernier cas, on allait ou
intervenir en pensant naturellement
à la possibilité d'un abcès hépatique chez un
homme ayant eu précédemment de la dysenterie aux colonies. Seulement il
était beaucoup plus grave, parce que la maladie
plus avancée et qu'il était survenu un ictère
puis l'ombre d'un ictère grave.

6me Secon (suite)
8 nov. 1899

Tuberculose pulmonaire,
cirrhose du foie avec ascite,
pas pour une péritonite tuberculeuse
à forme ascitique.

avec de Raisinnes dans les crachats pulm. ?

H. Gouez, s. de M. Séjourné, entré déjà dans le service il y a deux ans pour sa tuberculose pulmonaire, a présenté cette dernière fois de l'ascite que l'on a attribuée à une péritonite tuberculeuse et que l'on a ponctionnée.

Autopsie le 18 nov. 1899. Les poumons sont assez volumineux, surtout le poumon droit.

Le sommet du poumon gauche est cependant notablement dépressif et le siège manifeste d'une grande cavern. après l'incision on voit que celle-ci occupe tout le sommet de la partie post. du

lobe supérieur, ayant des parois rouges irrégulières présentant quelques petites taches blanchâtres du volume d'un petit pois, ressemblant à des vésicules de Rasmussen dont nous allons examiner au point de vue histologique.

Il existe encore une petite caverne à la partie post. sup. du lobe inférieur, qui n'est séparée de la précédente que par des plèvres interlobaires épaissies, mais perforées, de telle sorte que cette caverne communique avec lui et avec la grande caverne supérieure. Cette petite caverne a offert des parois irrégulières avec des portions blanchâtres ~~[illegible]~~ de sang, car à l'ouverture, elle contenait un caillot noirâtre qui la remplissait, le malade ayant eu plusieurs hémoptysies dont une immédiatement avant sa mort.

En outre du lobe inf. et congestionné et hérissé de fins granulations rénitentes disséminés en assez grande abondance.

Le poumon droit congestionné présente seulement de fins granulations semblables aux précédentes répandues dans le lobe moyen seulement.

Les parties superficielles des deux poumons surtout du poumon droit sont emphysémateuses.

Multiples adhérences pleurales surtout plèvres du poumon droit surtout gauche qui était la seule région vraiment altérée.

Cœur dilaté et volumineux, sans altération manifeste, pesant 2 kilog.

L'abdomen renferme beaucoup de liquide sérieux louche au milieu duquel ~~nagent~~ les anses intestinales non adhérentes

et d'apparence normale. Cependant on voit sur la muqueuse une teinte blanchâtre irrégulière et sur un point une véritable tache nacrée étoilée, indice de lésions péritonéales infl. chroniques dont le point de départ est évident le foie atteint de cirrhose.

cet organe est diminué de volume dans son ensemble de consistance, de coloration mais présente en quelques endroits de nombreuses taches blanchâtres ou jaunâtres légèrement saillantes. Ces granulations jaunâtres formées de plusieurs colonies agglomérées et mêlées dans des mêmes filaments apparaissent encore bien mieux sur les coupes où elles sont plus nombreuses et avec prédominance sur le lobe gauche.

La capsule de Glisson est épaissie, adhérente par points au diaphragme et aux viscères intestinaux.

Poids du foie 1300 gr. Diamètres d'apparence normale (15 cm), mais 2 cm cette dernière et la capsule épaissie dans la 2e partie d'aspect cirrhotique.

Réflexions. Le diagnostic entre la cirrhose hépatique avec ascite et la péritonite tuberculeuse ascitique coïncidant avec un tuberculose pulmonaire peut être très difficile dans certains cas exceptionnels où l'on ne peut se rendre compte exactement du volume du foie et de la rate, où les dilatations veineuses superficielles font défaut, où l'on ne peut pas apprécier la situation des anses intestinales, en raison de la quantité du liquide ascitique. Mais cela a lieu plutôt chez des sujets jeunes ou chez des femmes. En effet si la péritonite ascitique n'est pas très rare chez les adolescents, elle devient de plus en plus exceptionnelle à mesure que les sujets avancent en âge; tandis que la cirrhose hépatique tout à fait exceptionnelle chez les jeunes gens est très fréquemment rencontrée dans l'âge adulte. C'est ainsi que dans ce cas le diagnostic de cirrhose offrait toute probabilité

puisqu'il s'agissait d'un homme de Gravas qui, l'avoua-t-il ou non, avait l'habitude des boissons alcooliques. En effet, si ~~des phénomènes~~ ils peuvent être constatés dans le foie à la suite de la plupart des maladies infectieuses, ce n'est que à la suite de l'usage habituel de l'alcool que on observe la cirrhose de Gréenne avec tout son cortège symptomatique. Mais il n'est nullement nécessaire d'usage d'alcool pour déterminer celui-ci, ~~notamment~~ chez les enfants des femmes et d'une manière générale chez les sujets ~~surpris~~ dépendant d'une maladie infectieuse et particulièrement de la tuberculose qui de toutes les maladies y prédisposent le plus.

Rien n'est fréquent, en effet, comme d'observer la cirrhose hépatique chez des malades atteints de tuberculose ancienne ou ~~guérie~~ ou non, seulement chez des sujets ayant des antécédents héréditaires de tuberculose.

Les granulations tuberculeuses observées sur le foie doivent être attribuées à ceux les lobules hépatiques isolés ou agglomérés, amenés par les branches biliaires, ont des cellules remplies de gouttelettes graisseuses qui augmentent leur volume et ~~augmentent~~ font saillir les dimensions du lobule, les rendent saillants à la surface de l'organe et surtout sur les coupes.

Je remarquerai aussi la lésion de péritonite chr. ancienne qui existait dans tout cirrhose hépatique non ascite, s'accompagnant parfois de pleurésie sèche ou avec, notamment à la suite de pneumonie, probablement dans des mêmes conditions, chez quelques uns, d'abcès du mediastin.

3e Leçon (suite)
11 nov. 1905

Autopsie du 10 novembre 1905 1002

Cirrhose avec disparition très marquée de l'élément glandulaire
Péritonite chronique

Femme de 61 ans. Service de M. Monisset

Entrée dans le service avec des signes classiques de cirrhose alcoolique. Ascite plusieurs fois ponctionnée. Oedème des membres inférieurs et de l'abdomen.

Autopsie

abdomen

Péritonite chronique très marquée; tout le péritoine est blanc, lavé; la masse de l'intestin grêle est agglomérée en un paquet par des adhérences lamelleuses anciennes. Capsule du foie épaissie, blanchâtre. Périsplénite.

Beaucoup de liquide citrin tenant en suspension quelques amas fibrineux. Il existe de même quelques exsudats fibrineux ~~en~~ plaques, déposés sur les parois.

Foie 1300 g.; surface peu déformée et lisse, non granuleux. A la coupe dureté considérable; la surface de section montre un fond de tissu sclérux jaune gris sur lequel se détachent en points jaunes les débris de parenchyme

glandulaire assez disséminés

Rate grosse, très ferme, surcharge de travées fibreuses fines. 390 g.

Reins plutôt gros sans lésions appréciables. 140 et 150 g.

Thorax

Poumons 760 (dr.) et 420 g.

Coeur 330 g.

8e Leçon (suite)
11 nov. 1909

Cirrhose hépatique
avec péritonite chronique

F. à 61 ans, 2. de la Monnaie.
Cirrhose à forme éthylique.
Ascite ponctionnée plusieurs fois.
Ascite jusqu'à la 10 nov. 1909.

Cirrhose intense ayant transformé le foie en une substance d'aspect fibreux, très dure et atrophiée où l'on ne s'aperçoit que des petits reliefs jaunâtres correspondant à la substance glandulaire nécrosée.

C'est la forme la plus grave et qui ne peut pas même être améliorée en raison de l'intensité de la sclérose et de la destruction de la plus grande partie du tissu glandulaire. – Hypertrophie cardiaque élevée.

Péritonite chronique très prononcée dans ce cas, mais qui est la règle, quand elle existe pas habituellement aussi marquée.

9
28e Secre (suite)
18 février 1905

Autopsie du 18 février 1905

988

Foie cloqué assez volumineux avec ictère.

Femme de 37 ans. Service de M. Pic

Alcoolisme manifeste.

Jaunisse dite émotive vers l'âge de 18 ans. Une autre jaunisse il y a 1 an. La première aurait duré 6 semaines, la dernière 1 mois environ.

Une autre il y a 7 ans elle fut soignée à l'Hopital pour des vomissements de sang assez abondants. Depuis cette époque elle a assez fréquemment des vomissements alimentaires ou glaireux et même quelquefois hémorragique ; quelques épistaxis.

Ictère réapparu depuis 6-7 semaines, de plus en plus prononcé, puis presque depuis cet époque œdème des m. inférieurs et augmentation de volume du ventre.

La malade entra à l'hôpital dans un état subcomateux et succomba dans le coma 2 jours après. Ascite. Pas de circul. collatérale. Foie impossible à percevoir sous les fausses côtes à cause de l'ascite. La matité remonte en haut jusqu'au 5e espace.

Pas d'albumine ni de sucre dans les urines. Réaction de Gmelin.

A l'autopsie on trouva un liquide ascitique abondant ; le foie était augmenté de volume, les bords mousses, arrondis. Pas d'adhérence. A la surface granulations assez nombreuses et régulières assez teinte vert assez sombre. La capsule montre un tissu dur, avec le même aspect que la surface : gros granulations régulières encercles de bands fibreux annulaires très abondantes. Teinte icterique marquée. Pas de calculs dans la vésicule ni d'obstruction des vois biliaires.

Rien de bien remarquable aux autres organes sauf le volume un peu augmenté des reins et assez considérable de la rate. Coeur petit.

Poids des organes :

foie	1670
Reins	160 et 150
Rate	300
Coeur	280
Poumons :	700 et 500

Cirrhose hépatique

chez un enfant de 13 ans un hypertrophie considérable de la rate.

Frerichs — de 10 à 20 ans — 1
— 20 à 30 — — 2
— 30 à 40 — 12
— 40 à 70 — 20
F. 80 ans — 1

Chauffard — Förster — H — 24 — F. 7
de 1 à 20 ans — 1 — de 30 à 40 ans 4
de 40 à 50 ans — 10 — de 50 à 60 — 6
de 60 à 70 ans — 4 — de 70 à 80 — 1

~~Cas de Barlow à foie volumineux chez un bébé âgé de 6 mois, 2 cuillerées à bouche de lait par jour, il mourut à 18 mois cirrhotique (Chauffard)~~

~~Cas de Barlow à foie volumineux chez un bébé âgé de 40 à 60 ans, on trouvait des lésions de cirrhose, 6 mois 2 cuillerées à bouche de lait par jour, à 3 mois un petite cuillerée à jour ; il mourut à 18 mois cirrhotique (Chauffard)~~

~~Les cirrhose infantile n'est dit-on pas très rare~~ - mais cela n'est vrai qu'en y faisant rentrer les cirrhoses des infections aiguës (Lamy, thèse, Paris 1886) sur 91 cas de cirrhose infantile attribuées à l'alcool et à l'alcool. Belrad (M. de Lyon 1886) sur 65 cas de cirrhose infantile recueillis par l'alcool Hervé d'où 16 pour 100 de C. alcoolique ; la syphilis et la tuberculose y figurent 11 p. 100. En outre les cas relevant de la péritonite chronique, de la diathèse fibroïde et surtout des infections aiguës (fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine) ou pendant des intoxications pétrolifères (Chauffard, trait. de Lenoir 1892)

D'après nos obs., la cirrhose s'observe principalement de 40 à 60 ans. Les cas observés au dessous sont assez rares, mais observés au dessus le sont moins.

Nous n'entendons parler ici que de la cirrhose alcoolique, comportant vraisemblablement certaines lésions et conditions de la cirrhose de Laennec dont on fait facilement le diagnostic à l'œil nu.

Si l'on faisait rentrer dans ~~statistique~~ toutes les cirrhoses au plus léger degré qu'on ne peut constater au cadavre qu'au microscope, on trouverait peut-être probablement que ce sont les gens qui sont le plus souvent affectés. Chez le foie est plus facilement affecté que chez les autres vaisseaux.

Aussi chez eux l'alcool produira-t-il vite des modifications cirrhotiques.

Il faut ~~attendre~~ attacher considération aux gens âgés et aux femmes et peut-être aux personnes lymphatiques, d'un faible constitution.

Ce qui il y a de certain c'est que le mode de la cirrhose n'est pas en rapport avec la quantité de liquide ingéré et dépend plutôt des conditions individuelles.

Cirrhose (suite)
chez un enfant de 13 ans avec hypertrophie considérable du foie

La rate d'après M. Chauffard pesait 2 500 à 2 600 gr
or bien qu'il soit en général de l'hypertrophie
du foie le poids 2 500 à 2 600 gr rentre déjà dans
le cas de 1 200 tout à fait exceptionnel.

Gerhardt dit que les auteurs avaient déjà
remarqué l'augmentation de volume du foie
dans les maladies du foie.

Wright, Smith, Oppolzer et Baumberger
les regardent comme un phénomène accompagnant
presque immédiatement la cirrhose, Hanot pas
nécessaire, ils n'ont que la constater habituellement.
Oppolzer compte seulement 4 sur 26 et Baumberger
2 sur 34 où la tuméfaction du foie fait défaut.
Ce dernier auteur pense que le gonflement est plus
marqué dans les cas seulement où il existe des
obstacles mécaniques, le maximum correspond
à un épaississement de la capsule.

Gerhardt sur 36 cas a trouvé le foie
1 8 fois plus gros que d'habitude.

Les auteurs ne disent pas si il s'agit de
faits constatés au lit du malade ou à
l'autopsie ce qui peut leur changer le
résultat des statistiques, l'hypertrophie pouvant
leur échapper à l'examen du malade pendant la

D'une manière générale on trouve la rate plus ou moins augmentée de volume dans la plupart des cas. Elle n'est pas augmentée ou est diminuée (chez les cachectiques, les vieillards) mais l'avons trouvée chez une femme polycythémique et chez un homme atteint d'anémie pernicieuse.

Par contre elle a plus de tendance à augmenter de volume chez les femmes plus jeunes pour conséquent chez les enfants dont le tissu lymphoïde a beaucoup de tendance à augmenter de volume.

On sait que chez eux la rate prend proportions souvent considérables non seulement l'impaludisme, mais dans beaucoup circonstances où se produit une infection cause connue ou inconnue (adénie splénomégalie dite essentielle). Il est pas rare que rate atteint de volume considérable dans la cirrhose ou peut en erreur pour le diagnostic.

Dernière fonction de la rate avons rate aussi sous la dépendance d'une cirrhose.

Conclusion. Dans les cas de grosse rate (rate toujours) elle n'existe pas de cirrhose à défaut comme d'infection.

Cirrhoses pigmentaires

Cirrhose hépatique pigmentaire

F. 49 ans, s. de M. Lépine.

autopsie le 8 février 1896

Oedème des membres inférieurs avec une dizaine de litres de sérosité dans la cavité abdominale. Ascite ~~[illegible]~~ nécessitant de ponctionner 1 fois d'un infl. chr.

Foie ~~[illegible]~~ considérablement de volume, de coloration jaune roussâtre à surface irrégulièrement granuleuse, présentant ~~[illegible]~~ une induration ligneuse, avec épaississement de la capsule.

Sur les coupes tissu de même coloration roussâtre très sclérosé.

Les lésions portent sur toutes les portions de l'organe qui est ~~[illegible]~~ rétracté. Il ne pèse que 730 gr. malgré son augmentation de densité.

Il ne présente pas la moindre tr
de pigment noir. Le son aspect est
vrai bien que celui des coupes forme
un contraste frappant avec l'asp
du foie cirrhotique pigmentaire
présenté en même temps pour la
leçon du 8 février.

Rate augmentée de volume 2

Les reins sont plutôt un peu
diminués de volume. Leur substa
est rouge blanchâtre, un peu mat
et la capsule épaissie adhère
en certains points de la surface
sont comme écorchés lorsqu'on sub
la capsule. Chacun rein pèse
160 gr.

Cœur petit rouge lésion appréciable

Rien de particulier du côté des pou
on pourra intellectaires par duliquides rouge
dans les plèvres.

Dans l'estomac liquide noirâtre une suffusion rouge
sous la plus grande étendue du muqueuse de l'estomac

Chauffard — Cirrhose pigmentaire du Diabète

« Hanot et Chauffard avaient admis que, sous l'influence combinée de l'hyperglycémie, de sa lésion préalable déterminante, et de l'insuffisance circulatoire, créée par l'endartérite diabétique, la cellule hépatique subissait un trouble évolutif dans sa fonction chromatogénique, et devenait le siège d'une hypergénèse pigmentaire. C'était dans le foie, d'après ces auteurs, que naissait le pigment pathologique; c'était du foie qu'il partait pour diffuser par voie endocrinique, dans l'organisme entier. »

objection de Letulle « L'hypergénèse pigmentaire, c.à.d. la fonction chromatogène exagérée de la cellule hépatique est bien difficile à admettre, puisque la cellule semble s'atrophier et mourir en même temps qu'elle s'encombre de pigments : dégénérescence, regression pigmentaire, si l'on veut, mais non hypergénèse. »

M. Chauffard convient qu'il est mieux vaut dire dyscrasie pigmentaire.

Dieon d'après Letulle : si le pigment pat
se forme dans le foie, ce n'est pas
tout que lésion spécifique des organe
c'est au même titre que dans la cel
ou dans d'autres tissus, en tout qu
dégénérescence pigmentaire et l'hémog
Sous l'influence primordiale de l'hy
l'hémoglobine subit, dans tous ses
de production ou d'immunisation
cette évolution anormale vers le pig
mon, le foie ne se pigmentant
lui-même que pour son compt
mais ne méritant pas le rôle
prépondérant qu'on lui assignait
théorie de Hanot et Chauffard.

D'autre part, le pigment, dieu
Brault et Gallavardin « n'apparaît pas
comme un produit fabriqué par la cellule
hépatique, mais comme une substance
s'y trouve déposée et retenue ... Le pigm
sanguin fourni quotidiennement à la cellule hépatiq

et altéré, et ne peut être utilisé par elle, la transformation en chromogène bilifère ne s'effectue pas et il y a rétention du produit. »

« Mais alors, ajoute M. Chauffard, où se fait cette transformation de l'hémoglobine en pigment noir, si ce n'est pas la cellule hépatique qui l'effectue ? dans le sang circulant ? c'est justement ce qui reste entièrement à démontrer. Il est pour le moment que pure hypothèse, peu vraisemblable même, puisque la mélanodermie fait souvent défaut, alors qu'elle devrait être la conséquence obligée de la mélanémie. »

Pour ce Monsieur « les granulations pigmentaires dont l'ensemble constitue les blocs bruns ou noirs se procèdent sans doute par d'une dyscrasie de la cellule hépatique, mais qu'elle se forme dans les vaisseaux aux dépens de l'hémoglobine altérée ou dissoute. Nous sommes ainsi conduits à admettre la formation de dépôts primitifs de ce pigment pathologique dans tous les points de l'économie où l'hémoglobine dissoute peut se trouver extravasée (Kiern), mais principalement dans les viscères considérés comme les foyers de production, d'emmagasinement ou de transformation de l'hémoglobine (sang, foie, muscles, etc) »

le Thorax incline à penser que « dans ces diabètes la coexistence de la mélanémie et de l'hypertrophie contribuent pour une large part à la production de cette cirrhose, qui pourrait être souvent appelée cirrhose du bronze ».

Mr Pain

Mr Brault et Guillard disent : « nous pensons que la cirrhose est primitive et que la dégénérescence pigmentaire est secondaire. La pigmentation du foie est sous la dépendance de la cirrhose sans laquelle cette dégénérescence n'existerait pas. »

Composition ferrugineuse du pigment constatée par Mrs Gilbert, Gonzalez Hernandez, Sieur Marie, Lapicque.

Le fer ne peut provenir que de l'hémoglobine. Sous l'influence d'une altération spéciale de la substance, il se dépose dans les organes.

Théorie pathologique : « Dissolution de l'hémoglobine du sang sous l'influence d'une cause quelconque, transformation de l'hémoglobine en granulations pigmentaires par action particulière du protoplasma cellulaire des organes (particulière à chaque cellule hépatique et pour la cellule rénale cadre). Élimination ou agrégation, accumulation du pigment dans les organes par irritation et atrophie consécutive des cellules ; élimination supplémentaire du pigment par la voie d'où à la fois, irritation de ces voies lymphatiques et de la sclérose du tissu conjonctif interstitiel et surcharge pigmentaire des ganglions. »

6me Leçon (suite) Cirrhose hypertrophique granulaire latente
16 nov. 1895 chez un goutteux

H. âgé de 63 ans, ~~[illegible]~~ Divon.
Cet homme est mort après avoir seulement présenté les signes d'un goutteux pulm. comm. on savait seulement qu'il avait fait abus des boissons alcooliques. Gros foie, non douloureux. Pas de circulation veineuse complémentaire entre parois et paroi d'ascite.
autopsie le 16 nov. 1895.

Dans les poumons convexes
à prédominance à gauche
à chaque sommet et nombreux
lésions tuberculo-caséeuses récentes dans le poumon droit.
Signes d'ancienne tuberculose sur l'épanchement. Congestion, bout pâle. Plaques atteintes
seul apexite des valvules tricuspides.
Pas d'ascite; mais foie volumineux
granuleux à surface avec régulière
lobulée avec épaississement de la capsule.

Sur les coupes, on voit des lobules peu saillants avec des dépressions au niveau des nombreuses traées conjonctives qui isolent l'organe, mais qui sont partout très fines et assez régulièrement distribuées.

Poids du foie 1930 gr.
Reins un peu volumineux, congestionnés, sans tubercules.
Rate rien de particulier.

Cancer primitif du foie

70e Leçon (suite)
2 Xbre 1905

Autopsie du 1er décembre 1905

1016

- Cancer massif du foie très limité au lobe gauche.
- Pas de généralisation autre que des lésions miliaires douteuses du péritoine et un nodule pulmonaire.

Ascite et pleurésie g. hémorrhagiques

Homme de 29 ans. Service de M. Bondet

antécédents tuberculeux. Depuis 3 mois (avant la mort) douleurs vagues dans le ventre, puis augmentation de volume, oedème des jambes.

A l'hôpital on constate de l'ascite, un gros oedème jusqu'à la paroi abdominale. Circulation veineuse sous-cutanée apparente.

Pas sucre ni albumine.

Signes d'épanchement moyen à la base gauche.

Paracentèse le 10 nov. : 150 g. de liquide hématique. Thoracentèse : liquide de même aspect.

Foie petit. Teinte cholémique.

On pense à : péritonite tuberculeuse ou cirrhose tuberculeuse.

Examen anatomique (les pièces n'ont été seulement apportées au laboratoire on n'a pas eu de renseignements sur l'état du péritoine ... etc.)

Foie Le foie est volumineux et bosselé de deux portions très distinctes

le lobe droit, d'aspect à peu près normal (sauf détails) – le lobe gauche transformé en une masse cancéreuse grosse comme une tête de fœtus, et séparé du lobe droit par une dépression profonde laissant seulement entre les deux lobes un pont fibreux assez mince.

La masse cancéreuse, bosselée, jaunâtre se montre constituée à la coupe par une ~~pa~~ ~~du~~ substance jaune doré assez molle (encéphaloïde) avec quelques trabes fibroïdes à la périphérie, mais en somme d'aspect assez uniforme. Au centre une grosse veine oblitérée par un caillot; quelques petits points hémorrhagiques dans la tumeur.

Le lobe droit paraît formé de parenchyme ayant sa couleur, son aspect et sa consistance normale. Cependant on note les détails suivants:
– de loin en loin sur les sections existent quelques zones à coloration brun foncé semble donnant, en ces points limités l'aspect du foie cardiaque; les zones intermédiaires sont plus pâles.
– ~~la~~ grande majorité des veines coupées sur les coupes sont remplis de caillots
– la surface est irrégulièrement bosselée et en dessous on voit sur les coupes quelques trabes roses paraissant fibreux, mais pas bien nets.

aucun ganglion apparent

Le péritoine hépatique est semé de granulations aplatis, d'aspect grenues et de consistance friables, roses dont la nature cancéreuse est discutable.

Même aspect de la plèvre diaphragmatique gauche, et de la plèvre viscérale de ce côté. (il y avait un épanchement hémorrhagique)

Du côté, sur cette séreuse il existe non seulement de petites granulations comme sur le péritoine hépatique, mais aussi de petits amas aplatis, saillants, formé d'une substance analogue.

A la base du poumon gauche, dans ~~les~~ le parenchyme atelectasié, mais sous la plèvre, nodule blanc jaune, ferme, arrondi, gros comme une ~~petite noisette~~.

D'après les renseignements fournis, il n'y avait aucune lésion des autres organes, en particulier aucun néoplasme ~~quelconque~~ primitif ailleurs, ni aucun noyau de généralisation.

10e Leçon (suite)
2 Xbre 1909

Cancer du lobe gauche du foie

- Péritonite et pleurésie gauche hémorragiques avec productions nodulaires granuleuses sur les séreuses.

—

H. de 29 ans, s. de Mr. Bouvet, entré à l'H.D. le 22 octobre et mort le 30 novembre 1909.

Le malade fait remonter le début de son affection à la fin d'avril 1909. Il la faisait donc dater de 2 mois avant son entrée; ce qui lui donne une durée de 3 mois environ. Il éprouvait des douleurs abdominales avec des alternatives de diarrhée et de constipation; les douleurs revenaient surtout par crises d'une durée d'une demi-heure à une heure deux fois par jour.

Au milieu de septembre l'abdomen a commencé à augmenter de volume et a grossi progressivement. En même temps œdème des pieds et des malléoles. - Essoufflement pendant la marche.

Amaigrissement depuis le début de la maladie.
Sueurs nocturnes abondantes 8 jours avant son entrée à l'hôpital.

A l'entrée à l'H.D., amaigrissement et signes d'ascite sans augmentation appréciable du volume du foie.

Aux poumons, en arrière des deux matité, vibrations diminuées, obscurité de la respiration.

Rien au cœur.

Oedème des bourses ; varicocèle à gauche.

Plaques de vitiligo sur le scrotum et sur l'abdomen.

T. 37°,8

Ni sucre, ni albumine dans l'urine.

23 oct. Signes d'épanchement moyen à la base gauche, abolition des vibrations, matité, pertétalogie avec souffle léger. Mêmes signes à droite, mais à une moins grande hauteur.

Au sommet gauche submatité en avant en arrière. Sans de modification du bruit vésiculaire.

27 – urine 1 litre en 24h ; urée 13 gr.

10 nov. Ponction ; liquide très hématique, 1 l 800 gr.

Ponction pleurale : liquide hématique.

Nov. Œdème énorme des membres inférieurs, ascite considérablement augmentée. Mort.

On avait relevé dans les antécédents héréditaires des cas de tuberculose, de telle sorte que le diagnostic porté était celui de péritonite tuberculeuse à forme ascitique, tout en songeant aussi à la possibilité d'une cirrhose tuberculeuse en raison de la dilatation des veines superficielles des parois abdominales indiquant une circulation supplémentaire. Enfin on avait aussi noté que le foie était petit alors que le teint du malade était cholémique.

Ces renseignements sont intéressants parce qu'ils montrent bien que les deux diagnostics auxquels on s'était arrêté étaient les seuls qui fussent rationnels et qu'on ne pouvait songer au cancer du foie révélé par l'autopsie.

Au lieu d'être située dans le lobe droit, la tumeur occupe tout le lobe gauche où elle a le volume d'une tête d'enfant. C'est bien un cancer massif et qui est, en réalité, isolé du reste du foie ; car, à la périphérie de la tumeur, on ne trouve aucune trace de tissu hépatique sain. Tout le lobe gauche a été transformé en tissu néoplasique avec une grande augmentation de volume et une teinte blanchâtre, ~~opaque~~, formant des bosselures à la surface. Sur les surfaces de section, ~~tout le tissu est~~ blanc jaunâtre et comme constitué par la réunion d'un amas de gros lobules à divers degrés de ramollissement. Enfin, on voit vers le centre de la masse une grosse veine oblitérée par du tissu néoplasique et des caillots.

cette tumeur a donné encore la caractère de présenter un tissu en voie de dégénérescence de désintégration, ~~détaillé~~ ~~Dorta~~ que nous avons vu de la peine à trouver pour l'ex. hist. un point où le tissu présentait encore un certain caractère.

Le lobe droit volumineux ne présentait aucun nodule néoplasique. Mais, sur les coupes, on remarquait que sur bien des points il y avait des taches rougeâtres ~~de la largeur~~ d'une pièce de demi-franc, étant superficielles, situées surtout près de la superficie, et constituées manifestement par une distension extrême des capillaires ~~des lobules~~, probablement sous l'influence de la gêne circulatoire provoquée de la présence de caillots hémo-cruoriques dans les grosses branches de la veine porte, ~~ouverts~~ par les ruptures de l'organe.

Il me semble pour quelle lobe droit soit envahi, ainsi qu'on en aura probablement la confirmation par l'ex. hist. du point qui est resté altéré, ~~[illegible]~~ par la gêne circulatoire. L'extension de la lésion à ce lobe paraît avoir été empêchée ou retardée par l'isolement du lobe gauche envahi en entier et seulement relié au lobe droit par une mince lamelle de tissu hépatique.

Les vésicules des voies biliaires étaient intactes. Enfin les divers organes examinés avec soin n'ont présenté aucune lésion néoplasique. Donc l'absence d'une lésion de cette nature dans tout autre organe que le foie, où se trouve un cancer noir, indique bien que nous avons affaire à un cancer primitif de cet organe.

Dans la plupart des cas que nous avons observé (sur tous à l'exception d'un seul), nous avons remarqué que le cancer primitif du foie, qui avait une grande tendance à l'extension locale et à former une grosse tumeur, n'avait pas de tendance à la généralisation, probablement pour cette possibilité et même cette facilité à l'extension locale, les cancers qui se généralisent étaient plutôt ceux qui étaient volumineux ou non plus ou moins localisés, isolés avec ~~une~~ cavité ou fractures, constituant la cavité bien favorable à l'absorption des liquides qui y sont contenus et provisoirement de la désintégration des tissus néoplasiques.

Dans ce cas nous avons trouvé à la base du poumon gauche un

nodule blanchâtre induré, du volume d'une petite noisette et de fines granulations ~~existantes sur~~ sur la plèvre et sur le péritoine ~~comme~~ il est dans d'un rencontre d'amiantoïdes, comme bilatérales.

Si l'on n'avait pas observé de tumeur, on aurait pensé à des lésions tuberculeuses. Mais en présence de la tumeur, on doit se demander s'il ne s'agit pas de lésions néoplasiques?

En faveur de cette dernière opinion, on peut faire valoir que sur la plèvre diaphragmatique, on trouve, indépendamment des fines granulations nodulaires, quelques productions plus volumineuses, de la grosseur d'un petit haricot, et que le liquide de la plèvre et du péritoine étaient hémorrhagiques. De plus la limitation de la tumeur du côté gauche et la tendresse du ramollissement et la désintégration en beaucoup de points seraient des conditions favorables à des phénomènes de généralisation.

En faveur de la tuberculose, on peut

dire que les granulations si fines histologiques rencontrées sur la plèvre et le péritoine sont plutôt en rapport avec celles qui sont de nature tuberculeuse. D'autant que la carcinose péritonéale ~~ne se rencontre~~ systématique qui s'avère le cancer de l'estomac chez quelques sorte par propagation directe, et ordinairement avec un mélange de productions plus volumineuses et surtout plus irrégulières. Le nodule blanc jaunâtre indiqué du poumon avait plutôt l'aspect d'un nodule corténo que d'un nodule ~~cancéreux~~, et la lésion de la plèvre et de la péritoine peut aussi prendre la caractère bénin avec des productions tuberculeuses, surtout chez un cancéreux.

C'est que le cancer s'accompagne encore assez fréquemment, à une période avancée, de poussées tuberculeuses dans les poumons et sur les séreuses.

76
Pg. Secon (suite)
21 Xbre 1909

21 Decembre 1901 770
Femme 50 ans environ
Lesne & Mr Rouslet.

Cause primitive du foie -

L'autopsie de la malade a été faite le seul et on montre seulement la pièce.
Il n'existait aucune tumeur comme ailleurs

Le Foie - poids 1265.
au niveau de son bord antérieur il existe une tumeur des dimensions d'une petite mandarine. Cette tumeur ne fait de reste pas un saillie anormale et n'altère pas la configuration générale de l'organe
Elle est dure, blanchâtre, a la grosseur de 2 ou 3 petits noyaux indépendants

La Vésicule est sûrement saine, magnum nullement atteinte ou altérée; mais la tumeur vient jusqu'au contact de la face externe.

La malade est morte d'accident cérébraux et cette tumeur du foie a été une trouvaille d'autopsie.

Cancer primitif du foie

Il s'agit d'une femme âgée de 50 ans environ qui a succombé à des troubles nerveux assez mal déterminés, lesquels n'ont pas permis d'établir un diagnostic précis.

A l'autopsie tous les organes ont été examinés avec soin sans qu'on ait pu y constater aucune lésion appréciable, sauf au niveau du foie.

Cet organe présente effectivement à la partie moyenne de son bord antérieur, une tumeur de consistance ferme,

d'aspect blanchâtre, légèrement translucides et de la grosseur d'une ~~vésicule~~ ~~[illegible]~~ ~~de forme~~ triangulaire par suite de son siège au bord de l'organe. En outre il existe quelques nodules distincts dans la paroi des ~~petits~~ kystes hépatiques, ils sont le seul constitués par la production néoplasique.

Comme l'on a rien trouvé de particulier sur les divers organes ~~[illegible]~~ de ce genre, secondaire du foie ne présentant rien, sauf l'aspect de cirrhose, mais sans calcul de nouvelle ~~[illegible]~~ dans l'organe, on peut songer à une ~~[illegible]~~ primitive du foie, quoique le foie soit assez rare.

Mais d'abord il faut éliminer la possibilité d'une tumeur primitive de la vésicule avec la paroi de laquelle la portion saillante de la tumeur se trouve en contact.

Or, depuis avoir ~~[illegible]~~ la vésicule biliaire, on peut constater que la ~~[illegible]~~ paroi est partout ~~[illegible]~~ mobile ~~[illegible]~~ la paroi est tout à fait souple. Seulement une petite portion de la tunique du foie reste adhérente à sa partie externe ~~[illegible]~~ de telle sorte qu'on peut éliminer complètement l'hypothèse d'une tunique primitive de la vésicule qui, dans ce cas, peut seulement être envisagée secondairement.

Il y a donc toutes probabilités pour un cancer primitif du foie, quoique il ne soit pas marqué. Mais il aurait pu le devenir si la maladie n'avait pas succombé à d'autres troubles

réunions, comme nous en avons pour fait nous-mêmes, l'examen des autres organes, si quelques uns pouvaient pour affirmer absolument leur état d'intégrité, nous faisons encore des réserves pour croire comme l'origine possible de la tumeur une quelconque autre organe tel que le rectum, les voies respiratoires supérieures, un point de tégument, etc.

L'examen histologique de la tumeur nous permettra peut-être de décider s'il s'agit d'une tumeur primitive du foie plutôt que d'une lésion secondaire.

49
25e Leçon
12 janv. 1902

Cancer du foie
avec généralisation ganglionnaire

H. 31 ans, 1. de Mr. Roger, Saturnin, alcoolique, ayant présenté tout d'abord de la toux avec expectoration muco-purulente, et bientôt des signes de pleurésie du côté droit.

On pensa d'abord à la tuberculose, malgré l'absence de bacilles dans les crachats. On remarqua néanmoins un nouveau symptôme consistant dans l'augmentation graduelle et assez rapide du foie.

On se demanda alors si l'on n'avait pas affaire à une cirrhose hypertrophique graisseuse survenant chez un tuberculeux alcoolique ? Mais le foie finissant par prendre un volume considérable

on soupçonna l'existence d'un abcès du foie.

L'état du malade était devenu si grave qu'on ne peut pas tenter une intervention et que le malade ne tarda pas à succomber.

Autopsie le 10 janvier 1902

Ce n'est pas nous qui avons fait l'autopsie ; mais M. Roque m'a fourni très obligeamment des renseignements complémentaires au sujet des pièces qu'il a bien voulu nous envoyer.

Et d'abord ce qui a frappé particulièrement l'attention, c'est l'état du foie augmenté beaucoup de volume et au sein duquel se trouve une tumeur volumineuse.

Description de la tumeur.

Elle a les caractères histologiques du foie et que Charcot et Gilbert ont décrits sous le nom de cancer en amande.

D'après les auteurs cette disposition serait tellement caractéristique d'une t. primitive du foie, que, disent-ils, lorsqu'on la rencontre, ((pas n'est besoin de chercher ailleurs une lésion primitive)).

C'est exact, en effet, c'est bien le cas habituel en pareille circonstance. Mais en clinique, il ne faut jamais être absolu, parce que l'on peut rencontrer à un moment donné ce qu'on n'avait pas observé précédemment. C'est ainsi que le cancer en amande considéré par les auteurs précédemment cités comme devant toujours se rapporter à un cancer primitif a pu être remarqué aussi comme cancer secondaire par moi-même ~~et tout~~ à l'occasion d'une observation de la gencive qui appartenait à M. Rollet, et qui a été publiée il y a 2 ou 3 ans dans le Lyon médical.

Donc, rien d'absolu à cet égard. C'est pourquoi nous avons demandé si tous les organes ont bien été examinés. Or, M. Rozan nous a affirmé qu'on avait fait une autopsie aussi complète que possible sans trouver aucune autre tumeur, si ce n'est l'envahissement néoplasique des ganglions trachéo-bronchiques avec des lésions [illegible] internes du côté droit.

Description des lésions de médiastin postérieur

Nous nous sommes demandé dès lors si, vu l'intensité de prolifération néoplasique au niveau des ganglions, nous n'avions pas affaire à un lymphosarcome généralisé au foie?

C'est que habituellement le cancer primitif du foie ne se généralise pas, d'après ce que nous avons observé et que nous avons eu

l'occasion de le dire.

Il est vrai que ce cas rentre dans la règle habituelle en ce sens qu'il n'y a pas de tumeur ~~secondaire~~ dans un autre organe ; mais il y a, ce que nous n'avions pas encore rencontré (s'il s'agit réellement d'un cancer primitif du foie), une généralisation ganglionnaire intense. ~~et telle que~~

Nous avons donc fait un raisonnement à l'état pur d'un rapport de la tumeur pour décider si nous avions affaire à un lymphosarcome ou à une tumeur primitive du foie. Or, l'ex. hist. très connu que nous avons fait, nous a montré l'existence de cellules volumineuses qu'on ne trouve pas habituellement ~~dans~~ les lymphosarcomes. De sorte avec ce tumeur, bien le foie est affecté, car nous en avons vu un lobe au début de la tumeur, le foie présente de tumeur, nodulaire.

Il semble donc bien que nous ayons affaire en réalité à un cancer primitif du foie avec une généralisation ganglionnaire, sauf rectification après l'examen histologique fait dans de meilleures conditions.

Ce qui il y a de particulier dans cette généralisation ganglionnaire, c'est sa localisation en un certain nombre de points, de telle sorte que non seulement les ganglions trachéobronchiques sont tous très affectés, mais encore que le tissu cellulo-adipeux voisin est envahi et que il s'est produit entre les organes atteints des adhérences avec rétraction au point que l'ensemble des lésions autour de la trachée et des bronches forme une masse volumineuse, indécomposable de laquelle les deux organes que les trouvent sont pris en masse.

+ 2 malades présentant un lymphosarcome ganglionnaire étaient pris conjointement avec un cancer primitif du foie, mais ici, quoique les ganglions aient été atteints, le mediastin n'était pas envahi.

vaisseaux, nerfs, trachée, bronches.
Après avoir ouvert la trachée, les bronches,
on peut alors constater que les parois de celles-ci
sont traversées par le néoplasme en plusieurs
points.

Le poumon droit n'a pas été le
siège de productions néoplasiques secondaires,
comme on l'avait cru au premier
abord, car la tumeur reste cantonnée
au niveau des ganglions bronchiques à leur pourtour
et s'insinue ainsi dans le hile du poumon
lequel est seulement le siège d'un processus
pneumonique interne qui forme autour
duquel se trouve des cavités contenant
un peu de pus. L'une des cavités
a pu même atteindre le volume d'une
noix, tandis que les autres sont celui
d'un pois à une tête d'épingle.

Les lésions pneumoniques rencontrées
sont la cause de la pleurésie, cela n'étant pas douteux

Il semble bien rationnel de les rapporter aux lésions des bronches et des vaisseaux résultant de leur compression par les productions néoplasiques du médiastin du poumon.

On sait, en effet, que sous l'influence de la compression de la trachée par les tumeurs de l'œsophage, il survient fréquemment de la pneumonie suppurée ou gangréneuse dont l'origine peut être attribuée à la compression des voies respiratoires empêchant leur fonctionnement et facilitant leur infection secondaire à laquelle les phénomènes inflammatoires doivent être rapportés.

Au point de vue clinique le diagnostic probable était, en effet, plutôt pour la tuberculose pulmonaire apicale et pour un foie gras cirrhotique.

L'augmentation rapide du foie avait

fait penser en dernier lieu à la possibilité d'un abcès. Et effectivement le foie ~~devait~~ fait un développement analogue à celui qui résulte de cette lésion, puisqu'il y avait en somme une masse arrondie saillante tout comme dans le cas d'abcès du foie. Et cette dernière lésion était encore plus probable que le cancer primitif du foie qui est en somme une lésion assez rare, lorsque l'autopsie a été faite de manière à pouvoir éliminer surtout la possibilité de toute autre lésion néoplasique primitive des autres organes. C'est au point que le diagnostic de cancer primitif du foie ne saurait être fait pendant la vie sans courir le risque de se tromper dans la plupart des cas.

Si le foie n'était pas le volume prédominant, il y avait un rapport entre le volume du tumeur et le volume du foie. Il y avait aussi un rapport entre le volume du tumeur et le volume du foie.

A remarquer encore que l'évolution du cancer primitif du foie n'est pas toujours plus ou moins rapide. Dans ces cas l'affection paraît avoir une marche lente.

25e Leçon (suite)
29 Xbre 1894

Cancer du foie

H. 57 ans (s. de M. Drivon)

Foie énorme pesant 5800 gr. rempli de nodules cancéreux du volume d'un œuf à celui des deux poings réunis avec un tissu hépatique d'aspect normal.

Les nodules sont constitués par une masse blanchâtre ordinairement déprimée au centre et se présentant sur les coupes sous forme d'une substance blanchâtre uniforme dominant par le raclage avec le scalpel un suc assez abondant. Les gros nodules présentent des nodules plus petits, mais qui paraissent contribuer à l'extension des premiers.

aucune autre lésion dans les principaux organes qui auraient été bien examinés mais que nous n'avons pas vus.

Rate — 190 gr.

Reins — 170 gr. et 210 gr.

Cœur — 220 gr.

Abcès du foie

3e Lyon
6 nov. 1900

Ulcérations dysentériques du gros intestin
Abcès volumineux du foie
Péritonite généralisée
Symphyse cardiaque -

H. 64 ans. ~~S. de ...~~ Journalier
entré le 30 octobre, mort le 7 nov 1900
- à 27 ans, rhumatisme polyarticulaire grave qui a duré 8 mois. 15 à 18 ans après, second attaque de rhumatisme qui a duré un mois.

Début il y a 6 semaines par des coliques avec selles diarrhéiques (6 à 10 par jour). Au moment état général bon, permettant la continuation du travail pendant 3 semaines.

Il y a 3 semaines état général moins bon, ~~les~~ forces diminuent et il est obligé de s'arrêter. Il fait appeler un médecin qui le voit pendant une quinzaine

du jour il constata une température se maintenant entre 39° et 40°; ce qui lui fit faire le diagnostic de f. typhoïde.

A l'entrée du malade à l'H-D. Coliques et diarrhée persistante (6 à 10 selles par jour) amaigrissement, teint jaune, pas d'ictère, foie légèrement. Pas d'albumine dans l'urine. Légère céphalée. T oscillant entre 38,2 le matin et 39°,2 le soir. Abdomen ballonné pas de taches rosées. Dureté de l'hypochondre droit qui l'on attribue à la vésicule biliaire distendue.

Rien de particulier au cœur, sourd, les bruits paraissent sourds et lointains. Protéiurie plusieurs à la hanche droite. Urine rare, albumineuse; légère teinte verdâtre pas de sucre.

Les jours suivants continuation de la diarrhée. La T prise toutes les 3 heures diminue peu à peu et le malade meurt asphyxié. Le dernier jour ~~[illegible]~~ hoquets, et du vomissements bilieux s'étant.

Sero-diagnostic négatif pour deux fois.

(note due à l'obligeance de M. l'interne de service).

Autopsie le 9 nov. 1900. — Le gros intestin dans sa paroi sensiblement épaissie et indurée présente sur toute l'étendue de la muqueuse, depuis le cæcum jusqu'au rectum, des ulcérations nombreuses ~~de forme~~ ~~ovoïde~~ avec grand diamètre transversal variable de 2 à 3 cent. pour 1 à 2 de longueur, offrant une dépression ulcéreuse plus ou moins accusée avec de débris d'escharres noirâtres en quelques certaines ulcérations s'étendant profondément en s'élargissant au bouton de chacun dans la tuniq. conjonctive sous-muqueuse.

Sur certains points irréguliers les ulcérations sont confluentes tout autour de l'intestin sur des circonférences de doigt de hauteur, tandis que sur

d'autres elles sont exposées à un ou deux travers de doigt de distance. Il en résulte qu'en sonde toute la surface de la muqueuse paraît criblée de ces larges ulcérations dont quelques unes soustrémées pour forme de petites dépressions plus irrégulières. Les ulcérations sont très confluentes dans le cæcum et la dernière ulcération se trouve à 3 ou 4 travers de doigt de l'anus. Enfin dans l'intervalle des ulcérations, la muqueuse offre une rougeur foncée avec aspect plutôt lisse. Quoiqu'il n'indiquation de paroi dans l'intestin sur toute son étendue.

Dans la moindre ulcération sur l'intestin grêle ni sur la surface correspondant de la valvule de Bauhin. Les follicules sont seulement légèrement rouillonnés.

Voie volumineuse pesant 2990 gr.
Il est le siège d'un volumineux abcès (plus gros que les deux poings réunis) situé au niveau du bord antérieur du lobe droit et empiétant sur la portion correspondante de face supérieure du foie.

L'abcès ouvert renferme un pus grumeleux abondant. Les parois sont recouvertes d'une couche de ce pus grumeleux, d'aspect caséeux qui adhère à sa surface interne. Quelques brides filamenteuses relèvent les deux parois à la partie profonde.

Le pus était arrivé jusqu'à la surface de l'organe sur une petite portion de la face supérieure, formant un point de la péritonite suppurée qui, vraisemblablement a donné lieu à une péritonite suppurée terminale.

Le foie n'offre rien de particulier
sur son poids normal, 200 gr.
Les reins ne paraissent pas atteints,
pesant, le droit 185 gr. et le gauche
215 gr.

Rien de particulier du côté des
poumons qui pèsent, le droit
780 gr. et le gauche 605, si
ce n'est de la congestion hypostatique
du lobe.

Le cœur présente une adhérence
complète des feuillets du péricarde
qui sont peu épaissis (on les dirait
presque normaux sauf leur adhérence);
ce qui fait supposer l'ancienneté de la lésion.
En outre le cœur ne paraît qu'un hypertrophié
ne pesant que 330 gr. avec hypertrophie
du péricarde. Il n'existe aucune lésion orificielle.

Réflexions : Il n'y a pas de doute que l'abcès du foie soit pour origine les ulcérations du gros intestin. Mais quelle est la nature de ces ulcérations ?

Elles ont tous les caractères des ulcérations dysentériques. Ce sont les ulcérations de cette nature qui donnent aussi le plus fréquemment naissance aux abcès du foie avec les caractères que celui-ci présente ; de telle sorte que cette lésion est encore en faveur de la nature dysentérique des ulcérations intestinales.

Si l'observation avait signalé des selles dysentériques pendant la vie, il ne serait venu à l'esprit de personne de songer à des lésions d'une autre nature

mais pendant la vie, il n'a été question que de Colique avec diarrhée. Et comme le malade avait une fièvre péritonitique, on avait pensé à une f. typhoïde. Dès lors on doit se demander si l'on pouvait avoir affaire à un cas de Colotyphus avec abcès complète d'ulcération sur l'intestin grêle.

Et d'abord au point de vue anatomique il est à remarquer que les cas de Colotyphus sans aucune ulcération dans l'intestin grêle ~~doivent être~~ rares; car nous n'en avons pourtant rencontré les cas qu'il nous a été donné d'observer nous ayant toujours permis de trouver ~~[illegible]~~ des ulcérations ulcérations sur la valvule de Bauhin ou près d'elle.

Ensuite dans les cas les plus prononcés nous n'avons jamais vu de pareilles lésions, soit pour les dimensions des ulcérations, leur caractère, soit pour l'étendue de leur siège.

Dans la fièvre typhoïde, en effet, les ulcérations sont plus petites, moins étendues transversalement, moins profondes, avec moins d'anfractuosités, et sans prendre ~~la forme~~ ~~[illegible]~~ enfoncées de bien ~~[illegible]~~ ne les avons généralement rencontrées jusqu'à ou restées dans ce cas, jamais non plus pareille infil. de toute l'épaisseur de la paroi. Enfin la rate n'est pas augmentée.

Les ganglions ne sont pas cicatrisés.

Il est inutile à remarquer que lorsqu'il y a des abcès du foie dans la f. typhoïde, ils ont les caractères des abcès pyohémiques métastatiques et qu'ils ont pour origine les autres abcès viscéraux.

Dans les ulcérations de l'intestin, moins de ulcérations cutanées, ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~

Du reste la mention de coliques indique bien que le malade souffrait lorsqu'il allait à la selle. Il n'est pas fait mention de l'examen des selles; ceci tendrait à prouver que l'observateur laisse à désirer pour ce qui concerne leur nature et la coloration des douleurs. Le tenesme peut donc avoir passé inaperçu aussi bien que l'aspect des selles, pour peu que l'attention ne fût pas attirée spécialement sur ce point. Les selles pouvaient de plus avoir présenté la coloration diarrhéique au début et à la fin de l'affection. Enfin le péritoine a pu, sur la fin, manifester les symptômes de la dysentérie.

L'âge du malade est aussi plutôt contre l'idée de fièvre typhoïde que ~~l'opinion de Jaccoud~~ diagnostic avait aussi influencé.

L'abcès au niveau d'aspect caséeux, doit aussi faire songer à la tuberculose ; car des abcès analogues peuvent être produits ~~par~~ ~~ici~~ très souvent (nous n'en avons observé que deux cas dans notre série), à la suite de lésions tuberculeuses ulcéreuses du gros intestin.

Mais dans le cas le gros intestin ne présente pas le moindre tubercule et il n'en existe nulle part, ce qui permet d'écarter ~~l'hy~~ l'hypothèse de lésions tuberculeuses.

Tout concourt donc à prouver qu'il s'agit d'ulcérations dysentériques du gros intestin avec abcès secondaire du foie.

Lyon (24 X^bre 1904) Abcès du foie consécutif à des lésions dysentériques latentes. 1

938

H. 27 ans, s. de l'Ill. Gabouloy

Entré à l'H.P. il y a environ 1 mois 1/2 après avoir présenté des troubles gastriques et avec les symptômes d'un abcès du foie au moment de son entrée.

Opéré il y a 3 semaines. Aucune laparotomie exploratrice qui aurait fait penser à un ulcère de l'estomac.

Reconstitué d'une quantité considérable depuis un mois de l'opération et dans la suite.

De plus hémorragies intestinales ayant débuté quelques jours après l'opération et qui se sont reproduites chaque jour jusqu'à deux jours avant la mort.

Sujet devenu très anémique et pour venir d'un cancer.

Œdème des malléoles.

Autopsie le 24 Xbre 1904.

A l'ouverture de la cavité abdominale, signes de péritonite très légère à gauche, donc empâtement rétroc., très accusé à droite avec beaucoup d'adhérences des anses intestinales entre elles et des intestins à la paroi antérieure et surtout antéro-latérale droite. Enfin en cherchant à détacher le caecum très adhérent à la fosse iliaque, on trouve les adhérences infiltrées par quelques ganglions, ganglion très petite.

Ablation de tous les organes en masse.

Examen du foie dans lequel se trouve deux gros drains introduits par la plaie abdominale. Large ouverture dont les bords sont constitués par un tissu gianâtre, manifestement nécrosé et infiltré d'un peu suppuration, grâce dont il reste aussi un certain quantité d'un

Le foie étant adhérent au poumon droit, on fait une incision verticale antérieure qui porte à la fois sur le poumon et sur l'organe hépatique et passant par le milieu de l'abcès.

Description de l'abcès qui peut contenir le volume du poing, mais qui devait être beaucoup plus volumineux, en raison de la rétraction très prononcée qui se produit toujours en pareille circonstance.

Rapport de la paroi sup. du foie avec le diaphragme et la face du poumon, expliquant les signes de pleurite ou de pleurésie que l'on constate toujours en pareille circonstance.

On se rend compte ainsi de la possibilité pour les abcès siégeant au diaphragme de s'ouvrir soit dans la cavité pleurale, soit plutôt dans le

~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ et repou

En outre du foie peuvent s'ouvrir dans d'autres organes mais ordinairement à la surface cutanée voisine. Mais ordinairement une intervention comme dans ce cas qui peut parfois amener la guérison, mais qui ~~[illegible]~~ ne suffit pas pour l'obtenir, ~~soit~~ en raison de la continuation de la production d'hydatides voisines, soit par suite de la persistance des lésions intestinales qui le cause ordinairement, soit enfin en raison de l'état général. Il est tout à fait exceptionnel que malades succombent, comme ce paraît être arrivé dans le cas présent des hémorragies répétées. Du reste ~~il manquait~~ faller aucun complet avec celui de péritonite purulente et non putride, probablement sous la dépendance des lésions intestinales

Description des lésions de l'intestin qui sont limitées au gros intestin et prédominent au Caecum : ulcérations irrégulières, rarement multiples, mais parfois petites, situées à la surface de plis muqueux transversaux. En outre, tuberculoses, plaques, abcès ou cicatrices, en position de polypes, sans doute qui situation du péritoine et intestin. Caractères de ces lésions difficiles à déterminer en raison du défaut de coloration.

Cependant la première idée qui vient à l'esprit c'est que il s'agit de lésions dysentériques, bien que chroniques. Les symptômes de dysentérie aiguë ou récente ont fait défaut, d'après les renseignements qui nous ont été fournis. Cependant ces lésions n'ont pas l'aspect de celles que nous avons l'habitude de voir dans la dysentérie aiguë ou chronique. Indication de ces lésions telles qu'on les observe habituellement (aquarelles)

On pourrait se demander si ces lésions ne seraient pas d'origine tuberculeuse ?

Nous avons eu deux fois l'occasion

d'observer du vivant des gens
avec des lésions tuberculeuses ulcéreuses
de l'intestin ; mais les lésions de l'intestin
étaient bien caractérisées comme celles que
nous avons récemment examinées chez
les deux malades ayant des lésions pul-
tuberculeuses ; ulcérations irrégulières à bords indurés avec nodules tu

Il n'en est pas de semblable ; aucune lésion
tuberculeuse du poumon, ni d'autres organes
et lésions de l'intestin qui diffèrent de
celles décrites par la tuberculose.

Les ganglions intestinaux de la base du poumon sont tuméfiés et mon-
trent le siège d'une inflammation interne, mais
qui ne paraît pas tuberculeuse.

Du reste l'éch. hist. de toutes les lésions rap-
pelle la marche des poudres en raison
de l'état de putréfaction dans lequel se trouve
le sujet.

Mais en somme il y a toute probabilité pour
que ~~les lésions intestinales~~ soient des lésions

dysentériques modifiés dans leur aspect habituel par l'état anémique résultant des hémorragies intestinales répétées malgré le traitement.

Ces hémorragies sont aussi un fait de la dysentérie quoiqu'elles soient rares sous cette forme ; mais elles sont encore plus rares vis-à-la tuberculose intestinale.

Elles proviennent des ulcérations du gros intestin en raison de l'état du sang peu modifié.

C'est que il existe aussi une petite ulcération au niveau de la petite courbure de l'estomac qu'on pourrait incriminer mais autant que le malade se l'a pas vomi de sang ; si celui qui a été rendu provenait de cette lésion, il serait devenu par son séjour dans l'intestin plus ou moins brun ou noir.

Si le malade n'a pas eu de dysenterie pendant la vie, c'est qu'on a peut-être confondu la terminaison de diarrhée. C'est pourquoi il faut dans ce cas, chercher tous les signes de la dysenterie par une observation méthodique des excréments soit à l'aide des selles. Car lorsqu'on a les signes bien évidents d'un abcès du foie, c'est que celui-ci a pour origine des ulcérations intestinales et, dans la majorité des cas, des ~~lésions~~ dysenteriques dans il faut trouver les signes.

Et le résultat de l'autopsie pourait conforme à la règle, sauf que l'abcès du foie est rare dans la dysenterie nos pays. Mais il peut y avoir des circonstances secondaires prédisposantes ou déterminantes.

6e Leçon (suite)
16 nov. 1905

Gd Abcès du foie ouvert dans le péricarde paraissant consécutif à un appendicite

Le malade était entré au mois d'août dans le s. de M. Moussinot alors suppléé par M. Duplouy qui avait constaté chez lui les signes d'une appendicite. Puis après être sorti de l'hôpital dans des conditions qui ne sont pas exactement déterminées, il y est rentré il y a peu de temps en présentant des signes de péricardite avec une fièvre intense et un état général grave donnant à M. Moussinot l'idée que ce malade faisait du pus.

Comme il présentait en même temps une matité de la base gauche indiquant un épanchement pleurétique,

M. Monint supposa qu'il y avait peut-être à la niveau une pleurésie purulente. Mais une ponction exploratrice ne permit de retirer qu'un liquide séreux dont l'examen bactériologique ne fit découvrir aucun microbe pyogène.

L'autopsie seule a révélé la présence d'un abcès situé dans la partie inférieure externe du lobe, latéral droit, dont la matité devait se confondre avec celle du foie, se continuant ainsi avec la matité cardiaque agrandie par le fait de l'épanchement péricardique ; ce qui explique comment son présence a passé inaperçue,

malgré que l'attention fut particulièrement dirigée sur cette région pour les signes de la péritonite.

L'abcès qu'on peut évaluer au volume de deux poings, occupe la partie supérieure du lobe gauche du foie, empiétant seulement un peu sur le lobe droit. Ce sont précisément des abcès siégeant dans cette région que l'on a vu déjà s'ouvrir dans le péricarde, comme dans ce cas.

La disposition des lésions rend bien compte de leur mécanisme. L'abcès très superficiel adhérent immédiat à la portion correspondante du diaphragme n'a pas tardé à percer en détruisant complètement le muscle à ce niveau, de telle sorte

que le pus a pénétré dans le médiastin antérieur, en donnant lieu à des productions inflammatoires périphériques qui ont constitué la continuation de la poche de l'abcès limité en avant par la plaster costo-sternal et sur les autres parties par le tissu cellulaire de nouvelle formation.

L'abcès continuant à croître rencontrait une résistance absolue en avant ~~au niveau de la~~ paroi thoracique. Il ne pouvait pas descendre pour faire saillie à l'épigastre en raison des adhérences du diaphragme au dessus duquel l'abcès avait pris de sa limitation très nette sur les bords de la paroi thoracique où sa poche se trouve incisée. Il ne pouvait se frayer une voie

que dans le poumon pour être
résumé par le bronchite, comme cela
est arrivé d'autre fois, mais lorsque
l'abcès siégeait au niveau du
lobe droit ; ou bien dans le
péricarde qui était en rapport
avec la plus grande portée de sa région
postérieure et sa région latérale gauche.

Les circonstances étaient plus
favorables à son développement du
côté où il y avait moins de résistance
et c'est pourquoi l'abcès s'est
ouvert dans le péricarde.

Mais auparavant la présence
du pus dans le médiastin antérieur
devait avoir donné lieu à un reflux,
diffusion de la région où le cœur et
le péricarde occupent une grande place.

L'inflammation d'abord du tissu conjonctif sous-péricardique du feuillet externe, avait dû gagner le feuillet interne et donner lieu à une infl. généralisée non purulente, d'où a dû résulter la symptomatologie de toute la région portée du cœur, l'œdème du tissu de partie déclive dans la position horizontale qui a dû favoriser l'accolement et l'adhérence des feuillets péricardiques.

Mais l'abcès poursuivant sa marche du côté du foie pour s'ouvrir dans le péricarde dont la partie antérieure n'était pas accolée, et l'abcès qui

lequel s'est répandu sur toute cette région antérieure qui est manifestement refoulée au niveau des régions ventriculaires, dans cette, jusque au niveau de l'origine des gros vaisseaux à la limite de l'insertion du feuillet externe en avant. L'aileron du foie et du tissu cellulo-adipeux du médiastin antérieur se trouvait ainsi augmenté de la grande cavité intrapéricardique antérieure.

On sera ainsi très bien compte de la marche du pus et comment un aileron du lobe gauche du foie qui est le moins fixé, doit aboutir presque forcément à l'ouverture dans le péricarde.

On ne sera pas étonné de voir l'infl. suppurée s'être terminée en partie par un sycophyse, c.à.d. par une infl. non purulente. C'est ainsi, en effet, qu'on voit souvent des abcès non infl. non purulents comme à la prostatite dont bien souvent conjointement à des neoproductions vésicales et autrefois des séquelles à une inflammation adhésive concomitante lorsqu'elle est très lente ou vice à une infl. avec exsudation de fibrine, comme j'ai eu l'occasion de l'observer pour le péricarde lui-même ou vivinage d'une pleurésie purulente et lorsque on le voit dans la cas pour la plèvre gauche alors qu'il y a du pus dans le péricarde.

cette différence dans les produits inflammatoires qui dépendent évidemment de la même cause, montre bien que l'inflammation dépend tout d'abord des troubles circulatoires, et que les conditions multiples d'où dépend la suppuration ne produisent leurs effets que plus tard; car s'il ne fallait tenir compte que de la cause initiale tous les produits inflammatoires devraient être purulents; tandis que c'est la condition qui on observe dans ce cas, comme dans d'autres où j'ai pu faire la même observation.

Les lésions du péricarde ont dû avoir un retentissement fâcheux sur la température de cet organe et sur le fonctionnement du cœur que le malade a dû accomplir.

Les grands abcès du foie ayant ordinairement pour origine des lésions intestinales et surtout du gros intestin, c'est de ce côté que les recherches ont de suite été faites, et particulièrement du côté de l'appendice, puisque 3 mois environ auparavant le malade avait présenté des signes d'appendicite.

On a effet trouvé l'appendice dans un état anormal, formant à un centimètre de son extrémité une masse du volume d'une grosse amande, tordue en deux il est plein vide et enfin dans une situation indiquant des phénomènes inflammatoires périphériques c'est à dire adhérent ou accolé par des brides fibreuses qui s'étendent vers toutes parties voisines.

On a vu, en outre que l'appendice était obliteré vers dessus de sa portion terminale dont cette dernière gorgée de la présence dans sa cavité d'une matière gélatiniforme qui la remplit en distendant ses parois plutôt amincies mais qui adhère à cette matière.

Une petite portion de cette paroi avec cette substance gélatiniforme adhérente a été prise pour l'examen histologique mais il y a présent on peut conclure à des traces d'inflammation aiguë de l'appendice et de péritoine à ce niveau, d'où les signes d'appendicite perforante ou bien d'occlusion.

Comme l'on n'a découvert aucune lésion des gros intestins ni de l'intestin grêle, ni d'autres organes

il n'est pas douteux que l'abcès doive être rapporté une lésion primitive de l'appendicite, malgré l'absence de pus à ce niveau. Il en est de telles lésions, comme de beaucoup d'autres qui sont l'origine de phénomènes pathologiques et qui se résolvent en partie ou en totalité pendant que se développent les lésions véritables métastatiques dans les cas. Les exemples de ce genre sont nombreux pour ceux qui connaissent notamment les infections pathologiques puerpérales, celles qui sont consécutives à de légères lésions cutanées, etc. La lésion d'origine est bien une lésion prévalente, mais qui est minime et qui guérit pendant que les lésions secondaires continuent à évoluer.

C'est certainement un phénomène rare que cela s'est produit dans ce cas. On ne trouve le pus qu'à l'état purulent, que lorsqu'il a été assez important ~~[illegible]~~ pour la cause de la lésion primitive apparente, comme il arrive lorsqu'elle a eu lieu par la pénétration d'un corps étranger, ainsi que j'ai eu l'occasion d'observer, ou que la maladie a évolué assez rapidement.

Dans ce cas le point de départ de la lésion appendiculaire est inconnu (à moins que l'ex. hist. jette quelque lumière sur ce point), mais elle semble avoir été minime dans son ensemble puisque, puisqu'elle a pu s'étendre à son point d'origine.

cela expliquera aussi l'évolution relativement lente du foyer pulmonaire concomitant au niveau du foie et qui a peut ainsi acquérir un grand volume. Telles sont les circonstances qui nous paraissent propices à la production des grands abcès uniques ou peu nombreux, tandis que les abcès multiples et plus petits paraissent dépendre d'une infection plus virulente et plus rapide. Mais les premiers comme les derniers doivent-ils être considérés comme des abcès pyohémiques, contrairement à l'opinion des auteurs qui attribuent cette dénomination seulement aux petits abcès multiples.

Le cas n'est pas particulier aux grandes abcès du foie consécutifs à une appendicite ; il existe de même de leucocytes qui sont consécutifs à la dysenterie. En effet, s'ils dépendaient d'un microorganisme, d'abord ils se produiraient plus fréquemment et seraient vus rencontrés plutôt dans la période originaire de la maladie. Or, on les rencontre au contraire à une période plus ou moins éloignée de la dysenterie et plutôt très éloignée, alors que il existe pour quelques altérations tubéreuses, profondes, ulcéreuses et favorisant les phénomènes de septicopyohémie qui se produisent sous une virulence plus ou moins atténuée, en donnant lieu à de grands abcès.

On peut se demander pourquoi les appendicites qui sont si fréquentes donnent si rarement lieu à cette complication. Si la production d'une cavité close par l'oblitération de l'appendice favorise cette infection secondaire, elle ne suffit pas à la produire, puisque on la rencontre souvent sans qu'elle ait donné lieu à de pareils accidents. En cas de la suppuration, puisque l'infection consécutive dépendent ici comme ailleurs de conditions multiples au nombre desquelles la stagnation du pus dans une cavité est une des conditions qui prédisposent à des lésions secondaires.

Ce plaidoyer de M. Dieulafoy en faveur de la suppression de l'appendice enflammé pour éviter de tels accidents trouve ici son application.

Enfin si l'abcès avait pu être diagnostiqué une intervention, surtout avant la péritonite, aurait peut-être pu sauver le malade.

6e Leçon (suite)
8 nov. 1905

Pyopneumohépatite et Abcès du foie

survenus consécutivement à des suppurations pelviennes

F., 21 ans, entrée à Ste Anne le 10 septembre 1905
morte le 14 nov. 1905.

Diagnostic de la feuille d'observation :
Pyosalpinx double ; hystérectomie abdominale totale, au cours de laquelle se sont produits deux déchirures intestinales qu'on a suturées. Point de côté droit post-opératoire. Meat par cachexie.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, la malade se plaint de douleurs dans le bas ventre qui existaient depuis 3 ans. Amaigrissement très prononcé. Etat général mauvais.

Salpingite double, grosses masses fluctuantes du cul-de-sac empâtés des deux côtés.

Opération le 25 sept. par M. Delore.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'S iliaque adhère en avant au fond de l'utérus. En décollant celui-ci, perforation du volume d'un pois qu'on suture.

Nut difficile de libérer la masse qui est très adhérente. L'utérus est noyé au milieu de masses enflammées et suppurées. En faisant la libération, les tissus se rompent, laissent échapper un pus très épais.

A droite, on éprouve encore de plus grandes difficultés à libérer le cancer; leur ablation étant faite entière, on reconnaît qu'il existe sur la paroi droite (rectum?) de l'anse intestinale vivante une perforation de trois centimètres qu'on suture.

Kiste hydatique abdominal et vaginal.

28 sept. On enlève le kiste hydatique et on met un drain abdomino-vaginal.

Suppuration. – On reconnaît qu'il s'écoule vers matin fécales par le drain vaginal.

La malade ne va pas à la selle.

7 octobre. Selle par le rectum; encore un peu de matières fécales par le drain vaginal.

14 octobre. Prolongement de la poche purulente dans la fosse iliaque droite; drainage.

Peu de temps après l'opération la malade se plaignait d'un violent point de côté droit sous-phrénique.

Cachexie progressive –

(Copie de l'observation remise à M. Carrier)

Nous avons cru entendre dire que vers l'âge de 4 ans, la malade aurait été violée et que dans la suite elle aurait eu une infection blennorragique qui aurait atteint les trompes, et que c'est à cette cause qu'on a rapporté la salpingite suppurée considérée comme ayant occasionné tous les accidents ultérieurs.

Autopsie le 19 novembre 1905 (en présence de M. Carrier).

A l'inspection du cadavre, vaste laparotomie sous-ombilicale.

A l'ouverture de l'abdomen, les anses intestinales sont agglutinées.

A droite de la région sous-hépatique, collection purulente dont le pus est très épais, jaune verdâtre. La coque purulente de cet abcès adhère intimément par sa face postérieure à l'atmosphère cellulo-adipeuse du rein droit. Celui-ci paraît indemne.

On ne retrouve plus ni les ovaires, ni les annexes (hystérectomie totale).

Dans la vessie, les urines semblent purulentes; présence d'un petit calcul

Au cœur, rien à signaler; aucune lésion valvulaire.

Aorte, rien.

Aux poumons, rien.

Le rein gauche est normal

(Notes prises par M. Carrier au moment de l'autopsie).

En incisant le foie on a trouvé en rapportant l'abcès sous-hépatique un abcès du foie de volume presque de deux poings, rénis contenant environ un demi litre de pus semblable au précédent et offrant une disposition créée

Réflexions. L'examen de la pièce qui a été apportée au laboratoire auquel je vous présente le rapport a fait le siège d'un abcès volumineux près de la face inférieure du lobe droit, laquelle est immédiatement en rapport avec un foyer de suppuration qui s'étend dans l'atmosphère cellulo-adipeux du rein et se trouve limité par cet organe.

Le cloisonnement périphérique de l'abcès était complet, car on ne pouvait pas se douter de sa présence à la simple ouverture de l'abdomen. C'est en déchirant les adhérences intestinales du voisinage du rein droit que, à un moment donné, on a vu sourdre du pus et qu'on reconnut le siège de l'abcès, du volume du poing, autour de l'extrémité supérieure du rein

de la face inférieure du foie.

On voit encore du pus infiltrant le tissu cellulo-adipeux enflammé, ainsi que la capsule de Glisson manifestement épaissie.

Enfin l'incision du foie qui a été faite à ce niveau, montre que l'abcès volumineux développé dans le foie est immédiatement en rapport avec la capsule de Glisson, exactement sur la région qui correspond à l'abcès rouge foncé, indiquant qu'il y a certainement un rapport entre les productions purulentes en dehors et en dehors du foie.

Avant de chercher comment ces abcès ont pu être produits et les relations qui les unissent, il faut d'abord se rendre un compte exact de l'état du foie et de la constitution de l'abcès qui s'y trouve ~~dans la~~ face inférieure.

Le foie n'est pas augmenté sensiblement de volume ~~lorsqu'on~~ lorsqu'on le pèse, après l'avoir détaché des parties auxquelles il est encore relié, il est probable que son poids ne s'éloignera pas beaucoup du poids normal en plus ou en moins (1700 gr.) Toutefois le tissu sous-muqueux de section paraît un peu jaunâtre; ce qui doit correspondre à un certain degré de surcharge graisseuse, sans autre altération appréciable en dehors de l'abcès.

Celui-ci offre bien les dimensions d'un abcès volumineux du foie, mais qui a diminué sensiblement de volume par l'évacuation du pus. Toutefois ce n'est pas le grand abcès unique ou auprès duquel se trouve volumineux ou deux autres abcès de moindre

pour le point de l'extension de la suppuration.
Au lieu de la vaste cavité, ce sont de
nombreuses cavités du volume d'une
noisette à une noix séparées par
des cloisonnements incomplets qui semblent
constitués par un tissu membraneux, jaunâtre;
de telle sorte qu'on a l'image d'un
tissu spongieux ou tissu caverneux
qui était rempli de pus et dont
ce liquide recouvre encore les mailles
de toutes les cavités, et des parois
périphériques exactement limitées
par le même tissu qui semble limiter
un tissu de sclérose infiltré de pus.
~~C'est ce que~~ l'on peut constater aussi
au niveau de la capsule de Glisson
épaissie et qui retrouve prise
entre les deux foyers purulents.
Mais les limites de l'abcès dans le

+ en bas et à droite le chiffre 7 est surmonté d'un 8 barré et suivi d'un 9 barré.

foie soit très précis sous la forme arrondie ou régulière ; le tissu hépatique voisin n'offrant pas d'autre aspect à l'œil nu que celui de la périphérie.

Il s'agit là très manifestement d'un abcès présentant l'aspect de ceux qui ont été décrits par M. Chauffard sous le nom d'abcès aréolaires, que cet auteur attribue à une suppuration des voies biliaires, sous la forme d'angiocholite ou de périangiocholite d'après certaines observations qu'il a pu faire, tout en admettant aussi leur origine par des suppurations ou vieillissement des veines sus-hépatiques d'après les observations d'autres auteurs.

En tout cas M. Chauffard sépare l'origine de ces abcès de celle des grands abcès dits tropicaux

ou des pays chauds et qui sont aussi observés parfois chez nous à la suite de la dysenterie.

Il s'agit donc ici d'une infection du foie par la voie veineuse se rendant du gros intestin au foie et qui est probablement assez intense pour donner lieu de suite à un gros abcès situé d'abord dans le lobe droit, tendant ensuite par son extension à venir à la surface et ord. à la ~~surface~~ surface supérieure de l'organe.

Or, quoique l'intestin ait été affecté ~~chez ce sujet~~, c'est là un trop léger dégât et d'une manière trop passagère pour avoir donné lieu à une suppuration hépatique, laquelle,

d'autre part, il n'a pas les caractères de ces abcès dysentériques ainsi étudiés au début de l'infection.

Il ne s'agit pas non plus d'abcès métastatiques, car, outre que l'on ne trouve aucune trace de ces abcès dans les autres organes et notamment dans les poumons où ils sont presque constants en pareille circonstance, c'est sous la forme de petits abcès multiples qu'on les observe, durant, très rare et dans les foies.

Ces voies biliaires ne sauraient être mises en cause puisqu'elles ne présentent pas d'altération appréciable et qu'il n'y a pas d'ictère.

C'est ainsi que par élimination aussi bien que par l'étude de l'observation de la malade et des pièces pathologiques, on arrive à conclure que la suppuration du petit bassin est bien suivie d'une suppuration

dans la fosse iliaque droite, à laquelle a dû succéder la formation d'une collection purulente un peu plus haut, c'est là dû sous la face inférieure du foie et ensuite dans la portion correspondante de l'organe.

Étant donné la collection purulente enkystée sous le foie et qui ne pouvait se former pour nulle part, mais qui devait tendre à augmenter ou rétrocéder, il est tout naturel que la capsule de Glisson d'abord, puis le tissu de prolifération environnant aient été envahis. Et c'est en raison de cette envahissement graduel dans le parenchyme graduellement enflammé et relevé que le pus s'est trouvé réparti dans un tissu d'aspect commun par la persistance de cloisonnements vésicaux

c'est que l'extension de la suppuration dans le foie est toujours précédée de cette inflammation qui tend vers que elle soit lente donc plus facilement bien à de la sclérose des espaces périlobulaires et c'est pour cela que l'abcès présente actuellement l'aspect alvéolaire ou cavernomateux.

Quanten admettant que la suppuration a dû remonter de la cavité pelvienne jusqu'à la face inférieure du foie, il est possible que ces productions aient été favorisées par une péritonite sous-diaphragmatique antérieure. C'est en probable vu la fréquence de cette péritonite dans cette région (et d'autre part le peu de tendance des infl. du petit bassin à gagner la partie supérieure. Car c'est ordinairement l'inverse qui se produit.

mais lorsqu'il y a déjà eu une inflammation, les tissus sont très facilement enflammés à nouveau et une suppuration s'il existe quelque part un foyer purulent.

La persistance de la fièvre et d'un point douloureux sous diaphragmatique étaient les indices du foyer purulent qui aurait pu être évacué par une intervention opportune.

La guérison aurait pu s'entamer si cette intervention s'était produite avant l'atteinte du foie. Mais avec l'abcès tel qu'il existe, elle n'était guère à espérer, vu la difficulté ou plutôt l'impossibilité de vider toutes ces cavités. C'est pourquoi M. Chauffard en particulier insiste sur la pronostic grave des abcès amibiens.

Kystes hydatiques du foie

Autopsie faite par le service de M. Rogue le 28 février 1908.

Cyphoscoliose.
Cœur petit mais à parois hypertrophiées
Kystes hydatiques du foie, de petit volume

Femme de 26 ans.

Résumé clinique.

Père mort tuberculeux à 35 ans.
A 9 ans : mal de Pott.
Depuis 4 ans elle tousse et est oppressée.
Il y a 15 jours œdème pulmonaire et saignée.
Entre le 24 février salle Carnot avec dyspnée à 30, pouls incomptable, cyanose de la face et des extrémités. — Cyphoscoliose à convexité droite. Dans deux poumons : râles fins confluents

dans la moitié inférieure.

Cœur tumultueux et arythmique

Grands œdèmes.

Gros disque d'albumine.

Température 37.7.

Malgré une saignée elle meurt 36 heures après son entrée.

Autopsie.

Thorax.

Les poumons sont très petits. Le poumon droit présente des points de sclérose, mais assez dis et beaucoup d'emphysème sur les bords. Le poumon gauche est plus petit, et présente des lésions analogues. Aucune trace de tuberculose.

Cœur. P: 295. Rien au péricarde. Le cœur est petit, mais le ventricule gauche a parois hypertrophiées, et le ventricule droit est dilaté.

Abdomen.

Le foie pese 1010 g. Il est sangle par le corset. Sur le lobe gauche on trouve deux petits kystes hydatiques. L'un siege vers le bord anterieur, il a le volume d'une noisette. L'autre siege sur la face inferieure, et atteint le volume d'une noix. A l'incision s'ecoule un liquide clair comme de l'eau de roche contenant de petits grains (aspect de semoule) en suspension. La membrane interne est blanche, mince, tapissee de petits grains blanchâtres. La membrane externe est au contraire epaisse et fibreuse.

Au microscope on trouve sur un frottis de la membrane interne de nombreux crochets isolés ou sous la forme de double couronne sur des échinocoques en très grand nombre.

Rate. P: 90.

Reins. P: 110 chaque. Sains en apparence.

19e Leçon (suite)
18 Xbre 1897

561 1

Kyste hydatique du foie avec méningite de la base de l'encéphale probablement déterminée par une lésion de même nature de la protubérance

—

F. 38 ans, entre dans le s. de M. Brouardel pour une douleur de la tête. On s'aperçoit qu'elle avait un kyste hydatique du foie fortement saillant au niveau du bord antérieur de cet organe. On le ponctionna et on retira une assez grande quantité d'un liquide semblable à de l'eau de roche, ne présentant que des traces d'albumine. En même temps on crut trouver dans le flanc droit,

immédiatement au dessous du foie, une grosse tumeur mobile qu'on pensa être le rein ou se serait développé aussi un kyste hydatique.

La malade présenta des troubles cérébraux de plus en plus marqués et notamment de la raideur de la nuque et des membres avec des douleurs de tête persistantes, puis de la paresse des muscles oculo-moteurs communs, et enfin du coma précédant la mort; ce qui fit supposer que des kystes s'étaient aussi développés dans l'encéphale.

Rien de particulier du côté des poumons et des autres organes.

Autopsie le 18 Xbre 1897. La cavité abdominale ouverte, on constate que le foie considérablement augmenté de volume et déformé est le siège de plusieurs kystes et qu'il présente de nombreuses adhérences avec le diaphragme, la paroi abdominale antérieure, le colon et toutes les anses intestinales voisines. La tumeur qu'on sentait dans le flanc droit pendant la vie est uniquement constituée par la moitié antérieure du lobe droit qui est allongé de manière à dépasser le rebord costal de 15 cent. environ sur 10 cent. de largeur.

Sur la palpation bimanuelle sur le cadavre, on se rend bien compte que c'est cette portion du foie jouissant d'une certaine mobilité, alors que la portion supérieure était immobilisée par les adhérences, qui étaient ~~fixées~~ entre les moins et peut-être pour le rein plus ou moins altéré. Ce qui devait encore contribuer à la méprise, c'est que le foie fixé par des adhérences sur toute sa face supérieure, devait être peu mobile. Néanmoins il ne devait pas y avoir d'interruption dans la mortité du foie et de ce qu'on prenait pour le rein; et c'est ce qui aurait dû faire rejeter cette hypothèse.

Après avoir enlevé le foie, on voit que la déformation de l'organe est considérable par suite de la

présente de 4 gros kystes faisant saillie à sa face supérieure.

On voit d'abord à la partie moyenne du bord antérieur une poche en partie effaissée du volume des deux poings. On en retire encore un quart de litre environ d'un liquide trouble jaunâtre.

Le plus gros kyste se trouve à la partie postérieure et supérieure du lobe droit. Il fait une saillie énorme pointant sous le diaphragme. Il paraît très tendu, ne donnant à la percussion qu'une légère sensation de flot, sans frémissement manifeste. Par la ponction on en retire environ 1500 grammes d'un liquide incolore et limpide comme de l'eau de roche. En ouvrant la poche, on voit qu'elle est tapissée

pour un membrane germinale qui s'élimine facilement et qui renferme sur sa face interne de nombreux petits vaisseaux blanchâtres semblables à des végétations isolées ou ramifiées. On y trouve aussi deux petites vésicules filles. En dehors de cette membrane membrane fibreuse présentant çà et là des indurations paraissant dues à des incrustations calcaires. C'est le développement de ce grand kyste qui paraît surtout avoir déterminé le refoulement en avant du bord de la partie antérieure du lobe droit. Un autre kyste beaucoup plus petit, du volume d'une grosse orange situé sur la limite des deux lobes; puis un autre d'une dégénérescence intermédiaire

à ceux du précédent occupe la plus grande partie du ~~côté~~ côté gauche, présente une saillie très prononcée en haut et en avant. Ces deux kystes sont constitués comme le plus grand. Le kyste qui a été ponctionné n'en diffère que par le liquide ~~qui a~~ trouvé dans le kyste, qui au lieu d'être clair et limpide, est manifestement trouble et mélangé avec un peu de bile. C'est en vain que l'on cherche comment la bile a pu pénétrer dans le kyste; car on ne découvre l'ouverture manifeste d'aucun canalicule biliaire important. Quant au tissu hépatique voisin des kystes, il est seulement plus ou moins distendu à la surface des kystes ou refoulé dans les parties profondes, ne présentant rien de particulier sur les coupes.

Poids du foie avant l'écoulement du liquide contenu dans les kystes : 5300 gr.
– après avoir vidé les kystes : – 2270 gr.
– Poids du liquide contenu dans les kystes : 3030 gr.

Les reins ne paraissent pas altérés. Le rein droit pèse 190 gr. le gauche 250 gr.
– Rate volumineuse, 300 gr. sans lésion appréciable.
– Le cœur est petit sans lésion, 200 gr.
– Les poumons sont cadavériques, sans aucune autre lésion récente ou ancienne.

Méningite de la base de l'encéphale avec exudat fibrineux blanchâtre, épais, assez résistant recouvrant toute la surface inférieure et englobant le chiasma des nerfs optiques, tous les nerfs avoisinants ainsi que les vaisseaux. – Pas trace de tuberculose sur les méninges et les exudats.

Rien de particulier dans les hémisphères cérébraux et le cervelet.

Ce n'est que sur la paroi latérale gauche de la protubérance au point où arrive le pédoncule moyen du cervelet, qu'on trouve ~~une lésion~~ de la substance blanche un nodule du volume d'un pois constitué par une substance grise et au centre duquel existe un petit nodule blanchâtre.
On a recherché par des coupes histologiques cette lésion ainsi qu'un foyer de la protubérance un exudat

Syphilis du foie

5
9e Secon (suite)
23 Xbre 1905

Autopsie du 22 décembre 1905

1036

- Syphilis. Foie fibrolé. Reins amyloïdes
- Pleurésie et péricardite purulentes

Homme de 52 ans. Service de M. Mouisset.

Renseignements cliniques

Malade ayant fait des séjours antérieurs prolongés dans les colonies (armée coloniale). Syphilis il y a 10 ans au moins. Blennorragie ancienne.

Il y a 1 an œdème, ascite ; séjours dans un hôpital de Paris. Il y a 1 mois hématurie avec douleurs vésicales. Depuis une quinzaine éruption furonculeuse disséminée.

A son entrée à l'hôpital un état général mauvais avec fièvre ; signes de pleurésie gauche : on retire au jour de liquide purulent à une ponction exploratrice. Bruits du cœur sourds mais sans matité ni frottement.

Autopsie

Sujet non cachectique. Sans œdèmes. Vers le frein du prépuce petite escharre correspondant à une petite ulcère que le malade aurait eu récemment.

Abdomen

Foie ~~considérablement~~ 2 Kilos déformé ; sur la face supérieure du lobe droit deux profondes dépressions en sillon, l'une particulièrement très accentuée

Une autre dépression plus effacée sur le lobe gauche ; plusieurs autres sur la face inférieure dans la région médiane, délimitant les lobes carré et de Spiegel ; celles-ci sont courtes mais profondes.

Ces sillons laissent à l'ensemble du foie des contours à peu près normaux de sorte qu'au premier abord on a l'impression d'un foie de corset ; mais les sillons sont cependant plus étroits et plus creusés. D'ailleurs les coupes montrent qu'ils relèvent manifestement des lésions du foie lui-même. Sur ces coupes le tissu glandulaire a généralement un aspect granuleux, jaunâtre ; il est ferme. Les vaisseaux sont gorgés de sang. Au niveau des dépressions existent des coins de tissu scléreux rosé envoyant quelques petites brides étoilées dans la profondeur. Le sang scléreux est particulièrement marqué au niveau du gros sillon de la face supérieure ; il y a même dans son centre de petits points jaune brunâtre, gros comme des têtes d'épingles et d'interprétation douteuse.

Reins 200 gr. chacun Volume à peu près normal. Capsules non adhérentes. A la coupe le tissu est plutôt un peu mou mais tente la substance corticale et interpyramidale a une teinte jaune brun assez clair, lisse, uniforme, faisant penser à la présence de l'amyloïde.

Des préparations extemporanées à l'acide carbolique liquide, colorées au violet, montrent la coloration rouge rubis caractéristique des parois des artérioles, tandis que les capillaires et glomérules prennent une teinte violet indigo.

Rate 205 g. sans lésion apparente.

Rien à l'extérieur ni aux canaux séminaux

La vessie contient un urine un peu trouble ; elle est rétractée, à parois très épaissies, à muqueuse sèche pas enduite d'un petit pigment hémorrhagique.

Rien aux vésicules séminales ni aux épididymes.

Le testicule gauche paraît sain ; le duit présente dans sa partie inférieure une plaque scléreuse triangulaire sur la crête de l'organe, à base correspondant à l'albuginée ; grosse comme un haricot. Pas de formation caséeuses.

Thorax

Dans la plèvre droite petite quantité de liquide à pleine couche ; légère dépoli de la séreuse. La plèvre gauche contient un peu de liquide purulent assez clair 500 gr. environ mais surtout des fausses membranes fibrinopurulentes formant des amas assez épais sur la plèvre viscérale sur la pariétale et quelquefois unis entre eux. Le péricarde contient aussi un liquide purulent analogue 2 à 300 grammes environ mais avec beaucoup moins d'exsudats solides : le sirème est seulement très fortement dépoli avec un léger dépôt fibrineux granuleux. Pas d'adhérences.

Pas de lésions des poumons autres qu'une sclérose anthracosique discrète assez nette des deux côtés, surtout à droite

et un peu d'atélectasie du poumon gauche.

Pas de lésions aortiques

Coeur 275 g.

P. droit 530 g.
- gauche 570 g.

22
19e Secon (suite)
23 Xbre 1909

- H. ♀ 2 ans, f. de Mr. Monnet
ancien militaire qui a eu la syphilis et
qui a présenté l'année dernière de l'œdème
des membres inf. et de l'ascite
Il y a un mois hématémèse, ~~[illegible]~~ quelques jours, pneumo.:
Il a succombé avec les signes d'une pleurésie
purulente gauche accompagnée d'une
péricardite récente de même nature.

Autopsie le 22 Xbre 1909 -

Pleurésie purulente g. avec épanchement séro-purulent et atélectasie de la
plus grande partie du poumon dans les 2/3
inf. et post., zones cénos. pulm. appréciables.
Emphysème pulm. à droite -

Rien au cœur -
Foie fibro-kystique présentant
des dégénérescences irrégulières dont l'une
les plus récentes correspond
à un tissu cicatriciel irrégulier qui
ne peut provenir que de la présence de
germes à ce niveau, à une époque plus

ou moins régulée représente l'aspect du

En gomme, c'est les amas lobaires
nécrotiques ont disparu et il ne reste
que du tissu de cicatrice rétractile et
caractéristique. Mais pas de cirrhose.
Il n'y a pas de cirrhose syphilitique
à proprement parler, c'est-à-dire au-delà
de la syphilis; mais on peut voir
de la cirrhose chez d'anciens syphilitiques
alcooliques, voire même aux dernières
années que la syphilis seule est
cause des gommes et de ces cicatrices
profondes et localisées ces dernières
gommes il y a un processus, une partie de substance qui ne peut pas revivre
nécrotique, n'existe plus, il est impossible de l'enlever qu'après la gomme
et rétractile et aussi aux gommes
d'un testicule qui n'a laissé aucun
qu'un tissu cicatriciel. Car l'orchite
syphilitique localisée sans gomme, est aussi plus ou moins [illegible]
Reins scléreux et amyloïdes. - cette dégénérescence
se rencontre avec la syphilis (rarement) et à la suite de longues suppurations
chez des adolescents, mais peut être sous l'influence de la syphilis
ne se rencontre dans le rein qu'aux dernières infl., comme tout

Les premières phases de la période secondaire se caractérisent par des manifestations
cutanées et muqueuses qui se produisent plutôt chez les sujets cachectiques comme dans ce cas,
ou infl. et tout progressive de la syphilis.

Gommes syphilitiques du foie avec sclérose généralisée de cet organe. Sclérose généralisée des poumons avec sclérose localisée à la partie moyenne et pouvant être attribuée à une ancienne gomme. Probablement ancienne gomme du poumon gauche.

En outre péritonite tuberculeuse granulique généralisée avec ascite ayant probablement pour origine une ulcération tuberculeuse de l'intestin grêle près de la valvule de Bauhin.

F. 40 ans, r. de la Bourdet, obs. communiquée par le Lorde interne du service.

Son mari est à 74 ans, probablement d'une maladie du foie. Une vivante 72 ans, bien portante. a perdu un fils et une fille en bas âge. et encore 2 vivants tous l'une et un homme vivant et dont l'autre a présenté une affection grave des amygdales et guérit très peu.

Mariée à 31 ans, elle a un enfant bien portant et a eu un accouchement prématuré à 8 mois. Ménopause il y a 8 mois. a fait de l'albumine.

à l'âge de 4 ans, à la suite d'une frayeur, elle perdit

l'usage de la parole qui revint quelques jours après.
à cette même époque elle présente une série de chiffres
sur lesquelles elle ne peut fournir de renseignements précis
depuis elle ne se sont pas renouvelés. Sur après ce accidents
elle fut atteinte d'une chorée.
Elle prétend n'avoir jamais rien vu de l'œil droit.
Il y a 13 ans, elle perdit une nuit, sans prodromes,
subitement, la vue de l'œil gauche. Elle s'aperçut
seulement à son réveil qu'elle n'y voyait plus.
Antérieurement elle était simplement myope de cet œil.
Depuis cet accident la vue s'est un peu améliorée
et la malade peut avec son œil g. distinguer la
clarté de l'obscurité. Elle a été traitée dans les débuts
par M. Dufourd (de Lausanne) qui lui multiplia des
collyres et lui fit prendre des bains d'œil.
à plusieurs reprises elle a eu des douleurs articulaires
rhumatoïdes. Il y a 4 ans elle eut un véritable rhumatisme
qui fut soigné dans un hôpital de Genève.
Il y a 4 ans environ, elle vit apparaître
une douleur dans l'hypochondre droit.
Cette douleur était continue, jamais bien vive,
sans aucune irradiation vers l'épaule. C'était
plutôt une sensation de gêne. Jamais de
coliques hépatiques franches. La palpation
faisait percevoir une tuméfaction arrondie dans son
hypochondre droit.

Il existait en même temps quelques troubles digestifs.
Au mois d'juillet 1897, elle entrait à l'hôpital
cantonal de Lausanne dans le s. de M. Roux qui
lui pratiquait une laparotomie médiane sus
et sous-ombilicale, dont on voit encore la
cicatrice linéaire blanchâtre. À la suite de cette
intervention qui fut de longue durée, la malade
fut améliorée, elle ne ressentit plus la tuméfaction
qu'elle percevait elle-même auparavant. Elle put
depuis lors, sans être bien forte, vaquer aux occupations
de son ménage, n'éprouvant que de temps en temps,
par ex. sous l'influence des efforts, la sensation de
gêne dans l'hypochondre droit. Mais voilà 2 mois
qu'est apparue à ce niveau, une véritable douleur
continue, sourde, d'ailleurs supportable, n'entraînant
pas d'insomnie, sans irradiation notable.
Cette douleur n'affecte aucun rapport
avec l'alimentation. En même temps la malade
accuse des troubles digestifs qui persistent depuis lors,
une anorexie à peu près complète, des vomissements
alimentaires survenant facilement, parfois un
peu de diarrhée. Cell-ci existe actuellement. Du reste
elle vive. Il y a quelques jours qu'on a dit à la malade
qu'elle avait un trouble jaune des yeux.

actuellement (9 X^bre 1899) – Amaigrissement sans teinte cachectique. Les ulcérations sont ictériques; il existe à nu une tache jaune de la muqueuse qui tapisse la face inf. de la langue.

Pas d'œdème des membres inf. – Pas d'ascite, rien aux poumons. – Au cœur on ne peut localiser la pointe. Les bruits du cœur sont faibles, surtout vers la pointe et se perçoivent avec peine. À l'orifice aortique, le 2me bruit est moins frappé. – Pouls régulier, 84, avec fort à artères périphériques un peu dures.

L'abdomen est météorisé dès sa surface se dessine un réseau veineux plus marqué que à l'état normal. Il existe une submatité légère avec son hydroaérique dans les parties déclives et en particulier dans les flancs. Pas de sensation de flot. La matité splénique est peu étendue et on ne sent pas la rate à la palpation. La matité hépatique commence en haut à la 5e côte sur la ligne mamelonnaire, mais ne déborde pas en bas le rebord costal où elle est remplacée par la sonorité gastrique; néanmoins on perçoit le foie à l'épigastre où il paraît induré. La palpation profonde dans l'hypochondre droit est pénible et l'on perçoit profondément une tuméfaction irrégulière, non mobilisable

dans les mouvements respiratoires. On devine à cette tumeur soit une légère hématocèle. L'estomac est dilaté; son tympanisme descend jusqu'à l'ombilic et remonte haut. On provoque vivement le Clapotage.

La malade présente en outre une exagération générale des réflexes tendineux. Des troubles de la motilité et de la sensibilité, etc.

Du côté des yeux aucun trouble objectif. Pas de strabisme ni de nystagmus. La pupille g. se contracte sous l'influence de la lumière. La pupille dr. ne se contracte que lorsque l'on laisse en même temps l'œil g. ouvert. Amaurose complète à droite, incomplète à gauche.

T. 36°,8. — Urine pâle; ni sucre, ni albumine.

D'après les renseignements fournis par M. Roux de Brignais, cette femme a été opérée, en effet, il y a 2 ans. M. Roux lui pratiqua une laparotomie sus-ombilicale. Il trouva un foie rétrécissant de tumeurs multiples. Il enleva une de ces tumeurs pour l'ex. micr. Il rompit la lues.

20 - Le ventre est devenu plus douloureux et plus saillant. Matité plus marquée dans les flancs; matité de flot; anorexie complète.

2 janv. 1900 La malade a perdu connaissance depuis des douleurs. Elle a eu beaucoup d'hématémèses. La coloration rétrograde a diminué. Le ventre a gonflé; [illegible]

autopsie le 6 janv. 1900. L'abdomen est volumineux, présentant une saillie très prononcée à sa partie antérieure. On remarque sur la ligne médiane au dessus de l'ombilic la cicatrice provenant de la laparotomie antérieure.

L'incision de la paroi abdominale montre que celle-ci adhère sur la plus grande partie de la région antérieure, à l'épiploon notablement épaissi, au moyen de petites tractus très serrés et très nombreux dans certains points, surtout sur la ligne médiane, plus discrets sur les parties latérales. On remarque la vascularisation très prononcée des adhérences et du péritoine à leur voisinage.

Le gd. épiploon qui a de 2 à 3 mètres

d'épaisseur et dont la densité est augmentée, forme comme un matelas épais qui double la paroi abdominale et limite antérieurement la cavité abdominale où se trouvent entraînés les lités de vérosité citrine dont l'écoulement a lieu aussitôt que le p^d épiploon a été sectionné. En même temps on s'aperçoit que les anses intestinales notablement distendues par des gaz sont légèrement agglutinées par un exsudat blanchâtre récent et qu'il existe sur les deux feuillets du péritoine un semis de fines granulations grisâtres ou blanchâtres très confluentes.

Ces granulations les plus fines se trouvent sur la partie convexe des anses intestinales. Elles sont moins plus volumineuses sur le mésentère et particulièrement sur la face inf. du diaphragme où elles forment des taches blanchâtres d'un tiers d'épaisseur d'un demi-centimètre

des granulations sont aussi plus volumineuses au voisinage du point où des anses intestinales sont agglutinées, soit l'exsudat est plus abondant ou une vascularisation plus accusée. Et lorsque l'anse est décollée par la traction, on voit que à la partie centrale, il y a peu d'exsudat et de granulations au contraire plus relativement à celles des parties situées au voisinage du point adhérent.

La première partie du duodénum vient que le pylore est non seulement adhérent intimement à la face inférieure du foie que l'on ne peut mettre à découvert que par une dissection minutieuse. On découvre vivant la vésicule biliaire qui n'a pas plus que le volume d'un petit doigt et une renfermant un peu de bile de coloration brunâtre.

D'autre part la face sup. du foie

et en grde partie adhérente au diaphragme, notamment d'une façon très intime et presque complète au niveau de sa région moyenne, un peu plus irrégulièrement sur les parties latérales. En enlevant le diaphragme par la direction, on voit que sur certains points les adhérences sont filiformes, très résistantes et correspondent à des saillies bégues ou bourrelets indurés au nombre de 3. Sur les autres points la surface du foie est jaunâtre et ~~brisée~~ paraît plus pâle que de coutume avec un peu d'épaississement général de la capsule de Glisson. Ce n'est que sur la face inférieure au niveau du lobe gauche que l'on remarque une cicatrice déprimée avec deux ou trois rayons filiformes également déprimés.

Une première incision faite à ce niveau montre que cette cicatrice superficielle correspond à une

cicatrice plus profondément située dans le parenchyme hépatique et au centre duquel se trouve un nodule arrondi, jaunâtre, opaque, qui correspond manifestement à la lésion désignée sous le nom de gomme syphilitique.

Mais les lésions principales se trouvent au niveau de la face supérieure, sur les points saillants indiqués précédemment.

C'est d'abord à peu près au niveau de la limite du tiers antérieur et des deux tiers moyens du lobe droit à la partie supérieure ~~du lobe droit~~ ~~et sur le lobe droit~~ une légère saillie qui, incisée, correspond à une masse arrondie de volume d'une petite mandarine constituée par une substance jaunâtre, mate, assez ferme sur la coupe, sans de toutes arrondies irrégulières qui ~~paraissent~~ découpées comme à l'emporte pièce et très légèrement saillantes sur un fond grisâtre légèrement déprimé très résistant, manifestement fibreux qui sépare les diverses portions blanchâtres en leur formant un contour sous l'aspect de bandelettes [illegible]

qui entourent toute la moelle, étant nettement séparée du tissu ~~[illegible]~~ environnant. ~~[illegible]~~ Et qu'à la périphérie la substance jaunâtre forme comme un feston irrégulier se détachant en de petites plaques pénétrant irrégulièrement à la gaîne séparée, entre la lésion précédente décrite et la limite du lobe droit, se trouve une autre transition plus marquée et plus dure qui correspond à une lésion et une nécrose un peu plus volumineuse et manifestement plus ancienne. C'est encore une masse jaunâtre comprise dans un tissu fibreux, nettement limité à la périphérie, mais tout à fait différent du centre où la substance jaune est répartie non plus d'une manière parfaitement limitée sous la forme d'un matériel uniforme, mais très irrégulièrement, ~~[illegible]~~ infiltrée ça et là de granulations calcaires, que la section par le couteau a permis ~~constater immédiatement~~.

En somme on ~~trouve~~ quelquefois conjointement filaments infiltrés irrégulièrement toute la masse pouvant ~~en~~ ~~[illegible]~~ désintégration irrégulière ~~avec~~ d'infiltration calcaire, mais quelquefois la masse est parfaitement limitée par une couche épaisse de tissu fibreux.

Une autre masse semblable à celle dernière se trouve sur la limite des deux lobes du foie à la partie supérieure. Elle offre seulement une infiltration calcaire plus prononcée, au point que la section en est rendue très difficile.

Une quatrième masse plus volumineuse que les précédentes ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ se trouve à la partie antérieure et supérieure du lobe gauche, contiguë au lobe droit, et par conséquent tout près de la masse précédente décrite dont

elle n'est séparée que par un trait de doigt.

Cette 4me moitié se fait par un sillon très notable à la surface. Ce n'est que sur les coupes qu'on peut bien se rendre compte de son volume qui atteint ~~celui~~ d'un gros mandarin. Les découpures de la substance jaune sont particulièrement remarquables par leur variété et leur netteté; les contours périphériques forment des festons très accusés sur un tissu fibreux quartz et brillant qui paraît sertir les moitiés jaunes. Cette dernière moitié surtout et la première sont manifestement des moitiés amères. En y ajoutant la petite zone de la face inf. de lobe ~~droit~~ tout d'abord décrite, on a la totalité des zones trouvées dans le foie a été explorée par de nombreuses incisions en [illegible]

Le reste du tube hépatique est de coloration jaunâtre et ferme, plutôt riche. Les lobules hépatiques sont saillants séparés par un tissu sillonné plus développé que de coutume, mais d'une manière assez régulière, sans plaques fibreuses, sans cicatrices développées ou anciennes, soit à la surface, soit dans les parties profondes. La capsule est en peu épaissie d'une manière générale mais elle l'est particulièrement au niveau des ~~[illegible]~~ mamelons et surtout au niveau des deux plus amples, où elle se confond avec l'enveloppe fibreuse qui limite les mamelons. C'est aussi ~~[illegible]~~ au niveau ceux où adhérences au diaphragme étaient le plus prononcées.

Il n'existe pas d'oblitération des gros vaisseaux du foie particulièrement sensibles, principalement au niveau des gonflements de la 4e grosse mamelon qui était traversé obliquement par une veinule ou une sonde cannelée pouvant y pénétrer. Le poids du foie 2500 gr, sans la partie adhérente du diaphragme.

après le foie, le pancréas est particulièrement examiné parce qu'il présente tout d'abord une consistance anormale, très ferme, mais générale, sans augmentation de volume. Les incisions faites sur les divers portions montrent qu'il existe à la partie moyenne du corps de l'organe une altération consistant dans sa transformation fibreuse complète ou à peu près complète sur un espace de deux centimètres environ. Quant au reste de l'organe, il présente partout et d'une façon régulière des lobules saillants sur les coupes; ce qui fait penser à une sclérose diffuse comme pour le foie.

Rate volume et ferme, paraissant sclérosée, adhérente au diaphragme et au pancréas. 380 gr.

Reins peu volumineux sans lésion bien manifeste, sauf plutôt un peu de sclérose, pesant chacun 130 gr.

Rien de particulier sur la muqueuse de l'estomac et de l'intestin, si ce n'est sur ce dernier organe, près de la valvule iléo-cæcale à 3 cent. en amont de son bord libre où l'on trouve une ulcération transversale ayant donc sa plus exactement 5 cent. c'est à dire faisant tout le tour de l'intestin. Mais sa continuité de muqueuse non ulcérée, sur une largeur de 1 cent. 1/2. Le fond et les bords sont un peu irréguliers et on y trouve surtout vers les limites sup. de l'ulcération plusieurs nodules blanc-jaunâtres du volume d'une tête d'épingle. Cette ulcération a donc tout à fait l'aspect d'une ulcération tuberculeuse mais il n'y a pas de lésions péritonéales plus marquées à ce niveau. elle n'est pas très profonde

Les ganglions mésentériques un peu tuméfiés sont sains et quinte

Il y a environ 8 cm de rétrécissement dans la plèvre gauche et le poumon du côté présente d'abord une adhérence à la paroi thoracique au niveau de sa partie moyenne externe, puis une autre adhérence plus rétractée à son sommet. Toutefois on parvient assez facilement à rompre ces adhérences.

Au sommet du poumon il n'existe qu'une cicatrice noirâtre, déprimée, peu étendue transversalement, mais pénétrant à environ 2 cent. dans le tissu pulmonaire.

Le lobe sup. présente au niveau de l'autre adhérence, c'est-à-dire à sa région externe au niveau de son bord en rapport avec le bord du lobe inf. adhérent, une indentation qui paraît s'enfoncer dans le tissu pulmonaire. Sur une coupe pratiquée à ce niveau, on voit d'abord une zone du tissu pulm. superficiel sur un cent. d'épaisseur qui aboutit à

un nodule fibreux du volume d'un gros pois dont le centre est constitué par un ~~substratum~~ jaune. Attenant à ce nodule à sa partie profonde, se trouve un autre nodule moitié moins volumineux constitué de la même manière. Des coupes faites dans le voisinage montrent après traitement de sclérose gênée ou non gênée ~~dans~~ tissu pulmonaire parfaitement perméable. Et comme sur les autres parties de ce poumon, on retrouve aucun tracé de tuberculeux ~~en~~ évolution, ni de granulations tuberculeuses récentes dans le tissu pulmonaire ~~ni~~ ni la plèvre. Il y a seulement un peu d'atélectasie du lobe inf. à sa partie postérieure.

Poids de poumon gauche 550 gr.

Le poumon droit est très emphysémateux ou sont des arrêts avec gros, adhérences fibreux anciens, sans aucun tracé d'autres lésions pulmonaires. Poids du poumon droit 680 gr.

~~Cœur~~ petit sans aucune lésion appréciable - 260 gr.

L'utérus offre un corps plutôt volumineux en antéflexion sur le col. Une incision sur la face antérieure permet de voir dans la cavité du corps un petit polype muqueux pédiculé de la grosseur d'un gros haricot dont les fonds sont comme moulés sur les parois de la cavité et qui est implanté sur la face postérieure. Rétrécissement très prononcé du col au niveau de sa courbure.

Hydrosalpinx droite de la moitié du poing du côté droit.

Vaste péritonite qui revêt l'épaisseur de la cavité pelvienne et concrétions granulations confluentes et présente un épaississement sous-jacent très prononcé.

Réflexions. Le diagnostic chirurgical portait : nervosisme ; cancer de l'estomac. En ne tenant pas compte du résultat de l'opération faite à Saumur, c'est ce dernier diagnostic qui offrait le plus de probabilité ; mais les lésions multiples que l'on pouvait reconnaître pendant la vie suffisaient à rendre compte de tous les phénomènes dont le malade se plaignait, sans que il fut nécessaire d'y ajouter le nervosisme.

La découverte des grosses lésions syphilitiques du foie, montre bien que les malades peuvent avoir eu la syphilis sans en parler et souvent même sans s'en douter.

Ces gommes du foie étaient pour la plupart beaucoup plus volumineuses qu'on ne les rencontre

habituellement, mais sans être moins caractéristiques, consistant toujours dans une nécrobiose ± localisée du parenchyme ~~hépatique~~ à la suite d'une oblitération vasculaire déterminée par l'infection syphilitique dont l'action dans le foie, comme dans les autres organes se fait surtout sur les vaisseaux et peut-être avec lésion secondaire des vaisseaux (artérite syphilitique).

Il s'agit en somme d'une infl. artérielle oblitérante et de la production consécutive d'un infarctus. Ce que l'on désigne sous le nom de gomme du foie, n'est donc à proprement parler qu'un infarctus de cet organe.

se comportant comme tous les infarctus, c.a.d. quelles portion de l'organe privés de sang et déjà de coloration blanchâtre ou jaunâtre, offrent au microscope absolument la même structure qu'à l'état normal, sauf quelques vaisseaux tout vides dont leur paroi est rétractée, les cellules peuvent ne présenter qu'une altération légère consistant en un peu de noyau ~~de coloré~~ nucl. ou en même temps une altération granulo-graisseuse plus ou moins prononcée de leur protoplasma. C'est que nous voyons se passer pour les infarctus du rein.

à une époque plus avancée la trame hépatique finit par n'être plus reconnaissable qu'à la présence des espaces portes, tout le reste n'offrant qu'un aspect d'une substance granulo-graisseuse entourée d'un liseré. Enfin au bout d'un temps plus long ~~tout la~~

portion nécrosée présente un aspect où on ne trouve aucun élément figuré.

Ensuite on constate que cette portion nécrosée tend graduellement à disparaître par absorption et par la substitution graduelle du tissu conjonctif qui l'entoure de plus en plus.

Ces phénomènes sont très manifestes sur les lésions de petit volume. Mais lorsqu'il s'agit de grosses masses volumineuses qui se trouvaient à la partie supérieure du foie, l'absorption n'est pas suffisante pour s'exercer sur toute l'étendue de la masse. C'est pourquoi elle s'est transformée en une masse imprégnée de sels calcaires et traversée plus ou moins irrégulièrement par des travées conjonctives partant de la périphérie.

Il est probable qu'il existe en même temps un certain degré de cirrhose diffuse du foie.

Il y a aussi de probabilité pour que le poumon ait été le siège d'une lésion microbienne qui aura disparu, remplacée par ~~du~~ tissu cicatriciel, comme on l'observe parfois aussi dans le foie à côté d'autres lésions où il y a encore des portions micro au centre de la cicatrice, et que l'organe tout entier a aussi été envahi par un certain degré de sclérose diffuse.

Les lésions ~~microbiennes~~ du poumon gauche nous ont paru de nature syphilitique, quoique elles ressemblent également à des lésions microbiennes tuberculeuses, en raison de l'absence de tubercules manifestes sur le poumon.

Si l'ex. hist. démontrait la présence de tubercules dans le poumon ; c'est évidemment à la tuberculose

que il faudrait rattacher ces lésions. Mais il arrive aussi que d'autres lésions tuberculeuses se présentent plus souvent sous la forme d'un type nécrosé, recommandé, environné d'un conjonctif. Or, les lésions syphilitiques de poumon qu'on observe chez l'adulte se présentent pour nous sous cet autre aspect, et on ne peut les rapporter à la syphilis qu'en tenant de la présence d'autres lésions de nature syphilitique sur d'autres organes et en l'absence de lésions tuberculeuses manifestes.

Il ne faut pas oublier que la tuberculose coexiste souvent chez le même sujet avec la syphilis et ce cas vient à l'appui de cette assertion, puisque la malade présentait en dessus lieu une péritonite tuberculeuse granuleuse à forme ascitique de même caractère. Ce n'est cependant pas une raison suffisante

pour démontrer la nature tuberculeuse des lésions pulmonaires ; mais elle doit au moins éveiller des doutes qui les. hist. permettra peut-être d'élucider.

En l'absence de granulations tuberculeuses, cette péritonite ~~granuleuse~~ paraissait assez insolite. Un examen superficiel aurait peut faire croire à sa production spontanée sous lésion tuberculo. latéraux antérieures. Or, en recherchant dans les divers organes une lésion qui puisse en être le point de départ, nous avons fini par trouver une ~~grande~~ ulcération intestinale qui peut parfaitement être considérée comme lésion tuberculeuse initiale ~~apparaît~~ donnant lieu à la poussée granuleuse péritonéale.

À remarquer que le volume des granulations était en rapport direct avec l'abondance de l'épanchement. Ces granulations très fines, très petites, grises ou à peine blanchâtres, disséminées sur la partie convexe des viscères intestinaux, elles étaient ± volumineuses, blanchâtres, confluentes, serrées, petites, dures, sur la capsule polaire ou sur le diaphragme, intermédiaires, arrondies, sous-jacentes, ainsi qu'existant des points [illegible]

Sotère grave

76
43e Leçon (suite)
24 février 1906

Autopsie du 23 février 06

1077

= Atrophie du foie chez une femme ayant accouché il y a 3 jours. Pas d'autres lésions que de la sclérose rénale douteuse. Utérus normal.

Femme de 30 ans. Service de M. Voron

Renseignements cliniques

Aucun antécédent pathologique antérieur. A eu déjà 3 grossesses dont la dernière gémellaire. A perdu seulement un enfant (un des jumeaux) = Accouchement normal le 16 fév. au matin.

Le 16 février apparaît du subictère. Le mari entre à l'Hôtel-Dieu à cette date pour de l'ictère ; si l'un si l'autre n'ont présenté de troubles digestifs.

Température 38° le 20 au soir ; jusqu'à cette date on n'avait noté aucun autre phénomène que une légère accentuation de l'ictère. A ce moment elle prend de l'agitation, cherche à se lever, puis au bout de 3 minutes environ tombe dans un état de prostration absolue qui persiste jusqu'à la fin (coma dans les dernières heures précédé de quelques cris) Mort le 22 fév. à 7 heures du matin. Pendant toute cette période de prostration on note de l'immobilité

des pupilles qui réagissaient peu à la lumière, de la raideur des 4 membres et de la rapidité du pouls et le dernier jour une dyspnée très vive.

La T normale j. au 20 fut

20 soir 38°
21 mat. 37.4
soir 37 8
22 matin 40,5

Malgré des purgatifs et des lavements il n'y a pas eu de selles les 2 derniers jours. Dans la nuit du 21 au 22 il y eut un vomissement noir.

Les urines examinées le 20 dernier « ne semble pas qu'il y ait de l'albumine ». On les aurait également examinées la veille de la mort et elle n'en auraient pas présenté. De même on avait fait cette constatation négative pendant la grossesse.

Autopsie

Sujet extrêmement gras; ictère de teinte moyenne.

Thorax

Aucune adhérence des plèvres. Les 2 poumons sont petits et normaux à part un peu d'engouement de la base droite. Le coeur 280 g. a une surcharge adipeuse moyenne; quelques suffusions sanguines par taches (lentilles) sur le péricarde, de

78 même que dans tout le tissu cellulaire du médiastin et dans les espaces intercostaux. Il y en a aussi sur l'endocarde des piliers du coeur gauche.

Abdomen

Foie extrêmement petit, flasque, mou, pesant : 675 g. Teinte violacée, il paraît très nutrifié. A la coupe tissu violacé et jaunâtre en places, sans lobulation apparente : la coupe ressemble grossièrement à une coupe de rate un peu différente.

Rate grosse, assez ferme 240 g.

Reins 175 et 180 g. Plutôt gros ; la capsule se détache mal et entraîne quelques parties superficielles de la glande. A la coupe, couche corticale épaisse, teinte générale ictérique.

Estomac contient environ 2/3 litre de liquide noir à odeur alliacée très fétide. Muqueuse saine sauf une petite ulcération vasculaire insignifiante sous le cardia.

Le rectum contient des matières absolument liquides, blanches comme du lait et légèrement grumeleuses.

L'utérus gros comme une tête de fœtus à terme paraît normal : la paroi est ferme, légèrement ictérique, épaisse de 2 à 2 1/2 centimètres ; la muqueuse propre, légèrement rouge, avec un caillot cruorique unique gros comme un oeuf ; le col est à peu près complètement effacé.

Vessie contenant 400 gr. d'urine environ sans caractère spéciaux autres que la coloration ictérique

29 Cerveau

Très légère oedème et congestion des vaisseaux pie-mériens. Aucune autre lésion microscopique (trace jaunâtre ictérique)

—

45e Leçon (suite)
24 février 1906

Ictère grave puerpéral avec atrophie du foie

F. 30 ans, s. de M. Voron.

Il résulte des renseignements qui nous ont été fournis que c'est le soir même d'un quatrième accouchement normal que l'ictère a commencé à se manifester, qu'il a augmenté pendant les jours suivants sans qu'il se manifestât de la fièvre et que ce n'est que le 5e jour au matin qu'on a constaté une élévation de la T. à 40,5 ~~avec prostration~~, comme diminution de l'ictère, phénomènes bientôt suivis de la mort. Le quatrième jour il avait eu un vomissement.

Autopsie le 27 février 1906.

Sujet très gras avec ictère et matins noirs sur la partie inf. de la face et sur le cou provenant probablement d'un vomissement dans les derniers moments de la vie, car l'estomac renferme des matières semblables.

Le foie qui attire particulièrement l'attention est un type de foie atrophié, flasque, mou, prêt à s'étaler en quelque sorte sur la table. Sa coloration est brunâtre, violacée, surtout au niveau du lobe droit, tandis que le lobe gauche tirerait un peu sur la couleur jaunâtre rouille. Ce lobe est aussi un peu moins mou.

L'incision du foie montre l'aspect d'un tissu spléniqueu un peu diffluent, sur lequel on ne peut reconnaître la lobulation hépatique stricto, durette, semble aussi en putréfaction avancée. L'examen du raclage de cette substance hépatique ne nous a montré que des granulations ~~graisseuses~~ graisseuses en grande quantité avec, çà et là, quelques débris cellulaires chargés des mêmes granulations ~~agrées~~ mais ne colorant encore par le carmin. Il semble donc, d'après cet

examen qu'on a affaire à un dégénérescence graisseuse du foie analogue à celle décrite par les auteurs en pareille circonstance, et qui ~~[illegible]~~ qu'elle peut exister avec ou sans productions inflammatoires.

Or, les cas examinés par nous précédemment nous ont montré l'existence d'une relation bien manifeste. ~~De telle sorte que ces faits viennent aussi à l'appui de~~ l'opinion que nous avons soutenue, à savoir : que tous les cas de dégénérescence cellulaire sont précédés ou accompagnés de phénomènes inflammatoires.

Il est vrai que nous n'avons jamais examiné le foie dans un cas où l'évolution de la maladie ~~[illegible]~~ aussi rapide. C'est pourquoi il y aura grand intérêt dans ce cas à savoir si ces phénomènes de dégénérescence coexistent ou non avec des productions inflammatoires.

c'est en vain que nous avons tenté de nous en assurer par une dissociation qui n'a rien pu nous laisser voir de pointé, en raison du mauvais état du foie. Nous ne pourrons être fixés qu'après l'examen des fragments qui seront durcis.

Si, théoriquement, il est possible de mettre qu'une substance toxique d'une très grande intensité d'action puisse modifier d'emblée le protoplasma cellulaire, il n'est pas moins vrai que nous n'avons jamais vu, sous cette influence, la désintégration cellulaire qui nous semble impossible sans un processus inflammatoire. C'est pourquoi cet examen sera particulièrement instructif.

Le sujet présentant une forte nuance de gravité tant cellulo-adipeux, nous

nous sommes demandé si cette femme n'était pas alcoolique ? mais tout renseignement faisait défaut à ce sujet. +

nous ne savons pas s'il y avait de la glycosurie ; mais ~~non~~ l'urine ne contenait pas d'albumine.

L'état puerpéral constitue certainement une prédisposition à cette affection, comme les auteurs l'ont indiqué. mais elle se présente si souvent sans cet état et dans d'autres circonstances ~~sans déterminer~~ qu'il faut encore une cause déterminante pour expliquer sa production. Or les auteurs hésitent toujours pour savoir s'il s'agit d'une cause infectieuse ou toxique ; et dans ce cas la même question se pose aussi. d'autant que la mère de cette femme est entrée à l'Hôtel-Dieu, le même jour où elle est accouchée, ~~en présentant~~ un ictère ?

+ Quoique nous ayons observé le foie sans rechercher spécialement les sucres, il est certain que cette recherche a échappé à nous, et que, si elle avait été faite, elle aurait certainement mis en évidence la présence du sucre.

Les auteurs ont précisément signalé des cas où plusieurs personnes dans le même milieu sont atteintes simultanément, soit par une cause infectieuse, soit par un substratum toxique ?

Dans ce cas on a dit que le mari et la femme avaient mangé la veille en leur entier à l'H.D. une conserve de tomates qui aurait pu renfermer des toxines capables de donner lieu à ces affections hépatiques. Cependant ni l'un ni l'autre n'ont eu le moindre trouble digestif ; ce qui rend très problématique l'action d'une pareille cause.

Une cause infectieuse peut aussi ~~agir simultanément~~ à la fois sur plusieurs personnes vivant dans le même milieu, comme dans ce cas, mais quelle est cette cause ? Cette question ne saurait pas pouvoir être résolue dans ce cas.

En somme il s'agit d'une affection qui se présente sous une forme rarement rencontrée, surtout au point de vue de l'évolution rapide ~~d'abord~~ pour aboutir de foie ; où le foie est manifestement atrophié et dégénéré et où il n'a pas particulièrement intéressant de constater d'une manière précise en quoi consistent les lésions, que les auteurs ont décrit comme essentiellement variables sans tenir compte des conditions d'évolution de la maladie, qui peuvent influer notablement sur elles, et sans nous sans des examens assez précis pour être véritablement fixé sur la nature réelle de ces lésions de dégénérescence que nous croyons être toujours accompagnés d'un processus inflammatoire. C'est la démonstration que nous attendons de l'examen histologique de ce foie.

Il est à remarquer que, comme de coutume, l'ictère avait diminué le dernier jour de la maladie alors que l'état s'aggravait, c'est-à-dire par suite d'acholie. L'état grave expliqué aussi l'immobilité des pupilles aux rapides constatée, même alors que les ~~[illegible]~~ de perforation de cornée, d'élévation de la température ne s'étaient pas encore montrés. C'est-à-dire l'importance de ce signe dans un cas de ce genre, comme dans beaucoup d'autres. Enfin c'est encore par suite de l'aggravation ~~considérable~~ considérable de la maladie que les purgatifs ~~et les lavements~~ étaient restés sans effet, ~~tout comme~~ dans d'autres cas, les revulsifs à l'approche de la mort, et pour les mêmes raisons qui consistent dans l'amoindrissement considérable ~~[illegible]~~ des phénomènes de nutrition. Il coïncide toujours avec un affaiblissement très prononcé des contractions cardiaques.

nous avons profité de cette circonstance pour examiner l'état des fibres musculaires de l'utérus ~~[illegible]~~ pour voir l'accouchement. L'organe a, à peu près, le volume d'une tête de fœtus ~~[illegible]~~ ses parois très épaisses ont une teinte rouge jaunâtre pâle. Elles paraissent d'une consistance légèrement pâteuse, cependant tout en offrant une grande résistance.

L'examen histologique, par dissociation d'un petit fragment de cette paroi, montre que cette tunique musculaire est constituée par de grosses fibres allongées dont le protoplasme semble hyalin et contient un seul noyau dans lequel se voit plus ou moins bien un nucléole en général ovoïde ou un peu plus allongé, faiblement coloré par le carmin. Ces cellules forment des faisceaux volumineux plus ou moins entrecroisés les uns avec les autres, mais très larges et sous forme de

pelotons aussi petits et aussi irréguliers que dans le tissu normal ou dans le tissu des muqueuses. Les cellules sont, du reste, beaucoup plus volumineuses, comme on le voit très bien sur tous les points, mais particulièrement lorsque des cellules se trouvent isolées. On en voit sur certains points qui ont été écartés bien des autres, et on se rend vite bien compte qu'il n'existe entre elles, non seulement aucun autre tissu, ~~aucun~~ aucun stroma appréciable. Il ne doit donc exister que très peu de substance intercellulaire, les cellules étant plutôt sous une forme liquide, analogue au protoplasma cellulaire avec lequel elle doit se confondre en des points où l'on voit des cellules réunies et où l'on croit voir un stroma en raison de la distance qui sépare les noyaux dont quelques uns peuvent

souvent échappé à l'examen en raison d'une faible coloration et d'une situation profonde.

On peut ainsi se rendre compte que, à l'état physiologique, le stroma de l'utérus se modifie en même temps que l'hypertrophie des fibres musculaires a lieu; ce qui prouve bien que ce stroma n'appartient pas à un autre tissu, c.a.d. ou tissu fibreux environnant les autres, mais qu'il fait partie du tissu musculaire de l'utérus, lequel n'a pas d'autres éléments cellulaires que des cellules musculaires, comme nous avons cherché à le démontrer à propos des myomes, et comme ce fait physiologique vient encore à l'appui de notre opinion. Il est évident du stroma du sein qui se modifie de la même manière concomitamment.

Les caillots qui se trouvent superficiels et forment une mare épaisse des points d'implantation du placenta se remarquent toujours aussi abondants chez les multipares, doubles parties de sang durant ~~plus que chez~~ les primipares ~~[illegible]~~ des caillots superficiels des membres aussi plus pointus.

12e Leçon
3 Xbre 1907

Ictère grave

Chez une femme alcoolique.
Goître charnu volumineux
Traces d'endocardite ancienne.
Hypertrophie du cœur —
Surcharge graisseuse générale
avec sclérose du tissu adipeux.
Anasarque.

—

F. 44 ans, s. de M. Séjour.

Il s'agit d'une malade entrée dans le service de la Clinique il y a une dizaine de jours avec un ictère intense, un souffle systolique à la pointe du cœur, un gros goître, une surcharge graisseuse générale et de l'anasarque.

Il résulte des renseignements recueillis que la malade avait copieusement depuis longtemps

de boissons alcooliques et que son goût est très ancien, comme son obésité. L'œdème des extrémités inférieures remonterait même à plusieurs années. Toutefois pas de rhumatisme antérieur. Pas de Syphilis avouée.

C'est au mois dernier que la malade a commencé à prendre une ictère qui est allé graduellement en augmentant d'intensité. Il a donné lieu à un prurit qui a dû persister, car on trouve sur la peau du tronc des traces manifestes de grattages. Enfin la malade aurait eu des coliques violentes pendant quelques jours; ce qui avait fait penser à la possibilité de coliques hépatiques. Toutefois, se rapportant à de la lithiase biliaire ~~l'état de la malade~~ ~~de cataract~~ de plus en plus grave, on avait plutôt de la tendance à croire

à l'existence d'une lésion organique des voies biliaires ou de la tête du pancréas. En tout cas l'obésité ne permettant pas de se rendre un compte exact de l'état du foie et de la rate.

Avec l'ictère, on avait constaté la décoloration des matières fécales.

L'ictère augmentait encore de plus en plus pendant le séjour de la malade à l'H.D.; puis il survint du subdélire et de l'agitation; la température oscillant autour de 38° jusqu'au moment de la mort.

Autopsie le 6 Xbre 1907.

Surcharge adipeuse sous-cutanée générale au plus haut degré avec anasarque.

L'incision de la paroi abdominale montre que son épaisseur est surtout

dû à la surcharge graisseuse avec un squelette très manifeste. Cette épaisseur est de 3 cent. à la partie supérieure de l'abdomen et de 6 cent. ou moins à la partie inférieure.

Les membres inférieurs sont le siège d'un œdème dû résultant d'un état anatomique du tissu cellulo-adipeux augmenté de volume et sclérosé.

Le gd. épiploon est égal et rempli de graisse et le siège de petites tractus sclérosés.

La cavité abdominale renferme certainement plusieurs litres de liquide séreux. Il existe aussi ~~&~~ à coup sûr du liquide de même nature dans chaque plèvre dont les poumons ne présentent que quelques adhérences pleurales diffuses sur les régions antéro-latérales.

Pression par du liquide dans la cavité du péricarde surchargé de graisse. Le cœur apparaît un peu augmenté de volume et surchargé par une hypertrophie de ~~son tissu~~ adipeux surtout au niveau du cœur droit.

La foie attire tout particulièrement l'attention par son augmentation de volume et surtout par sa coloration vert foncé avec un surface parfaitement lisse (1970 gr.). La vésicule est distendue et comme enveloppée par des adhérences venant ~~recouvrant~~ sa paroi aussi que la partie voisine du lobe droit de la face inférieure du foie à la portion pylorique de l'estomac et à la première portion du duodenum. Le gd épiploon qui recouvre l'estomac et le colon transverse est contracté à a suite des adhérences. Certaines qu'on trouve la lésions d'une

17

aucun péritonite adhésive sous-jacente à laquelle on peut rapporter les calculs signalés dans l'observation.

Nous constatons l'augmentation très prononcée du volume de la rate qui pèse 420 gr., et déjà nous pensons que, en raison de ce fait, il y a beaucoup de probabilités pour que nous ne trouvions pas d'altération organique comme cause de l'ictère.

Cependant les probabilités étant encore pour un ictère par rétention, nous recherchons ~~tout~~ d'abord le canal cholédoque que nous ouvrons pour y faire pénétrer une sonde, laquelle parvient facile à dans l'intestin.

D'autre part nous ouvrons

successivement l'œsophage, l'estomac et le duodénum sans rencontrer aucune lésion appréciable.

Il en est de même au niveau des canaux biliaires. Nous constatons seulement que le canal cystique est très élargi, ainsi que la portion inférieure du canal vésicule biliaire et que du reste celle-ci est plutôt volumineuse, remplie par une bile de coloration foncée et contenant quelques petits gravier vivants.

Le foie incisé montre sur les surfaces de section un tissu uniformément vert foncé, mais avec une piqueté rouge, une consistance assez ferme, sans brides scléreuses appréciables et sans autres productions.

Le pancréas incisé sur toute sa longueur nous a paru tout à fait sain.

Le cœur indépendamment de son volume de volume et de poids (370 gr.) avec surcharge graisseuse, présente un épaississement assez prononcé au niveau de la partie moyenne de la gde valve de la mitrale avec une petite induration sur la partie correspondante de la petite valve, mais sans végétations récentes.

On trouve aussi, ~~sur les valves~~ les sigmoïdes, ~~aussi développées~~ au niveau du nodule d'Arantius, un léger épaississement qui se continue de chaque côté sur les points d'élection de l'endocardite, c'est-à-dire au niveau des feuillets d'accolement des valvules.

On a aussi la preuve d'une inflammation ancienne des valvules du cœur gauche, très légère au niveau des sigmoïdes, mais un peu plus accusée au niveau de la mitrale au point de donner lieu à un rétrécissement appréciable mais à l'épreuve de l'eau.

Seulement quelques traces légères de plaques jaunes d'athérome sur l'aorte.

Les poumons sont volumineux emphysémateux et en outre congestionnés, surtout dans les parties déclives ~~[illegible]~~ quelques traces seulement d'atélectasie superficielle probablement en raison de l'emphysème sus-jacent. P. droit 700 gr. et P. g. 720 gr.

Les reins sont volumineux et congestionnés, mais sans lésion appréciable, pesant le dr. 240 gr et le g. 230 gr.

Enfin la malade présente un goître volumineux portant sur les trois lobes du corps thyroïde qui sont augmentés de volume et comme bosselés. Sur les surfaces de section, pas de kystes manifestes, mais tissu rouge jaunâtre, d'aspect colloïde avec çà et là de petites masses blanchâtres infiltrées de sels calcaires. Le reste goître plutôt charnu.

Ulcères volumineux sur le tissu du col, avec aspect de [illegible]

Cette autopsie est intéressante à plusieurs points de vue.

Et d'abord il semblait bien d'après l'observation que l'ictère persistant et progressif devait être attribué à une ictère par rétention et plutôt à une lésion organique sur le trajet des voies biliaires.

La malade avait bien eu une colique qu'on pouvait attribuer à la présence de calculs biliaires ; mais il ne faut pas oublier que ces coliques se produisent encore bien plus souvent sans calculs, parce qu'elles sont en rapport avec la péritonite adhésive sans. Hypothèse qui a probablement son origine dans une infl. des voies biliaires, avec ou sans calculs. De sorte c'est avec la présomption de avoir ~~encore plus souvent sans que on trouve~~ dans la vésicule que cet organe est ordinairement ~~de calculs~~ le siège d'un néoplasme. Il en résulte que dans tous les cas il faut songer à la possibilité d'une

lésion de cette tortueuse, soit sur la vésicule biliaire, soit sur le cholédoque, soit plus fréquemment encore au niveau de la tête du pancréas.

Il est vrai que dans ce dernier cas l'ictère se produit assez rapidement avec une grande intensité et que les malades ne survivent ordinairement que 4 ou 6 mois et non plus de deux ou trois mois; tandis que chez cette malade l'ictère est survenu d'une manière graduelle et a eu une durée beaucoup plus longue.

Toujours est-il que le pronostic n'était pas douteux et que l'état grave présenté par la malade n'avait pas permis de songer à une intervention chirurgicale. Dans ce cas, du reste, on aurait pu seulement ouvrir la vésicule pour permettre l'écoulement de la bile au dehors. Peut-être que cette opération faite à une époque

moins avancée aurait pu permettre la disparition de l'ictère ou au moins une amélioration notable, sans cependant qu'on puisse rien préjuger à ce égard avant d'avoir fait l'ex. hist. du foie. +

Lorsque on rencontre ainsi un ictère intense sans cause manifeste de rétention de la bile et qui détermine la mort du malade est dénommé ictère grave, on est assez embarrassé pour expliquer ce trouble, que l'il s'agisse de l'ictère grave atrophique aigu considéré comme produit par des causes infectieuses ou toxiques mal déterminées ou d'un ictère produit plus lentement et attribuable à des causes diverses connues ou non.

On dit que dans les cas de cirrhose les cellules hépatiques sont profondément altérées et souvent atrophiées. Cependant

+ Nous avons pu observer un malade présentant un ictère sans rétention biliaire qui fut opéré par M. Guillaume sans antiseptique. Le foie était dur et hypertrophié, qui fut trouvé à l'autopsie.

comme il y a de l'ictère, il faut bien qu'elles aient pu d'abord sécréter de la bile et s'il y a de l'acholie, cela n'a pu être qu'à la période ultime. C'est ainsi que dans ce cas on a noté la décoloration des matières fécales, alors que cependant nous avons trouvé les voies biliaires perméables. Mais comme c'était à la période ultime ~~on peut~~ ~~[illegible]~~ pense que cela était dû à ce que la malade était arrivée à une période d'acholie résultant de l'état général grave dans lequel elle se trouvait.

Il eut été particulièrement intéressant de savoir si les matières fécales étaient décolorées ou non il y a 2 ou 3 mois? Elles devaient l'être à un degré quelconque, car autrement il serait assez difficile d'expliquer

la ~~[illegible]~~ ainsi intime de l'ictère.
Mais il est fort possible que dans
ce cas la bile n'ait pu passer
que peu ou pas dans l'intestin en
raison de la disposition constatée
au niveau du canal cystique et de
la portion inf. de la vésicule biliaire.
Ces parties étant notablement dilatées parce
qu'elles recevaient directement et facilement la bile provenant
du canal hépatique en trop grande
quantité ou en totalité il pouvait
en résulter une pression sur la partie
sous-jacente du canal cholédoque
dont la fonction devait ainsi
être annihilée en partie ou en
totalité.

C'est une disposition qui mériterait
d'être recherchée dans de nouveaux cas
d'ictère ~~se~~ comportant comme un ictère par
rétention, sans qu'on trouve d'autres lésions manifestes

Il semble bien qu'on doive attribuer l'ictère à cette cause dont le point de départ réside peut-être dans les phénom. infl. dont la vésicule a été le siège avant de produire les adhérences constatées à son niveau, surtout si l'ex. hist. du foie démontre que le parenchyme n'offre pas d'autres lésions que l'ictère.
analogie avec ceux qui ont pu se produire dans le cas relaté ci-dessus et opéré.

Toutefois comme cette fièvre était oligoalbuminique et que l'ictère grave a été noté dans ces conditions, on peut encore se demander s'il ne s'agit pas d'un cas de la genèse. Ce n'est guère probable, parce que l'ictère a duré assez longtemps sans s'accompagner d'hémorragies et de phénomènes généraux graves ni d'atrophie du foie.

Mais l'ex. hist. permettra de trancher la question, parce que, dans l'ictère grave presque dit, on trouve toujours une des altérations dégénératives de cellules, un processus infl. diffus intense.

Si l'adipose généralisée doit avoir pour origine l'alcoolisme, elle a dû certainement être augmentée par production sclérose plus accusée sous l'influence de l'hypertrophie du cœur. C'est aussi la cause de la tendance à l'anasarque. Aussi même avant d'avoir ouvert le cadavre, nous attendions-nous à trouver le cœur augmenté de volume.

Cette hypertrophie peut être attribuée soit aux lésions inflammatoires aiguës de l'endocarde, soit à l'existence de goître; car le cœur est toujours plus ou moins augmenté de volume dans ce dernier cas.

Toutefois il y avait relativement peu de lésions prononcées par rapport aux troubles périphériques dont la détermination dépendait en grande partie de l'alcoolisme.

6 - 6 Xbre 1907 - F. de 44 ans, s. de M. Lépine

Ictère chronique et progressif ayant débuté en juin 1907. Depuis septembre, œdème des membres inférieurs; ascite. Pas de sucre ni d'albumine dans l'urine. Muqueuses décolorées. Ethylisme.

Autopsie - Pas de sténose des voies biliaires. Rien au pancréas. Foie dur, nodulaire, Grosse rate.

Foie présentant une sclérose interne avec surcharge graisseuse au pourtour des cellules. En outre toutes les cellules, y compris celles qui se trouvent dans les tractus scléreux, sont surchargées de pigment biliaire et particulièrement celles des portions glandulaires où il y a le moins de graisse.

En somme Cirrhose hépatique avec ictère interne.

Lithiase biliaire

13e Leçon (suite)
4 décembre 1877

Lithiase biliaire

accumulation de calculs dans les voies biliaires avec rétention biliaire sous ictère.

Athérome artériel avec sclérose des reins sous hypertrophie du Cœur.

Atrophie sénile de tous les organes.

Sclérose pulmonaire ancienne.

Quelques noyaux récents de bronchopneumonie avec pleurésie sérofibrineuse récente du côté droit.

—

H. 75 ans, s. de M. Drivon, entré dans un état demi-comateux, ce qui empêche d'obtenir des renseignements sur sa maladie et son état antérieur, les personnes qui accompagnent le malade ne le connaissant pas auparavant. L'examen de l'urine y a fait reconnaître la présence de l'albumine en petite quantité. Mort dans la nuit suivante.

8

Autopsie le 2 Xbre 1897 — L'examen des voies biliaires est particulièrement intéressant. On trouve la vésicule notablement distendue de manière à doubler de volume et à dépasser le bord antérieur du foie d'au moins centimètres de doigt. Elle est remplie de bile et l'on peut parfaitement y constater avec la présence de quelques petits calculs mobiles dans le liquide qu'elle renferme. Le canal cystique est très manifestement ~~dilatéroyé~~ avec des parois un peu épaissies. Il en est de même pour les canaux hépatiques et cholédoques qui en outre sont remplis de calculs plus ou moins mobiles en raison de la présence simultanée d'un peu de bile.

Après avoir ouvert le duodénum, on voit l'ampoule de Vater remplie de calculs faire une saillie conique formée

à l'extrémité de laquelle se trouve une ouverture arrondie de 3 ou 4 mill. de diamètre laissant voir un calcul qui semble l'obturer.

Lorsqu'on comprime la vésicule biliaire, on voit sourdre par l'orifice de l'ampoule de Water un peu de bile mêlée à une bonne quantité de pus, puis le calcul qui se trouvait à l'orifice est éliminé pour faire place à un autre qui se présente également à l'ouverture. On peut le faire sortir de la même manière, ainsi que 2 ou 3 autres de même volume (volume d'un petit pois).

En ouvrant le canal cholédoque, on voit qu'il est rempli de calculs ayant à peu près le même volume et qui sont mélangés avec une bile bourbeuse comme celle ~~obtenue~~ dans la vésicule

où se trouvent aussi qqs. calculs de même volume. Le canal hépatique est aussi distendu et rempli de calculs. Il en est de même de ses branches où les calculs sont cependant plus petits, avec prédominance sur celle qui se dirige dans le lobe gauche. Autant qu'on peut suivre les divisions de cette branche, on les trouve remplies d'une bile bouillie qui distend les canaux biliaires sous forme de cordons blanchâtres en raison de l'épaississement simultané des parois. Chaque section de ces canaux donne issue à de la bile bouillie semblable à celle contenue dans les plus gros canaux.

Il en est de même, moins à un moindre degré pour les canaux biliaires du lobe droit. On trouve encore qqs. calculs à leur intérieur

dans le foie, puis seulement de la bile plus ou moins bonne et d'autant moins qu'on s'éloigne du côté droit de ce lobe alors que l'altération est plus marquée en se dirigeant du côté gauche, pour présenter son maximum dans le lobe gauche.

Quant à la substance hépatique, elle est de coloration jaunâtre normale, sans la moindre trace d'ictère.

Il existe seulement une atrophie générale du foie, telle qu'on l'observe habituellement chez les vieillards, cet organe ne pesant que 750 gr. Pas trace non plus de sclérose. Du reste un petit fragment est recueilli pour l'examen microscopique.

Tous les organes sont atrophiés.

Le rate ne pèse que 40 gr.

Le rein droit pèse 100 gr. le rein gauche seulement 70 gr. La capsule est très adhérente surtout pour le droite. Sur la surface présente qqs. dépressions irrégulières qui paraissent se rapporter à d'anciens infarctus. L'ex. micr. fera connaître le degré de sclérose de cet organe.

Les artères sont athéromateuses et ces lésions prédominent sur l'aorte qui est dilatée et présente de nombreuses plaques jaunes dont quelques unes sont ulcérées et quelques autres calcaires.

Le Coeur est de petit volume ne pesant que 220 gr. sans lésion orificielle.

Poumons. Le poumon gauche est emphysémateux avec un noyau induré à deux travées et dirigé en dehors du sommet en arrière. L'incision portant sur ce point montre qu'il s'agit d'un noyau de volume d'une noix où existent à la fois des ~~exsudats~~ récents et purulents avec une sclérose manifeste. En outre toute la partie centrale du lobe supérieur est remplie de tractus nombreux, minces, manifestement fibreux et anciens.

Le poumon ~~droit~~ présente également près du sommet un noyau induré semblable à celui du sommet gauche mais moins volumineux. Il y a aussi moins de sclérose ~~dans~~ dissémination à travers le lobe. Mais il y a une pleurésie profonde récente avec culotte de lipide dans la plèvre et beaucoup d'exsudat fibrineux surtout à la base. Atelectasie presque complète du lobe inf. et de la partie hilaire du lobe sup. – Pas. noyaux de bronchopneumonie récente disséminés dans le lobe inf. surtout au voisinage de la plèvre –

1re Leçon
Janv. 1849

Autopsie pour M. Denis

d'une vieille femme morte de bronchopneumonie et présentant un estomac bilobé avec une belle cicatrice étoilée au niveau du point rétréci et dans le canal cholédoque une oblitération produite par un calcul volumineux rugueux déterminé de nombreux abcès biliaires dans le foie sans ictère, sans calculs et pas conséquent, sans que ces lésions aient pu être soupçonnées.

En rapport avec le calcul, on remarquait sur la portion inf. du canal cholédoque une épaississement irrégulier et un rétrécissement paraissant se rapporter à un néoplasme que l'ex. histologique a confirmé.

2e Leçon
Xbre 1899

Surpoids d'alcoolisme avec énorme hypertrophie de la rate. Pneumonie du lobe inférieur droit.

H. 34 ans, s. de la Bourdet, entré pour un état d'anémie extrême, les globules rouges n'étant que au nombre de 2000 par millimètre cube, donc 1000 globules blancs. Ce malade a séjourné en Algérie jusqu'au mois d'août dernier. Il aurait eu durant toute son existence des fièvres intermittentes de temps en temps et pour la dernière fois six mois avant son entrée à l'H.D. En outre il aurait fait ~~temporairement~~ ~~un grand~~ abus des boissons alcooliques, de tout sorte.

— Quelques jours après son entrée dans le service, le malade a pris une température élevée avec des signes de pneumonie ou de pleurésie du côté droit (souffle ou égophonie), ~~et~~ et douleurs que on

a fait une ponction exploratrice qui
ne l'a pas donné de résultat ou plutôt
qui ne l'a donné qu'un résultat négatif.
Le malade a succombé au 13e jour
de sa pneumonie.

<u>autopsie le 2 Xbre 1843</u>. Dès l'ouverture
du sujet, on remarque l'énorme
volume de la <u>rate</u>, tel qu'il avait
été constaté pendant la vie, occupant
au dessous des fausses côtes gauches la
plus grande partie de l'hypochondre
de ce côté jusqu'à la fosse iliaque,
et s'avançant de l'autre côté de
l'ombilic sur deux ou trois travers de doigt;
refoulant la masse intestinale
vers l'hypochondre droit et la cavité
du bassin, sans toutefois en contracter
adhérences, ainsi qu'avec le diaphragme à son extrémité supérieure
qui remonte vers les côtes.

après avoir enlevé la rate, on voit qu'elle est énorme, surtout allongée dans son plus grand diamètre vertical et dans son diamètre transverse, avec une épaisseur de 3 ou 4 travers de doigt, des bords arrondis partout, rien autour des incisures bien accusées qu'elle présente à sa partie interne. Sa consistance est ferme avec une capsule épaisse, surtout au niveau du tout sup. en rapport avec le diaphragme qui présente une plaque blanchâtre plus épaisse et particulièrement de la partie en rapport avec le rebord costal où se trouve une large plaque blanche formant comme un bracelet qui étreint l'organe en formant une ligne rétrécissant à ce niveau. Enfin on voit çà et là, principalement sur la face antérieure des plaques blanches irrégulières, sur les parties les plus saillantes de l'organe.

Le foie offre une certaine résistance à la coupe et montre sur les surfaces de section le ton profond approprié de coloration rouge foncé avec de taches irrégulières plus brunes ou violâtres et présente une résistance très prononcée à la pression indiquant une augmentation du poids spécifique du foie. Nulle part on ne trouve de lésions diffluentes, ni aucun autre aspect. L'ex. histologique fait immédiatement percevoir des cellules chargées de pigment, comme l'examen à l'œil nu le faisait prévoir. Un examen après durcissement d'un fragment permettra de rendre compte des changements de structure. Poids de la rate : 2440 gr.

Les ganglions de la région lombaire non manifestement augmentés de volume, de coloration gris rosé et seront examinés après durcissement.

Foie très volumineux, de coloration normale ou plutôt congestionnée malgré l'état anémique offert pendant toute sa vie. Sur les coupes, on

remarquer cependant indépendant de la consistance compacte de l'organe, comme de tranés ou arborisations gélatineuses qui pourraient peut-être se rapporter à un commencement de sclérose, sans en avoir la certitude qui ne pourra être donnée que par l'éx. hist. après durcissement.

L'éx. fait immédiatement indiquer que les cellules se remplissent peu manifestement du pigment doré la plupart contenant des granulations graisseuses ~~[illegible]~~ ainsi que des vacuoles de graisse. Poids du foie : 3350 gr.

Les reins n'offrent rien de particulier à l'œil nu et pèsent chacun 160 gr. L'éx. histologique nous fait ultérieurement.

La prostate droite est le siège d'une hépatisation complète de son lobe inférieur dont la surface interne présente une dépression parallèle en rapport avec la saillie du corps vertébral.

On remarque sur toute la surface pleurale de ce lobe un exudat fibrineux récent qui s'en enlève facilement et au dessous duquel se trouvent la surface des plèvres dépolies, c.a.d. non un large exudat fibrineux persistant. C'est au niveau des parties déclives que l'exudat est le plus abondant c.à.d. à la base du poumon (plèvre diaphragmatique) et à la région postéro inf. ~~du lobe inférieur~~ on voit l'exudat plus épais et plus adhérent à la plèvre pour déjà avoir une physionomie étoilée et la longueur d'une pièce de 5 fr. tout à fait à la partie postéro inférieure. Les adhérences pleurales ne présentent rien notable.

Les coupes pratiquées sur le lobe montrent qu'il est le siège d'une hépatisation rouge uniforme et que les bronches renferment un exudat d'aspect blanchâtre muqueux analogue à du muco-pus.

La pointe inf. droite du lobe sup. droit est immédiatement en rapport avec le lobe hépatique présente sur une hauteur de deux travers de doigt une portion de tissu pulmonaire affaissé et de coloration brunâtre violacée, correspondant à une congestion manifestement atélectasique. Les autres parties du tissu pulmonaire sont au contraire le siège d'un emphysème très prononcé. Poids : 1080 gr.

Le poumon gauche présente à la pointe post. sup. de son lobe inférieur un peu d'affaissement des parties superficielles du tissu, avec une teinte violacée, correspondant à un peu de congestion tendant. Et partout ailleurs on trouve un emphysème très prononcé. Poids 940 gr.

Les poumons ne présentent absolument aucune trace de lésions anciennes, tuberculeuses ou autres.

Cœur petit, 285 gr. sans lésion appréciable.

Aorte toute fait saine.

Réflexions. La cachexie palustre avec hypertrophie considérable de la rate est certainement en rapport avec les nombreux accès de f. intermittente présentés par le malade durant tout le cours de son existence, peut-être pourquoi il ne s'est pas traité convenablement à temps ou pourquoi il se en un mauvais hygiène. Son alcoolisme notamment doit être incriminé en raison de son action particulièrement fâcheuse, cœur organes, de toutes les lésions de cause infectieuse. C'est aussi que, quoique les lésions de la rate recommandent manifestement pour cause le paludisme, il est très vraisemblable

que l'alcoolisme soit cause de leur intoxication excessive. ~~des leucocytes~~ Dans les malades atteints de f. à répétition ne présentant pas de pareilles lésions qui sont en somme très exceptionnelles et ne se rencontrent guère que chez des femmes. Quantqu'à les malades ne présentant donc les mêmes conditions devront être tout spécialement interrogés au point de vue de l'alcoolisme dont l'intervention paraît si bien rendre compte de ces altérations tout à fait inusitées de la rate.

Celles-ci en tout cas, ne relèvent pas d'une leucémie, comme l'examen du sang l'a prouvé, puisque le nombre des globules blancs est plutôt un peu au dessous du chiffre normal. Mais il est à remarquer

cependant que le rapport des globules blancs aux globules rouges est considérablement augmenté.

~~Déjà ces faits eussent pu faire soupçonner~~ déduire des conséquences relatives à l'action ~~peut-être on devait que la rate~~ physiologique de la rate sur rapport aux globules rouges et blancs. C'est qu'il s'agit, en effet, non d'une hypertrophie proprement dite, c'est dire ~~d'un~~ normal augmenté de volume pouvant impliquer une augmentation d'action, mais d'un état pathol. c'est, ou des modifications ± profondes dans un permettant pas de conclure à une action identique et faisant soupçonner plutôt que l'on observe dans d'autres organes vicié altéré, une action ± perverte et par suite dénaturée très probable.

En tout cas on ne peut tirer de ce fait aucun doute précis pour expliquer la physiologie de la rate avec le mal connu

Une autre remarque intéressante
résulte de l'examen du cœur et surtout
de l'aorte qui ne présentait pas
la moindre lésion d'athérome. Ce
n'est pas la première fois que je fais
cette remarque chez des sujets ayant
présenté du paludisme ou de l'alcoolisme
et ici avec ces deux causes morbides
associées, sous la moindre lésion
athéromateuse ; de telle sorte que,
contrairement à l'opinion de bien Sauvages
et de la plupart des auteurs, je ne
crois pas que ou puisse attribuer
l'athérome artériel des anévrysmes
soit à l'impaludisme, soit à l'alcoolisme.
Lorsque il s'agit de sujets jeunes ou
même dans la période adulte, présentant
de lésions très prononcées d'athérome, je crois,

d'après nos observations qu'il faut toujours incriminer la syphilis depuis ~~c'est~~ cette cause infectieuse ~~qui~~ est la seule ~~à incriminer~~ ~~de l'athérome~~ dans l'athérome obliterant de l'orifice des coronaires, après détruit l'angine de poitrine, aussi bien que dans l'athérome producteur des anévrysmes.

Mais les lésions de l'athérome observé chez les vieillards depuis vieux ne produisent pas les mêmes effets, n'ont pas été déterminées par des observations assez précises dans nombreuses pour arriver à une notion exacte à ce sujet. C'est une étude à faire, en se plaçant dans des conditions d'observation absolues et parfaites dans difficile à réaliser pour tenir compte de toutes les circonstances ~~patho~~ ~~d'étiologie~~ ~~les circonstances~~ ~~étiologie~~ ~~ancienne~~ ~~ancienne~~ chez les vieillards et dénuées alors qu'il faut incriminer, c.à.d. que

Le malade a succombé à une pneumonie présentant les caractères de l'hépatisation rouge bien que ce fut au 13me jour et chez un sujet cachectique.

On peut dire d'une manière générale que tous les troubles profonds de l'organisme favorisent la production de la pneumonie ; à tel point que, lorsqu'on voit survenir de la fièvre avec une température beaucoup très élevée dans un état chronique, il y a toutes probabilités pour qu'il s'agisse d'une pneumonie, même lorsque les signes locaux font défaut ou sont douteux.

Dans ce cas, on a constaté à la base droite, de la matité avec diminution des vibrations,

un souffle avec égophonie, qui avait fait penser à une pleurésie avec épanchement et avait conduit à faire une ponction qui a donné un résultat négatif.

Il est à remarquer, en effet, qu'en plusieurs au début donne souvent bien à des signes de cette nature qui rendent un diagnostic précis difficile, même avec des crachats rouillés, sans qu'on l'on ne sait pas si le point pneumonique ne va pas donner lieu à une pleurésie qui devient en la lésion dominante. Mais dans ce cas, il y avait peu de probabilité pour admettre un rétrécissement du <u>début brusque de l'affection</u> <u>par une température de 40°</u>. Il existait un épanchement mais il n'avait pas formé aussi rapidement

En matité, l'obscurité de la respiration avec diminution de vibrations, à la partie inf. du poumon hépatisé et dégé, probablement par suite de l'éloignement des gros tuyaux bronchiques. Mais un peu au dessus on trouve les vibrations thoraciques toujours augmentées, ce qui n'a jamais lieu, autant à un pareil degré dans la pleurésie, sur les confins de la matité, il y a encore une diminution ± marquée des vibrations.

Quand il y a un souffle vibré accompagné d'égophonie, ce n'est guère qu'au début et probablement aussi en raison de l'éloignement des gros bronches, plutôt que par le fait d'un peu d'épanchement

cependant on pouvait aussi incriminer la production d'un peu de liquide au l'exudat fibrineux des plèvres dans bien affaissement du parenchyme pulm. On voit, en effet, qu'il n'est pas besoin de beaucoup de liquide dans les plèvres pour avoir souffle vélé et l'égophonie caractéristique, Sandoz, pas agent remarqué que les phénomènes d'auscultation constatés sur un pleurésie aiguë, persistent sur les mêmes caractères immédiatement après l'évacuation aussi complète que possible de l'épanchement. Du reste les modifications de la voix sont en rapport avec le souffle dont les caractères varient suivant l'état des bronches et du parenchyme pulmonaire qui peut réaliser des conditions acoustiques diverses.

Conclusions. 1° Le phénomène de l'égophonie se produit dans des conditions différentes.

Bien que le malade n'ait succombé qu'au 15e jour, il n'y avait qu'une hépatisation rouge ; ceci prouve que les stades de la pneumonie admis par les auteurs sont plus artificiels que réels ; d'autant qu'on peut trouver des passages aux hépatisation grise chez des sujets ayant succombé avant le 6e jour.

La période d'engorgement paraît bien précéder l'hépatisation, car on la rencontre toujours sur les confins de l'hépatisation ; ordinairement si un seul poumon est affecté, on la trouve souvent sur le point symétrique de l'autre poumon. Mais personne ne peut dire si une hépatisation

grise a été précédée d'une hépatisation rouge pendant un temps déterminé. Le plus souvent, en effet, on trouve une hépatisation grise, moins souvent rouge, mais l'un ou l'autre, et rarement les transitions de l'une à l'autre, la succession des deux sortes d'hépatisation étant ~~exceptionnelle~~ ~~[illegible]~~. En tout cas comme on l'a fait pour cela ne dépend pas de la durée de la pneumonie, et par conséquent l'évolution ou la caractère d'hépatisation grise n'est pas en rapport avec cette durée. Toutefois on peut voir venir des pneumonies beaucoup plus longtemps, mais évoluer alors du côté de la pneumonie hypostatique.

Il est plus juste de dire que la pneumonie

gris est celle où il y a des troubles de nutrition des cellules rénales, se traduisant ~~[illegible]~~ immédiatement par une altération, une transformation graisseuse du protoplasma, due probablement à la compression des capillaires par ~~[illegible]~~ quantité de cellules remplissant les alvéoles et qui dès lors ne peuvent pas vivre.

On peut aussi invoquer des causes générales influençant la nutrition. Cependant il y a plus de probabilités pour que l'influence principale sur la nutrition des cellules provienne des conditions locales, car le malade était très amaigri, très cachectique et cependant il n'y a pas eu d'hépatisation grise. S'il l'hépatisation

rouge a persisté, c'est que les vaisseaux n'ont pas dû être oblitérés, comme nous pouvons nous en assurer par l'ex. histologique. De cette il est probable déjà que l'exudat ne devait pas être très abondant, la coupe offrant une surface à grains fins et peu accusés. C'est comme que l'on peut parfaitement expliquer la persistance de la nutrition de ces cellules quoique le malade fût très amaigri.

On peut même se demander si cette anémie n'est pas pour quelque chose dans le fait d'une exudation plutôt perdue lentement et en quantité relativement moindre?

Mais ce qu'il y a de bien certain, c'est que cette anémie, comme toutes celles qui mènent sur un organisme tout, devait être fatale au malade.

autopsie du 8 décembre 1905

1019

15e Leçon
X bre 1905

- Sclérose rénale ; sclérose probable du coeur
- Cholécystite suppurée ?
- Myomes utérins avec polype de la muqueuse

Femme de 63 ans. Service de M. Josserand

La malade avait présenté une arythmie considérable sans signes de lésions valvulaires, albumine.

Autopsie

Sujet non amaigri. Oedème des membres inférieurs.

Thorax

Coeur 320 g. Volume à peu près normal. le ventricule droit est cependant un peu dilaté et à parois manifestement épaissies, aucune lésion valvulaire.

Oreillette droite très modérément dilatée mais à parois minces, un peu tapissées d'un aspect blanc nacré sur la face ~~pariétale~~ péricardique (partie sup. et post.) ; à ce niveau la paroi est particulièrement mince et sans rugosité. Il n'y a cependant pas de dépoli de la séreuse. D'ailleurs il n'y avait aucun exsudat dans la cavité péricardique.

Le ventricule du ventricule gauche ne paraît avoir aucune lésion ; il est

d'épaisseur moyenne, ferme. A peine à l'extrémité des piliers y a t'il un petit cône fibreux.

Par contre la section du V. droit (sur la ligne de section habituelle de la face ant.) montre quelques stries jaunâtres dans le parenchyme.

Pas d'athérome.

Aux poumons : oedème très légère des bases avec un tout petit peu de pus dans les branches. Emphysème généralisé moyen. Sclérose discrète anthracosique (tabac) surtout à l'un des sommets qui est très noir quoique souple et aéré, mais avec une petite cicatrice fibreuse noire vers le sommet. Pas de tubercules apparents. Pas d'adhérences.

Abdomen

Un peu de liquide dans le péritoine

Foie sans lésions bien appréciables, mais plutôt petit. 950 gr.

Vésicule très petite et très rétractée à parois épaisses avec des adhérences aux organes voisins. Contient un liquide ~~parfaitement~~ assez fluide et 3 gros calculs (noisette) marquant leur place sur la muqueuse du fond qui est rétractée au dessus d'eux.

Reins Capsule légèrement adhérente avec surface légèrement granuleuse au dessous. Substance corticale un peu amincie. Pas de dureté particulière.

Ureters Petit myome sous-péritonéal à la face antérieure (noisette); il n'est adhérent à la paroi par une large base

mais cependant nettement isolée de cette paroi : on peut le mobiliser légèrement.

Col contenant un mucus épais ; l'orifice utérine est à peu près complètement fermé. Le corps est épaissi et un peu arrondi ; sa cavité, un peu agrandie contient un petit kyste sous-muqueux gros comme une ~~petite~~ amande et ~~formant~~ du côté ~~gauche~~ une saillie occupant la sortie de la cavité, rose grisâtre, un peu violacée, légèrement mamelonnée (petite amande) ; elle est sessile, à base large. A la section on voit que son tissu, assez mou, est creusé de petites cavités (les plus grandes sont comme une grosse tête d'épingle) et est très vasculaire. Les cavités contiennent un mucus incolore un peu plus clair que celui du col ; il s'écoule en partie à la coupe. La tumeur se continue un peu dans la paroi de sorte que si la saillie visible ~~dans~~ est de 6 à 7 millim. environ l'épaisseur est bien de 10 à 12 sur la coupe. Cependant la limite se voit bien entre la tumeur et la paroi utérine sur la surface de section. — Outre petit kyste intertitiel sous-muqueux ~~dans~~ du côté ~~droit~~ ~~profondément~~ légèrement saillie dans la cavité du côté ~~droit~~.

Rien aux ovaires

13e Leçon
X 1905

Adénome de la muqueuse utérine coexistant avec des Myomes.

F. 63 ans, s. de Mr Gonnard, ayant succombé à des troubles cardiaques après avoir présenté de l'arythmie, sans signes d'une lésion orificielle, mais avec un peu d'albuminurie.

L'examen des reins a montré qu'il existait un effet des lésions manifestes de sclérose.

Quant au cœur peu augmenté de volume, il n'a pas présenté, effectivement de lésion orificielle, mais il a semblé qu'il y avait peut-être un peu de sclérose de l'oreillette droite?

Ce qui a paru le plus évident, c'est

qu'il y avait un peu d'épaississement du péricarde à ce niveau. L'ex. histologique dira si les lésions étaient plus profondes.

Est-ce à cette lésion qu'on peut rattacher l'arythmie observée pendant la vie ? Il est difficile de le dire, parce que l'on trouve souvent de l'arythmie chez des sujets ~~dont le cœur~~ n'offrant aucune trace de sclérose, et que des sclérose sclérosés se rencontrent chez des sujets qui n'ont pas eu d'arythmie.

Mon attention n'a pas été fixée particulièrement sur l'état des oreillettes. Et pourtant faudrait-il mieux les examiner à l'avenir. Mais il est fréquent de rencontrer cette inflammation du péricarde à ce niveau, parce qu'elle correspond à la base, où l'infl. tend à prédominer, comme nous le voyons

points où se rencontrent les plexus cérébraux qui sont de même nature et doivent être produits sous l'influence des mêmes causes.

Et puis pour ce qui concerne les causes capables de produire l'arythmie, il faudrait encore examiner l'état dans lequel se trouvent les nerfs du cœur et les centres nerveux, recherches d'une extrême difficulté et que il faudrait faire dans de nombreuses cas ; ce qui est à peu près impossible avec les moyens de ~~préservation~~ actuels encore beaucoup trop difficiles et trop longs. Or, tout que des observations complètes seront défaut, on ne pourra pas élucider cette question.

Cholécystite calculeuse ~~sans doute~~
au péritoine sous-hépatique -

Epaississement rétracteur de la paroi de la vésicule biliaire qui, dans ce cas, est assez prononcé ; et, comme toujours avec un certain degré de rétraction et d'épaississement irrégulier.

Je veux seulement vous entretenir
plus spécialement
du état de l'utérus rencontré chez
cette femme, sans n'est pas en rapport
avec la maladie à laquelle elle a
succombé ; car on trouve les mêmes
lésions ~~dues~~ des appareils principaux
différents. Mais les lésions sur lesquelles
je désire appeler votre attention se
présentent ici d'une manière bien
typique telle que l'on a souvent
l'occasion de les rencontrer. C'est
pourquoi j'en profiterai pour
vous les décrire et faire quelques remarques à ce sujet.

En explorant la cavité pelvienne
nous avons trouvé l'utérus un peu plus
gros et plus volumineux qu'à l'état normal
et ~~de~~ outre il était le siège d'un petit
hygroma sous-péritonéal sur la face antérieure.

ouverture de l'utérus en avant. Rétrécissement très prononcé de la cavité cervicale à sa partie sup.

Donc la cavité du corps, étaillée plus ou moins saillie du côté droit, présente d'un autre côté un peu plus volumineux, offrant une coloration quinoïde, violacée, d'une substance molle d'aspect muqueux, du volume d'une petite amande, ~~d'une coloration plus foncée et~~ qui adhère à la partie postérieure sur sa plus grande étendue.

Une mission portant à la fois sur cette saillie et sur la paroi utérine montre qu'on a affaire à une production anormale de la muqueuse, car sur les surfaces de section, on aperçoit de petites cavités d'où s'échappe un mucus clair. Cette paroi est aussi assez bien vascularisée.

Il n'est pas douteux qu'il s'agisse

de ceux que quelques auteurs ont considéré comme un adénome bénin de la muqueuse ; tandis que la plupart des auteurs français et étrangers considèrent comme une endométrite chronique glandulaire et même polypeuse à base cystique.

Les motifs sur lesquels les auteurs se basent pour admettre cette interprétation ~~consistent~~ principalement dans l'analogie des productions glandulaires sous l'influence de la manipulation inflammatoire.

M. Delbet insiste particulièrement sur ce que même avec des productions polypeuses, c.a.d. sous forme de tumeurs, on trouve les mêmes altérations de toute la muqueuse, et encore parce que l'on trouve autour des cavités glandulaires des cellules plates, puis, sur d'autres points,

chronique interstitielle qui, au contraire de l'infl. glandulaire, produirait l'atrophie du glomérule.

Mais comme d'autre part les deux productions sont plus ou moins abondantes, ils admettent enfin une ~~[illegible]~~ métrite mixte.

En somme les auteurs tendent à considérer comme des infl. chroniques tout ce qui n'est pas tumeur maligne et ils n'admettent plus de tumeur bénigne, si ce n'est sous la forme d'une inflammation productive d'éléments glandulaires ou d'éléments interstitiels. Et ce n'est pas seulement à propos de l'utérus qu'ils ont adopté cette manière de voir ; car on la retrouve aussi à propos d'autres organes : glandes salivaires, testicule, etc.

Eh bien, nous croyons qu'il est facile de démontrer qu'il y a dans l'erreur notamment à propos de ce qui se passe dans l'utérus.

Rapports entre l'hypertrophie, l'infl. de la tumeur, mais rien sans un point déterminé et alors à tous les autres points de vue

~~Il peut~~ une infl. peut donner lieu à des productions glandulaires ~~autres~~; mais c'est toujours d'une manière assez restreinte et plutôt différente pour ce qui concerne la ~~[illegible]~~ utérine.

La quantité d'un intertitiel produit peut aussi varier, mais jamais dans des limites excessives, comme on le voit en certaines tumeurs.

En tout cas si, expérimentalement, on peut déterminer une infl., on ne donnera jamais lieu à une tumeur,

c'est-à-dire, à une production intensive plus ou moins localisée dans les conditions où l'on observe les productions polygènes.

Il n'est pas juste de dire que, ~~dans les~~ car, toute la muqueuse offre la même néoproduction.

En effet, lorsqu'il y a eu un point de production intensive, on peut bien encore observer dans la muqueuse des néoproductions sur les points voisins, parce que les conditions de résistance augmentée au milieu dilatant se font aussi sentir dans le voisinage; mais la différence est considérable entre ces points, même à l'œil nu.

Il y a donc bien, en réalité, formation d'une néoproduction anormale limitée, c.-à-d. d'une tumeur, là aussi bien que sur la muqueuse stomacale.

La prolifération de cellules jeunes dites migratrices et de cellules notamment autour des cavités glandulaires n'est pas du tout un phénomène spécial aux produits infl.; c'est un phénomène commun à toutes les néoproductions: aussi t. bénignes et malignes, aussi bien que aux inflammations.

~~Les bénignes de résultat~~ pas d'un simple processus infl., pouvons que l'on ne peut les produire expérimentalement.

Quant aux productions glandulaires pouvant être telles que elles ressemblent à ~~à~~ un peu à celles des tumeurs malignes, au point que la confusion peut parfois se faire.

Il est fort probable aussi que, comme ailleurs, des productions bénignes puissent devenir malignes.

Et puis les auteurs ne sont pas crédules, mais

sur la connection du stroma ;

Il en fait que il s'agit d'un stroma qu'il qualifie de conjonctif, avec l'idée qu'il s'agit d'un tissu fibreux. Et, quand il y trouve des fibres musculaires, il croit que ce sont les productions glomérulaires inflammatoires qui ont pénétré dans le muscle, alors que les néoproductions dans la profondeur de l'organe ~~dans~~ ne s'observent en réalité que dans les tumeurs malignes.

Stroma musculaire à divers degrés de développement, comme nous l'avons établi pour toutes les productions utérines et notamment pour les myomes, qui ne renferment point d'autre tissu que du tissu musculaire c.a.d. des fibres musculaires dans un stroma hyalin.

Mais tandis que les Myomes, se formant au sein du tissu musculaire, ne peuvent être constitués que par ce tissu plus ou moins modifié à divers degrés de son évolution, les productions au niveau de la muqueuse sont à la fois glandulaires et musculaires.

Il y a hyperproduction de cavités glandulaires plus ou moins modifiées et le stroma intermédiaire, où existent des cellules fuciformes pour les plus superficielles et graduellement des fibres musculaires de moins en moins constituées et plus abondantes dans la profondeur, ne peut être considéré autrement que comme du tissu musculaire qui s'est développé concurremment avec l'hyperplasie glandulaire.

Il en est toujours ainsi dans les organes constitués par ces deux éléments, comme dans

la prostate. Pour ce dernier organe, on dit souvent qu'il s'agit d'hypertrophie, alors qu'en réalité on a affaire à une inflammation ~~subaiguë~~ ou chronique avec production des deux éléments constituants. Le phénomène atteint plus manifeste avec les tumeurs dont la prostate peut être le siège et dont nous avons donné un spécimen.

Mais dans l'utérus, comme dans la prostate, les néoproductions peuvent porter plutôt sur l'un des deux éléments, c.a.d. sur les glandes ou sur le stroma.

Dans ce dernier cas il atteint à l'observation précise de faire, avec les auteurs, qu'il s'agit d'une production conjonctive ou fibreuse ou atrophie des glandes. D'abord parce qu'il

s'agit de production musculaire, étant donné que il n'y a pas d'atrophie glomérulaire. Ce qui est désigné ainsi, sur les glomérules, se rapporte manifestement à des productions commençantes ou de plus petit volume, qui n'ont pas du tout le caractère d'atrophie, c.a.d. de diminution de nutrition et tendance dégénératrice. Ce sont simplement des productions restreintes dans un stroma de tissu musculaire plus développé.

Il n'en est pas moins vrai qu'on a toujours affaire à une production néoplasique de la muqueuse, puisque on y trouve les éléments qui la caractérisent, sans qu'il soit nécessaire d'en avoir un nombre déterminé.

c'est une question qui se présente souvent dans l'interprétation des textes où les auteurs ont résolu en séparant celles où prédominent les éléments fondamentaux de celles où ils sont venus, comme si elles étaient d'une nature différente. Or, nous avons eu l'occasion d'insister sur cette question pour démontrer l'erreur des auteurs et la nécessité de ne pas séparer des productions qui ont la même origine et qui ne diffèrent que par des quantités des mêmes éléments, variables dans chaque cas, et appartenant au même type, comme nous le comprenons, c'est-à-dire avec les éléments essentiels à son existence. Il est en effet, impossible de comprendre la mnogenèse utérine avec ses seules glandes sans son stroma cellulaire et vasculaire.

c'est le développement anormal, sur un point, de ces éléments réunis en quantité variable, qui constitue la tumeur, c.à.d. l'adénome qui nous avons en vue, comme c'est la production anormale du tissu musculaire seul qui forme les myomes, de ce développement a lieu au niveau du tissu musculaire seul.

Or, si les myomes sont incontestablement des tumeurs, pourquoi refuser de ~~considérer~~ de même les adénomes? c'est d'autant plus irrationnel que, d'après les observations que nous avons faites depuis longtemps ces productions sont fréquemment concomitantes. Il est rare, en effet, qu'on rencontre, comme dans nos des petits myomes, sans qu'on trouve en même temps un adénome de la muqueuse utérine.

Et dans ce cas j'étais à peu près certain, en voyant le petit myome superficiel et l'utérus un peu globuleux, que j'allais y rencontrer un adénome. Mais il n'est pas toujours aussi volumineux. Alors souvent il forme un tumeur pédiculée ou un polype allongé. C'est plutôt une tumeur du volume d'une noisette et aplatie, à base sessile, dans une cavité fermée et qui peut aussi contenir un peu de liquide ~~trouble~~ trouble.

Il y a donc toutes ~~gradations~~ pour que ces productions si souvent confondues, et dont on explique parfois la différence de constitution typique par la différence d'origine, soient les unes et les autres des tumeurs bénignes relevant de la même cause encore inconnue, mais qui doit agir d'une manière analogue à celles qui donnent lieu à des inflammations en raison de l'analogie des lésions, bien qu'elles soient apparemment différentes; ceci indique certainement aussi une cause tout autre que un processus particulier, comme dans toutes les tumeurs.

Oblitération des voies biliaires par cancer de la tête du pancréas et par lithiase biliaire

(voir en outre "cancer de la vésicule et des voies biliaires)

9
39e Leçon
février 1900

643'

Cancer de la tête du pancréas avec adhérence au duodénum ulcéré; rétention biliaire avec dilatation très prononcée du cholédoque, du canal cystique et de la vésicule biliaire vides que du canal hépatique avec teinte ictérique du foie et de tous les organes; généralisation de la tumeur aux ganglions voisins, au foie et aux poumons.

F. 59 ans, S. de la Beinin. Le début des premiers troubles avec production d'ictère remonterait à la fin du mois d'août dernier, d'après les renseignements fournis par la malade qui est entrée à l'H.D. au commencement de novembre avec un ictère intense et qui prétend avoir travaillé jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital.

à ce moment on a constaté non seulement l'ictère intense avec la coloration bronzée de la peau, mais aussi la vésicule biliaire dilatée faisant saillie au dessous du ~~bord du foie~~. Ces phénomènes coïncidaient avec des troubles digestifs relativement peu accusés; on a conclu à un cancer probable de la tête du pancréas.

Cependant la malade a eu une amélioration de son état, pendant une diminution de l'ictère durant le cours du mois de décembre, de telle sorte qu'elle est sortie de l'hôpital, mais pour y rentrer dans les premiers jours de janvier avec une aggravation. Enfin dans ces derniers temps ~~elle a présenté~~ se sont ajoutés les traces des noyaux de généralisation au foie tels, le foie débordant notablement le rebord costal.

On a aussi constaté un ralentissement du pouls avec des battements cardiaques irréguliers, complétés ~~par des pulsations~~ vives consécutives.

Ces renseignements nous ont été obligeamment fournis par M. Chatelain suppléant de M. Reimin.

Autopsie le 15 février 1900. Teinte des téguments jaune verdâtre très prononcée et œdème notable des membres inférieurs.

En ouvrant la cavité abdominale il s'écoule ~~au dehors~~ deux litres de sérosité verdâtre, et on aperçoit le bord vert du foie qui ~~est~~ présente de nombreuses taches blanchâtres correspondant à des noyaux de généralisation cancéreux.

La palpation de l'estomac permet de constater que les parois de cet organe sont tout à fait normales. En outre on peut de suite ~~reconnaître~~ que la tête du pancréas est augmentée de volume et indurée.

Les organes sont enlevés en masse et un peu dégagés pour pouvoir être examinés sur place.

On commence à ouvrir l'œsophage, puis l'estomac qui renferme environ un litre d'un liquide noirâtre analogue à du marc de café délayé dans de l'eau légèrement rougeâtre; ce qui indique une hémorrhagie ancienne dans l'estomac ou ~~dans~~ le duodénum.

La muqueuse interne de l'œsophage et de l'estomac ayant été reconnue indemne, c'est du duodénum que doit venir le sang contenu dans l'estomac. On incise alors le duodénum sur sa face supérieure et on le trouve rempli par un liquide plus épais, noirâtre et plus teinté de rouge jusqu'au delà de sa 3e portion.

On ne tarde pas à reconnaître que le sang provient d'un ulcère situé sur la portion du duodénum qui contourne la tête du pancréas augmenté de volume d'ailleurs. L'ulcère est de forme ovalaire dans la direction de l'intestin ~~ayant environ~~ 3 cent. de longueur sur 2 de largeur. Son bord ~~notablement excavé~~ ~~au centre est constitué par une~~ présente une mollesse tomenteuse. Elle correspond au point le plus saillant de la tumeur auquel l'intestin adhère intimement. Ses bords sont ~~bien~~ excavés à la base, de telle sorte que la muqueuse forme comme un bord arrondi ~~régulièrement ondulé irrégulier~~, qui s'avance à la périphérie un peu au dessus de l'excavation. Dans les portions avoisinantes de la muqueuse ~~on~~ ne paraît pas altérée.

On remarque seulement que la muqueuse, nettement tuméfiée, présentait tout à fait sur le bord une teinte blanchâtre sur deux centimètres environ de largeur où elle adhère à la tumeur au point d'être absolument immobilisée, tandis qu'au delà la muqueuse est restée mobile, sauf au niveau d'un pli resté fixé dans sa paroi sur une longueur de 4 ou 6 millimètres.

Des incisions faites sur la tumeur en comprenant les bords de la muqueuse ulcérée, montrent que le tissu blanc-jaunâtre de la tumeur se continue sur tout le pourtour blanchâtre du bord jusqu'au niveau de la muqueuse en infiltrant par conséquent toute la paroi de l'intestin jusqu'à la muqueuse dont il reste certainement une couche superficielle, vu l'absence de toute rodorité et l'aspect habituel de la muqueuse sauf la coloration blanchâtre, sans infiltration dans le pli présentant indiqué précédemment.

une coupe faite dans la direction du poumons de manière à mettre à nu organes sur tout son parcours dans sa partie médiane et passant au niveau de la tête sous l'intestin ulcéré, permet de constater que la tête du poumons est transformée en une masse pourrie indurée de consistance ~~fibreuse~~ mais présentant une ~~[illegible]~~ [illegible] clairs indiquant la nature glandulaire de la tumeur. ~~Cette surface donne~~ la surface de section de petits points jaunes plus clairs indiquant la nature glandulaire de la tumeur. ~~Cette surface donne~~ un peu de sue par le raclage. ~~Estimer~~ à peu près le volume ~~de la grosse~~ d'un oeuf de poule, dont la grosse extrémité ~~est saillante~~ est adhérente avec l'intestin ulcéré en partie ou en totalité sur ce point. Le reste du poumons paraît sain mais une exploration plus attentive permet de découvrir près de la tumeur et [illegible] une portion de la tumeur avec l'intestin ulcéré [illegible] peu saillant dans l'intestin.

[illegible] pour l'ex. histologique.

Le canal cholédoque offre une paroi de coloration vert foncé dilaté ~~en~~ point que l'on pourrait facilement y introduire le doigt. L'incision montre que l'est rempli par une bile de coloration vert foncé. On y introduit une grosse sonde cannelée qui passe très facilement dans l'intestin (en aboutissant) au niveau de ~~l'ulcération~~. Une incision du canal, de la tunique de l'intestin faite sur la sonde, montre que ~~l'extrémité~~ du canal cholédoque se trouve pris dans la tunique sur une étendue de deux centimètres environ où la paroi du canal est intimement ~~adhérente~~ à la tunique et on présente que un rétrécissement relatif par suite de la pression à peu près normale de son calibre, ~~et~~ de la dilatation du ~~canal~~ en amont.

Il ne paraît pas non plus y avoir de néoformation, ni le moyen du canal ou niveau de la tumeur. Elle a seulement une teinte blanchâtre, faire corps avec elle.

Le canal cystique, ainsi que est très dilaté et rempli de bile. La vésicule offre une coloration vert foncé et distendue par la bile au point de faire une saillie ovoïde à gros extrémité dépassant le bord antérieur du foie de près de trois travers de doigt.

Les canaux hépatiques sont également dilatés et remplis de bile. Enfin le foie a une coloration verdâtre très prononcée, sur laquelle se détache la coloration jaunâtre ou blanchâtre des noyaux de généralisation.

On aperçoit au voisinage du lateral et vers le hile du foie quelques petits ganglions du volume d'un gros pois ou d'un haricot et qui ~~sont manifestement~~ envahis par la néoplasme.

Mais la généralisation qui domine est celle du foie. ce organe est littéralement criblé de noyaux blanchâtres du volume d'une lentille à celui d'une noix. ces noyaux apparaissent ~~à la surface~~ sous la forme de taches arrondies dont les plus petites donnent assez bien l'apparence de taches de bougie blanchâtres, tandis que les plus grosses situées sur les deux faces plutôt vers les parties postérieures ont plutôt une teinte jaunâtre et présentent une légère dépression au centre. En outre de ces noyaux, est blanc jaunâtre, on voit terminé des points d'un blanc mat. Les ganglions prétrachéaux sont l'organe le plus atteint.

que les noyaux sont également très nombreux dans toute son épaisseur. Cependant le foie est plutôt peu volumineux.

Rien de particulier du côté de la rate qui est petite et pèse environ 105 gr.

Les reins sont également peu volumineux, sans lésion appréciable, mais avec une teinte verte assez prononcée que possible; de telle sorte qu'on prend un fragment pour l'ex. histologique. Poids du rein droit 125 gr. du rein gauche 130 gr.

Les autres portions de l'intestin et du péritoine ne présentent pas de lésions de généralisation.

Les poumons sont très emphysémateux et montrent siège d'oppos. noyaux de généralisation sous la forme de plusieurs blanchâtres, arrondis, sous pleural, de la largeur d'une lentille ou un peu plus et très nombreux, sans lésions pleurétiques appréciables.

Rien de particulier du côté des ganglions trachéo-bronchiques.

Le cœur n'est pas augmenté de volume et ne présente aucune altération originelle ou autre appréciable. Il est seulement d'une coloration jaune très prononcée.

Il pèse 289 gr.

réflexions. – Le diagnostic de cancer de la tête du pancréas a pu être fait et en général il n'est pas difficile en raison de ~~[illegible]~~ production de troubles et de la marche rapide de la maladie.

Le 1er fait caractéristique est la production d'un ictère qui atteint rapidement une grande intensité sans avoir été précédé de troubles notables du côté de l'estomac ; puis le 2e est, avec la persistance de l'ictère, la production d'une cachexie rapide entraînant la mort au bout de ~~[illegible]~~ mois

Stigm. de hémorrhagie, aux écoulements de sang par exemple ou par exemple ou par exemple ou à une période avancée comme dans ce cas.

Lorsque le cancer de l'estomac se généralise au foie, on peut bien avoir un ictère ; mais c'est après des troubles ~~[illegible]~~ notables du côté des voies digestives et l'ictère n'atteint jamais l'intensité

que l'on constate dans les cas d'oblitération du canal cholédoque.

D'autre part, les oblitérations résultant de la présence de calculs dans le canal, surviennent ord. après des coliques hépatiques et l'ictère est beaucoup moins tolérée par l'organisme qui n'offre pas les troubles cachectiques si rapides indiqués dans le cancer relatif du pancréas. C'est ainsi qu'on voit un ictère tenant à une oblitération des voies biliaires par un calcul durer 4 ou 5 mois et davantage, sans déterminer des altérations bien graves et désespérées ensuite. Peut-être faut-il ajouter que dans les cas où il n'a pas tout à fait l'ictère intense donnant la peau une teinte jaune bronzée, comme dans le cas.

nous avons constaté au niveau
de la tête du pancréas la lésion
caractéristique du cancer de cet organe.
nous avons vu aussi que la tumeur
englobait l'extrémité du canal
cholédoque en adhérant intimement
à sa paroi; d'où devait résulter
une paralysie de ses muscles à ce
niveau, cause de l'obstacle à
l'écoulement de la bile, vu que le
calibre du canal non rétréci
n'était pas effacé, mais qu'il
n'était pas ~~beaucoup~~ diminué.
C'est du reste ce qui a pour donné
la pleurésie du cas. C'est aussi un
mécanisme d'rétention commun à
tous les conduits musculeux, dont
les muscles se trouvent amoindris en un point,
soit directement, soit par ~~[illegible]~~ système nerveux.

L'obstacle produit à l'extrémité du canal choledoque a occasionné une distension secondaire du canal et des conduits hépatiques, ainsi que du canal cystique et de la vésicule biliaire, dont la dilatation constatée pendant la vie a facilité le diagnostic.

En traitant de la cause primitive de pénétrations nous avons vu qu'il ne fallait pas la confondre avec la cause secondaire qui seule est avec les altérations consécutives des organes voisins.

Cela est en général facile, la cause secondaire atteignant plutôt le corps et le queue de l'organe et coexistant avec la cause bien caractérisée d'un autre organe, le plus souvent de l'estomac.

moins la cause de la tête du poumons peut aussi être secondaire ; car il peut succéder à un cancer primitif de l'extrémité inf. du canal cholédoque, de l'ampoule de Vater et de l'intestin.

Nous avons eu cette année l'occasion de voir un néoplasme de l'extrémité inf. du canal cholédoque qui avait aussi occasionné une rétention biliaire prise pour ~~une cholélithiase~~ ~~Devant~~ ~~l'examen~~ à l'œil nu donnait déjà toute probabilité pour un lésion néoplasique qui a été confirmée par l'ex. histologique.

Donc en cas les poumons du cheval ont une teinte blanchâtre parce qu'ils sont envahis par la tumeur sous-jacente qui y adhère intimement ;

En examinant attentivement les coupes de la tumeur portant sur le bord ulcéré de la muqueuse, on peut voir très nettement la pénétration de la tumeur à travers les parois de l'intestin, les portions profondes ou portions superficielles. D'après ce mode d'envahissement de l'organe, les vaisseaux du tissu cellulo-adipeux sous péritonéal ont dû être bien vite atteints et oblitérés, ce qui explique l'ulcération profonde, faite comme à l'emporte-pièce, toute ulcération résultant d'oblitérations vasculaires et non de la simple infiltration du tissu par la tumeur qui peut vivre s'il est suffisamment alimenté par le sang, comme on peut l'observer sur les bords infiltrés de l'ulcération.

L'ex. histologique permettra probablement de se rendre compte des conditions. Il montrera les parois de la poroïde intestinale envahies par des éléments glandulaires ± atypiques, comme on les observe ord. dans le cancer de la tête du pancréas, tandis que si l'on avait affaire à un cancer primitif de l'intestin, il y aurait certaines des cavités alvéolaires tapissées par un épithélium cylindrique. Il est vrai que certains cancers sont très destructifs, comme on peut le voir sur l'estomac, sur l'œsophage; mais nous n'en avons jamais trouvé de semblables sur l'intestin où les caractères de la tumeur sont toujours plus faciles à déterminer. Quoi qu'il en soit, c'est l'ex. histologique qui jugera la question en dernier ressort.

Leçon (suite)
6 Xbre 1909

Autopsie du 14 Decembre 1905

1030

Homme de 51 ans — Service de Mr Villard

Cancer de la Tete du Pancréas

Piece apportée au Laboratoire.

Renseignements Cliniques = Tetère très marqué depuis longtemps - Il y a deux mois environ qu'on a pratiqué la Cholecystotomie = Large ouverture de la Vésicule qui est fixée à la paroi - La cicatrisation du fonctionnement de la bouche Biliaire est complète - Mort progressive par cachexie

Autopsie - La Tumeur est manifestement developpée au niveau de la Tete du Pancréas - Elle forme une masse nettement dure. du volume du poing englobant le duodenum et comprimant le Cholédoque Les Voies Biliaires ne sont nullement envahies par le néoplasme - Au dessus de la tumeur le Cholédoque est très dilaté et forme un canal du volume du pouce - Il se rétrécit de plus en plus au mesure qu'il pénètre dans la tumeur En le cathétérisant la sonde pénètre de plus en plus difficilement et dans la partie inférieure elle ne passe plus - tellement le canal est sténosé — Toutefois après l'avoir ouvert jusque dans son embouchure dans la Caroncule on voit nettement qu'il n'est pas envahi par le néoplasme

La Vesicule Biliaire, comme c'est la regle est très largement dilatée. La muqueuse qui en tapisse les parois est très manifestement enflammée et épaissie

Le Foie est ictérique — volumineux il est le siège d'une très belle generalisation du néoplasme — En effet soit à sa surface soit au milieu du parenchyme on voit de nombreuses petites taches blanches de ~~gros~~ d'inégales grosseurs, variant du volume d'une tête d'épingle à ~~celui~~ d'une ~~pet~~ noisette — Ces noyaux de generalisations revetent en somme la disposition caractéristique des taches de Bouqio — 7) —

Il n'y avait pas d'autres noyaux de generalisation dans les organes —

La Vésicule biliaire, comme nous le verrons est très largement dilatée. La muqueuse qui en tapisse le fond est très manifestement enflammée et épaissie.

La Rate est intéressante — volumineuse il est le siège d'une très belle généralisation du hépatisme — En effet tout à la surface tout du milieu du parenchyme on voit de nombreuses petites taches blanchâtres de grosseur d'inégales grosseurs variant du volume d'une tête d'épingle à celle d'une petite noisette — Ces lésions de généralisation rappelant en tout les dépôts hémorrhagiques du Tubercule de Bouchard —

Il n'y avait pas d'autres foyers de généralisation dans les organes —

Ictère par altération des voies biliaires
Intervention chirurgicale

—

F. G. ..., s. de la Salpêtrière.

Aucun renseignement sur les antécédents de la malade. Nous savons seulement qu'elle présentait une rétention biliaire complète se manifestant par un ictère intense, probablement avec une altération au niveau des voies biliaires, on a entrepris de rétablir le cours de la bile.

On a trouvé un calcul dans la vésicule biliaire dont la paroi était épaissie, cet épaississement se propageant au niveau du canal cystique jusqu'à son abouchement avec le

canal hépatique dans le cholédoque oblitéré à ce niveau.

On a donc enlevé la vésicule biliaire avec son canal cystique et une petite portion correspondante des canaux hépatique et cholédoque. Ensuite on a porté quelques points de suture pour réunir les portions restantes des canaux hépatique et cholédoque. Des tampons de gaze et des mèches ont été introduits au niveau des plaies siégeant dans la fosse iliaque droite.

En ouvrant la cavité abdominale, nous avons trouvé

tout le péritoine viscéral apparaît avec une vascularisation intense indépendante de la coloration jaune plus ou moins marquée sur tous les tissus.

Et d'abord gd épiploon épaissi, rétracté avec intérêts étés.

En outre on pouvait voir sur les anses intestinales des exsudats filiformes reliant plusieurs d'entre elles et même les faisant adhérer au tampon de gaze où ils s'infiltrent comme dans tout corps étranger susceptible d'être pénétré par des liquides. Dans certains points même on trouvait des néoproductions infl. formant comme de minces points jetés autour de la gaze nécrosée, de l'ouverture de la paroi.

En examinant les parties déclives latérales nous avons commencé à apercevoir un peu de liquide purulent isolé, puis en soulevant le paquet intestinal nous avons vu que la cavité pelvienne était complètement remplie par un exsudat liquide de même nature.

Ainsi nous avons d'abord pu constater des lésions de péritonite purulente généralisée consécutive à l'opération et qui ont dû déterminer la mort de la malade.

Après avoir enlevé tous les organes en bloc nous avons cherché à nous rendre compte des lésions que pouvaient présenter les voies biliaires et la pancréas intrinsèques.

nous avons trouvé le côlon transverse intimement adhérent au duodénum en haut et en avant, puis au pancréas en arrière.

Après avoir libéré toutes ces parties, voici ce que nous avons pu constater :

1° D'abord on trouve à la place de la vésicule une poche qui n'offre aucune particularité à signaler.

Le foie, vu de nouveau, offre bien un peu d'épaississement de la capsule, mais nous reviendrons sur ce point lorsque nous examinerons l'état du foie.

Nous constatons ensuite que le canal cystique dilaté est ouvert au bec de plume depuis la pointe

est relié au cholédoque par quelques points de suture. Quant au cholédoque, il est tout à fait libre avec son calibre habituel. Après y avoir introduit très facilement une sonde cannelée, nous l'avons sans rencontrer aucune altération sur son parcours ni au niveau de l'ampoule de Vater.

A la recherche du pancréas pour l'isoler, nous avons trouvé une assez grande quantité de sang coagulé à la surface et dans la cavité péritonéale, probablement entre les anses et le grand épiploon agglutinés par des exsudats inflammatoires sous la forme de caillots formant un amas de volume du poing.

Enfin nous avons trouvé le pancréas de consistance peut-être un peu augmentée d'un moins uniforme
Du fait de l'inflammation ancienne ou récente, mais sans aucune induration localisée. Et, après l'avoir incisé sur toute sa longueur, nous avons constaté que si son tissu présentait une assez grande fermeté, il avait partout l'aspect glandulaire habituel bien caractérisé sans aucun trace de néoplasme, on remarque seulement une perte de substance au niveau de la tête, et du sang infiltré dans la glande ~~sur~~ à 5 mill. d'épaisseur limitant la perte de substance et c'est sans doute de cette place que vient le pus avec le sang coagulé qu'on a trouvé tout à côté.

Nous avons également examiné le foie avec soin. Nous l'avons trouvé plutôt diminué de volume comme chez les sujets de cet âge, et de plus d'une coloration vert-jaunâtre intense. ~~Sa surface~~ extérieure n'a rien offert de particulier que l'épaississement de la capsule signalé précédemment près de la vésicule. Des coupes n'ont point découvert également aucun nodule néoplasique. Nous avons seulement constaté une intensité très grande de coloration verdâtre du tissu hépatique avec une dilatation notable des voies biliaires, indice de l'obstacle antérieur à l'écoulement de la bile. Surtout mucoïcholie en raison de la bile de coloration jaune sale s'écoulant par le canal hépatique.

Il va vous dire que nous n'avons trouvé aucune lésion du côté de l'estomac et que les ganglions mentionnés précédemment n'étaient le siège d'aucune lésion néoplasique.

Nous avons seulement constaté ~~beaucoup~~ pour nous un emphysème et de l'engorgement hypostatique aux bases en arrière avec un gros noyau de pneumonie à la partie supérieure du lobe inférieur droit.

Mais nous revendrons tout à l'heure sur cette lésion ultime.

Les reins n'offraient rien de particulier que la teinte ictérique; et ~~la vessie~~ était petite.

Enfin les petits noyaux ictériques.

Nous devons maintenant rechercher à quelle affection on avait affaire. Comment la cause de la bile avait été arrêtée.

Le phénomène ne peut provenir, d'une part, de la présence de calculs obliterant les voies biliaires ou de lésions inflammatoires déterminées par la présence de calculs, d'autre part, de la présence d'un néoplasme, ~~soit~~ au niveau de la vésicule et s'étendant jusqu'aux voies biliaires, soit seulement des voies biliaires, soit ~~enfin~~ de la tête du pancréas, soit enfin de gonflements néoplasiques au niveau du hile du foie, envahissant ~~puis~~ suite d'un néoplasme primitif de l'estomac ou de quelque autre organe de l'abdomen.

cette dernière hypothèse doit être absolument rejetée, puisqu'il n'y avait pas de grossesse ancienne et qu'on n'a découvert de lésion organique nulle part. Pour bien motiver nous en parlerons pas de cancer primitif ou secondaire du foie donnant lieu à de l'ictère, puisque ces lésions faisaient absolument défaut.

Je crois que toute la question se résume en celle-ci : l'oblitération des voies biliaires provenait-elle d'un néoplasme ou d'une lésion inflammatoire, soit des voies biliaires, soit du pancréas ?

Le cancer du pancréas est assez fréquent et a ordinairement pour siège la tête de

l'organe qui se présente alors avec une augmentation de volume et une induration particulière. De plus cette portion ainsi altérée de la tête du pancréas adhère alors intimement à un canal cholédoque dont les parois sont plus ou moins altérées et dont le calibre est plus ou moins rétréci à ce niveau.

Quoique le cancer de la tête du pancréas s'accompagne souvent de nodules ganglionnaires, il peut cependant être limité à la tête ; de telle sorte que celle-ci ayant été enlevée, on pourrait supposer que par ce fait la tumeur a aussi été enlevée. Mais il n'y a aucune probabilité pour cela, ni que le cholédoque

est indemne, que il a été reconnu tel au moment de l'opération et qu'il n'en est jamais atteint avec le cancer de la tête du pancréas. Ce n'est que dans un cas que nous l'avons trouvé sain avec un cancer du pancréas; mais c'est le cas que le queue de l'organe qui étaient surtout affectés.

L'induration de la tête du pancréas a bien pu être celle que nous constatons dans le reste de l'organe.

Enfin Oloane trouve pour le cancer du pancréas par extension d'un cancer de la vésicule biliaire. Mais il est des cas où il est difficile de décider si l'on a affaire à un cancer des voies biliaires ou plutôt du cholédoque ou de la tête du pancréas

tellement les lésions portent à la fois sur ces deux parties. Ceci est certainement pour le cas ici, puisque le cholédoque n'est pas atteint alors si les canaux biliaires ont été pris ce n'est que sur un point très limité au confluent des canaux cystique et hépatique.

Cependant on a trouvé un épaississement de la vésicule biliaire avec un calcul dans sa cavité. C'est bien toujours avec un ou plusieurs calculs que l'on trouve les néoplasmes de la vésicule. Il est donc possible que ce soit à une lésion de ce genre que l'on ait eu affaire,

et que le néoplasme s'étendant sur le canal cystique soit arrivé jusqu'au point de son abouchement à la partie supérieure du cholédoque, de manière à obliterer ce canal.

Il n'y a qu'un examen histologique des parties enlevées qui puisse tirer la question au clair. Mais les probabilités sont plutôt contraires à cette hypothèse, car il faut supposer que ce néoplasme n'aura touché que la vésicule et les voies biliaires et encore celles-ci d'une manière extrêmement limitée, vu la perméabilité des canaux hépatique et cholédoque presque dans toute leur longueur.

Or il y a presque toujours dans ces cas, soit un empiètement du néoplasme sur le foie, soit une atteinte des ganglions voisins.

Nous avons déjà dit qu'aucun ganglion n'était affecté. Mais on avait cru pendant la vie à un envahissement du foie dont on avait pensé un moment faire l'ablation. Eh bien, il n'y avait pas d'altération du foie autre qu'un peu d'épaisseur infl. de la capsule dans la portion de la face supérieure voisine de la capsule, qui a pu être consécutif à des phénomènes infl., ayant pour origine la capsule ou du tout simplement à la pression du corset, comme il arrive

le plus souvent chez les femmes.
La sensation d'induration ne suffit donc pas pour faire le diagnostic d'un néoplasme, tout comme cette ~~sen~~ impression n'indiquait pas un néoplasme ou pseudomorphose dont l'induration pouvait tenir à un certain degré, plutôt légère, de sclérose; cette lésion étant très fréquente surtout lorsqu'il existe des lésions infl. du voisinage.

Une lésion de l'organe contient très vraisemblablement au niveau de la vésicule; car il n'est toujours vrai avec la présence d'un gros calcul. Il arrive aussi que dans les cas de cancer, cette

Il nous reste à expliquer la présence du noyau pneumonique du volume d'une mandarine à la partie sup. du lobe inf. gauche.

Et d'abord les poumons étaient très emphysémateux, comme il arrive chez les vieillards cachectiques, qui suppléent à la nutrition insuffisante par une respiration exagérée. L'angoisse hypostatique s'explique très bien par le décubitus et l'affaiblissement ultime de l'action du cœur.

Mais cela ne rend toujours pas compte du noyau pneumonique récent qui est manifestement consécutif à l'opération ou plutôt aux phénomènes qui l'ont suivie.

Ve Lyon (suite)
Janv. 1892

Angiocholite calculeuse avec rétention biliaire produite par un calcul du volume d'une petite noix située à la partie inf. du ~~canal~~ cholédoque ~~avant~~ sa pénétration dans le duodénum. Dans cette dernière portion il a repris son volume normal qui est cependant plutôt augmenté aux épaisseurs des parois. Le calcul de coloration noirâtre est applaqui contre paroi contre devant son ouverture aux dilatation très prononcée du canal cholédoque à ce niveau et au dessus d'avec épaisseur des parois. Il a le volume du pouce et il est rempli de bile avec de petits calculs. - La vésicule est distendue par la bile et contient aussi quelques calculs du volume d'un pois à une noisette. - Les canaux hépatiques sont distendus au point de laisser pénétrer le petit doigt dans celui de grande.

et l'index dans celui de droite.
La tête hépatique est de coloration jaune vert avec des sillons correspondant à des canaux hépatiques dilatés. Cette dilatation est encore plus évidente sur toutes les coupes où l'on voit de larges canaux béants permettant l'introduction de l'extrémité du petit doigt ou au moins d'un gros stylet et contenant de la bile avec épaississement des parois et un certain degré de sclérose périphérique, d'où la diminution de volume du foie et un certain degré d'induration. Sur les coupes la tête est en général verdâtre avec des points jaunâtres moins teintés par la bile et parsemés graisseux. poids du foie : 1100 gr
Rate volumineuse, p. 370 gr

Foie et pancréas de diabétique tous deux paraissent le siège d'une inflammation interstitielle.

Cancer du pylore
obliteration du canal cholédoque par un ganglion envahi secondairement

Dimanche 27 nov. 1892.

200

autopsie de S. de M. Bondet.

F. de 46 ans ayant présenté un ictère progressif depuis 4 mois environ avec cachexie et du trouble digestif modéré.

autopsie cancer ulcéré du pylore, non toutefois l'orifice et empiétant sur la ~~[illegible]~~ qui l'entoure en formant une bande de 5 à 6 cent. de largeur, bande déprimée à surface irrégulière avec bords saillants blanchâtres.

L'ulcère dépasse vers le pylore et empiète sur le duodénum où l'on voit des saillies blanchâtres irrégulières. Toutefois il est difficile de dire si c'est la lésion du pylore qui s'est étendue sur la muqueuse du duodénum ou si l'altération du duodénum provient plutôt de l'envahissement des ganglions péripyloriques qui sont volumineux et blanchâtres entourant le duodénum auquel ils adhèrent intimement en se confondant avec la paroi de l'intestin.

C'est ce qu'on voit très nettement pour

un nodule du volume d'un noyau faisant saillie sur la muqueuse duodénale à 8 ou 9 cent. du pylore qui fait corps avec un ganglion tuméfié situé vers la partie sup. du canal cholédoque. Celui-ci est dilaté au point de permettre l'introduction de l'index d'où rétention biliaire et dilatation des canaux hép. L'oblitération du canal cholédoque est due à un autre nodule semblable à celui du duodénum ~~faisant~~ saillie dans le canal cholédoque qui l'oblitère complètement. Du reste les deux nodules et le ganglion tuméfié ne paraissent constituer qu'une seule tumeur probablement par l'envahissement du ganglion qui à son tour s'est développé en faisant saillie à la fois dans le duodénum et dans le canal cholédoque les deux portions dilatées n'étant séparées que par la paroi du canal et du duodénum.. Au delà dilatation c'est-à-dire dans la paroi duodénale le canal chol. reprend son calibre habituel. Rien de particulier au niveau de l'ampoule de Vater.

Noyaux secondaires disséminés dans le foie

Leçon — Obliteration des voies biliaires par
nov. 1892 des calculs — cirrhose biliaire?
— Gangrène circonscrite du poumon d.

M. âgé de 82 ans meurt dans le s. de M. Rebot à la Charité
Entré à l'infirmerie pour des coliques hépatiques
avec ictère passager. L'ictère avait disparu
lorsque le malade a été pris d'une maladie
considérée comme une pneumonie, bien
qu'on ne puisse localiser l'affection, mais
en raison de ~~l'expectoration~~ de crachats rouillés.
Bientôt la maladie a succombé à une
gangrène pulmonaire.
L'urine examinée pendant la vie ne
contenait ni urée, ni albumine.
Autopsie le 14 nov. — Les vésicule et les
voies biliaires renferment d'énormes calculs
qui les distendent. Les calculs du volume d'une noix ayant 4.5
tout concrétions
pour des calculs plus petits ayant formé
et entouré d'une matière molle de coloration
brunâtre d'une bile épaisse. Il existe aussi des calculs plus petits
à facettes, aussi de coloration brunâtre, en très gd. nombre.
Le canal cholédoque est allongé élargi considérablement

Sa longueur est au moins doublée et sa largeur lorsqu'il est ouvert est presque celle de l'intestin ou introduit facilement l'index dans le canal hépatique et le petit doigt dans ses deux premières branches. Le canal cystique est aussi bien agrandi. Les parois de la vésicule biliaire comme celles de tous les canaux sont manifestement épaisses.

La dilatation prononcée du canal cholédoque s'arrête juste avant de toucher au duodénum en formant un cul-de-sac dans lequel se trouvait un des gros calculs. Sur le canal se continuait dans l'intestin une tache de proportions double de celle qu'il a à l'état normal. Foie de coloration jaune grisâtre légèrement rosé, surface granuleuse, de consistance ferme et plutôt volumineux par rapport à l'âge de la malade. poids : 1370 gr.

intestin

Sur la coupe tissu d'apparence jaune grisâtre opaque en tout point à dessin rosé par l'écoulement du sang et quelques petits ça et là des points jaunes arrondis correspondant à des canaux biliaires dilatés et gorgés de bile. En parcourant la colonne du scalpel sur la surface de section, on voit que les lobules de coloration jaunâtre sont de volume inégal, probablement grossis, et que ils sont entourés d'un tissu grisâtre formant comme une dépression autour d'eux et qui paraît de nature conjonctive. Enfin il semble bien que ils soient gorgés d'une rétention biliaire avec un certain degré de cirrhose. Rate – 80 gr. plutôt un peu molle, mais saine.

Reins 120 à 130 gr.

Cœur 220 gr.

Poumons emphysémateux. En outre à la région postérieure inf. du lobe sup. droit foyer circonscrit à grosseur pois de volume de pois, non [illegible] moyen d'induration jaunâtre [illegible] au sommet du foyer gangrené une 3 ou 4 cicatr. [illegible]

L'un des reins atrophié présente une dilatation du bassinet dont celui à un degré très prononcé qui lui donne l'aspect hydronéphrose classique.

L'autre rein augmenté de volume présente aussi une dilatation du syst. calicien et paraît le siège de petites abcès et d'infiltration purulente.

Il paraît qu'il y avait du pus dans la vessie.

M. Gangolphe avait fait une tentative pour enlever ce dernier rein; mais il y avait renoncé en voyant de quelle façon il s'agissait.

19

7me Leçon (suite)

19 nov. 1892

Tuberculose osseuse

19

Amputation de la cuisse pour tumeur blanche. Fragments osseux de femme de dix ans sur lesquels on peut voir, surtout au voisinage des épiphyses, une ostéomyélite tuberculeuse caractérisée par des foyers de tubercules caséeux entourés de lésions d'ostéite condensante ou raréfiante, mais surtout condensante, formant ~~des~~ les coupes des traches jonctives dures de forme arrondie ou ovalaire, tandis qu'au voisinage le tissu des portions en voie de ~~Caséification~~ ~~de~~ désintégration

Portions du corps thyroïde avec kystes hématiques.

19.

Reins atteints d'hydronéphrose consécutive à la gravelle, sans qu'on ait retrouvé aucun calcul.

Cancer de la vesicule biliaire

9e Secon
4 nov. 1894

Cancer de la vésicule biliaire
Péricardite au début

F. 80 ans (S. de M. Bondet) -

La malade est arrivée dans le service avec un état intense qu'elle disait dater de 15 jours. Mais elle se trouvait dans un état de prostration extrême, répondant avec peine aux questions, au point qu'il n'a pas été possible de prendre son observation et qu'elle a succombé le lendemain.

Autopsie le 24 nov. - Ictère ~~[illegible]~~ généralisé de tous les téguments et des organes internes. Pas de liquide dans les cavités séreuses en quantité notable. Pas d'œdème.

Le gd épiploon et le côlon transverse adhérent à la vésicule biliaire remplie de bile dont le fond paraît fortement soudé ~~au~~ la face inf. du foie et dont le col se perd dans une masse

induré au niveau du hile, du foie au confluent du canal hépatique et cystique, à laquelle vient s'ajouter le duodénum dans sa 1ère portion qui est ainsi déplacé en haut vers la face inf. du foie. au dessus de cette masse induré on voit un ganglion blanchâtre du volume d'une noisette au ressuyé sous-péritonéal dans le tissu conjonctif situé dans le sillon du canal et vaisseaux biliaires et induré et rétracté contribuant à former la masse induré indiqué ci-dessus.

Sur la direction, on met à découvert le canal hépatique et cholédoque qui sont ouverts et le contenu de la bile et on voit

au point d'abouchement du canal cystique un rétrécissement avec dépression du canal hépatique-cholédoque, épaississement de ses parois et bourgeonnement blanchâtre. Dans les ruisseaux qui font irrédictes rougeur à une lésion épithéliomateuse à ce niveau. Au dessus de ce point le canal cholédoque est parfois le lieu jusque dans l'intestin et normal rendement ou remarque seulement une dilatation des canaux hépatiques. Le pancréas avec volume ou les lobes lui semble sensiblement augmenté. Il est impossible de mettre en évidence d'affirmer tout au plus cependant une altération de nature.

Le canal cystique qui débute au point bourgeonnant précédemment indiqué et rapprochée dans la main indurée pénètre qui le contient au le col de la vésicule dont l'altération est de même nature, les parois étant blanchâtres et indurées.

En ouvrant la vésicule biliaire, il s'écoule une assez grande quantité de bile épaisse, verdâtre, deux calculs du volume d'une noisette de coloration verdâtre à facettes anguleuses et une bouillie verdâtre épaisse analogue à du cirage.

Vers le col la muqueuse présente des bourgeonnements blanchâtres au centre duquel se trouve une ouverture que nous pensons d'abord pour celle du canal cystique. En continuant notre incision de la paroi au delà de point, nous tombons dans une cavité pouvant contenir une noisette et renfermant des calculs mous agglomérés. Au delà le col se continue avec la muqueuse indécise, extractive, qui forme corps avec la jonction des canaux hépatique et cholédoque. Quant à la petite cavité, elle offre des parois anfractueuses blanchâtres et elle est séparée de la grande de la vésicule par un bourgeon hépatique formant comme un diaphragme avec

9e Leçon (suite)
24 nov. 1894

~~Lavement seul~~ une petite ouverture au centre et empêchant ainsi les calculs contenus au dehors, tandis que les autres calculs étaient bien dans la grande cavité. Le fond de la vésicule est également atteint par le néoplasme; car il présente une teinte blanchâtre au niveau des parois à environ, saillie de la muqueuse et adhérence intime des parties profondes au tissu hépatique.

Le foie de volume à peu près normal a une teinte verte foncée au dilatation des canaux biliaires remplis de bile. Au voisinage de la vésicule, on trouve deux petits nodules blanchâtres du volume d'un pois ~~tout près~~ d'un canal hépatique dilaté.

Le gros ganglion blanchâtre signalé au dessus de la moitié inférieure de bile du foie est blanchâtre au son centre ramolli. Il semble manifestement envahi par le néoplasme tandis que on trouve peu d'autres ganglions environnants

et les reins ne paraît pas avoir détermi
de généralisation éloignée dans la cavité abdo
~~Stomachale~~ est petite et pesant 100 gr.
Les reins un peu diminués de volume ont leur
épaisseur normale un peu adhérents, laissant une surface
de section rénal à l'aspect de peau de chagrin.
Rein droit 120 gr. et Rein g. 130 gr.

Le foie ne contient pas de liquide en
quantité notable, mais ses feuillets sont
recouverts d'un léger exudat assez uniforme
répandu sur toute la surface des deux feuillets
du péritoine, plutôt se l'adhérent, donnant la
sensation de la langue de chat.

Les exudats sont plus abondants à la base
au niveau des oreillettes où il y a qqs. amas
fibrineux dans les anfractuosités auxquelles elles
lient. On voit aussi qqs. dépôts blanchâtres
un peu plus ~~abondants~~ autour de qqs. vaisseaux
sanguins. Il semble que dans ce poumon
la généralisation est manifeste.

Rien de particulier au niveau des
orifices. Cœur assez volumineux de poids
épaisseur d'aspect normal et plutôt avec

augmentation de volume du ventricule gauche.
Aorte athéromateuse, dilatée au niveau
des parois au niveau de l'aorte ascendante
on voit plaques ulcérées, de nombreuses
de plaques jaunes, tout à fait à l'origine de l'aorte
au niveau de la crosse.
Poids du cœur avec 25 cent. d'aorte : 400 gr.

Poumons volumineux emphysémateux,
congestionnés surtout en arrière,
présentant à chaque sommet une
plaque fibreuse formée en partie par
la plèvre épaissie (à coloration blanchâtre) et
en partie par le tissu pulmonaire (à
coloration noirâtre).

Ganglions bronchiques assez volumineux
noirâtres et tout à fait noirs.

Utérus très petit atrophié.
Les ovaires sont également très petits
et très atrophiés.

Réflexions - Cas très net de
~~Dégénérescence~~ de la vésicule biliaire

paraissant localisé surtout au cystique, au col et au fond de la vésicule avec présence de calculs biliaires dans la vésicule comme il arrive habituellement. Mais dans ce cas la petite tumeur fait au niveau du col, contenant des calculs mouvements par un chorion et revêtu d'un bourgeon épithélial, semble bien indiquer que ce bourgeon est consécutif à la formation calculeuse qu'on peut accuser d'avoir joué dans ce cas le rôle qui en cause normalement ou irritante dans d'autres cas.

En outre au point de vue chimique les cas de ce genre doivent avoir la plus grande analogie avec lui. Il s'agit d'un cancer de la tête du pancréas compliquant le choléducque.

2e Leçon
7 nov. 1900

Cancer de la Vésicule biliaire

avec propagation de lésions dans le tissu conjonctif des ganglions entourant les conduits biliaires jusqu'à leur entrée dans le foie et s'étendant le long du cholédoque jusqu'à sa pénétration dans la tête du pancréas, au niveau de laquelle se trouvent ganglions affectés également avec ganglions voisins du point de la glande.

Exemple envahissement de ganglions mésentériques voisins, et d'un groupe de ganglions prévertébraux.

Chez une femme de 61 ans.

Les pièces nous ont été communiquées dans l'état où elles se trouvent, c.a.d. coupées irrégulièrement, ~~et~~ avec la disposition de cornes de la tête du poumon et envahissement secondaire des voies lymphatiques.

Il a d'abord été assez difficile de remettre à peu près les pièces en place pour se rendre compte de l'état des lésions.

Le premier fait qui nous a frappé, c'est que la plupart des lésions du cornu principal du poumon faisaient défaut.

On trouve bien au niveau de la tête de cet organe vers. pour indurés, mais non une masse homogène

sur ~~ordinairement~~ du volume d'un ~~oeuf~~ de poule, intercaient l'extrémité inférieure du canal choledoque et du canal de Wirsung, d'où résulte leur dilatation en amont avec la rétention du produit de sécrétion et par conséquent par suite l'ictère.

Or, l'extrémité du canal choledoque, j'ai pu retrouver en faisant pénétrer une sonde par l'ampoule de Vater, est tout à fait libre. Du reste le foie ne présente pas la moindre trace d'ictère.

Il n'existe non plus le siège des noyaux secondaires qui se présentent habituellement sous l'aspect de nodules durs, le plus souvent peu volumineux, et sous la forme de taches de Bouzie (Bouchard et Pic).

Sous conséquent si l'on admettait que il s'agit d'un cancer primitif de la tête du pancréas, ce serait dans des conditions différentes en tous points de ce qui on observe habituellement.

Cela ~~nous~~ conduit naturellement à recherche si les lésions ne pouvait pas être expliquées autrement.

En examinant attentivement les voies biliaires, nous avons vu, comme on peut encore s'en rendre compte, que nous semble il y avait une infiltration ~~hémorrhagique~~ du tissu conjonctif lâche autour des canaux biliaires ~~et de la vésicule~~, mais encore que celle-ci présentait un épaississement très prononcé irrégulier

et se pourrait dû ~~à la fois~~ à une infiltration de toutes les parties constituantes ~~périphériques et surtout~~ !

C'est là dire que tout un compartiment sous-séreux périphérique et surtout de la muqueuse et de son tissu sous-muqueux. L'altération de ces deux parties à la périphérie de la partie moyenne de la vésicule, donne lieu à une saillie obliterant presque complètement la cavité déjà très réduite pour l'épaisseur général.

Du pourrait rétractée d'une muqueuse blanchâtre, un peu hémorrhagique, en y évitant on trouve seulement un peu de mucus dans le fond de la cavité ouverte et qui devait probablement contenir un calcul.

Il s'agit en effet de lésions vieillies de la vésicule ou tissu de sa muqueuse et de la sous muqueuse qu'on rencontre

pas habituellement à l'état secondaire, ni ~~avec~~ le cancer du poumon, ni aucun autre d'autres organes, ni l'occlusion du foie ou la question peut être discutée dans les cas où il s'agit d'un ~~tissu parasitaire~~ de cet organe empiétant sur la vésicule biliaire. Mais même dans ces cas c'est plutôt à un cancer primitif de la vésicule que l'on se affoire.

C'est le seul diagnostic auquel on puisse s'arrêter dans ce cas, puisque le foie n'est même pas envahi.

Les productions secondaires se sont propagées par le tissu conjonctif enveloppant les ~~vaisseaux~~ canalicules et par les lymphatiques de cette région jusqu'à la tête du pancréas,

où les parties indurées correspondent à des ganglions envahis, et peut-être aussi à certains lobules de la glande mais d'une manière tout à fait discrète.

Les ganglions voisins du mésentère ont aussi été envahis; car on y trouve aussi un de ces organes du volume d'une lentille à une noisette infiltrés par le tissu néoplasique.

Il est sûr dire que tous les autres organes notamment le tube digestif ont été examinés avec soin et qu'ils n'ont présenté aucune lésion.

Le duodénum notamment n'offre aucune altération. Il est impossible de voir et absolument sain.

C'est que ces organes sont souvent affectés, que il est beaucoup plus difficile de décider où se trouve la lésion primitive.

Le canal cholédoque peut lui-même en être le siège. Quoique dans ce cas tous les canaux soient enveloppés d'une gangrène nécroplastique, on trouve en aucun point une altération colloïde dont les tissus qui sont toujours au niveau des tumeurs primitives que nous trouvons précisément sur la vésicule.

Il est inutile que le calcul qu'on rencontre habituellement, qui peut être considéré comme la cause déterminante de la localisation nécroplastique

cette discussion au sujet du siège précis de la tumeur primitive, n'a pas seulement de l'intérêt au point de vue anatomique et pathogénique pour se rendre compte du mode d'évolution des lésions, elle intéresse aussi au point de vue de la Chirurgie.

En effet, si l'on pouvait admettre dans ce cas la ~~[illegible]~~ ou non la possibilité d'une tumeur primitive du poumon, il en résulterait aussi la possibilité d'une symptomatologie différente de celle parfaitement mise en relief par MM. Bard et Pic, car il n'y aurait en d'autre alors que ce symptôme est de règle dans le cancer du poumon indépendant des autres ~~modifications~~ qui ont pu se produire dans les symptômes de la marche de la maladie. Il est bien probable que le manque de découvertes anatomiques erronées, que de certains auteurs ~~[illegible]~~ contestent les signes indiqués par nos collègues,

Epithéliom de la vésicule biliaire, adhérences à ce niveau du colon transverse et du duodenum ayant fait croire pendant bien à un cancer du pylore -
Rétrécissement mitral -

Fr. 44 ans, entré d'abord dans le s. de M. Weissin où on soupçonna d'abord le rétrécissement mitral et où ce diagnostic fut ensuite abandonné pour attribuer la plupart des troubles à l'état de l'estomac dont le mauvais fonctionnement et la chemisine firent conclure à une lésion organique du pylore. on se fondait surtout

sur le peu d'a. chlorhydrique, on
cherche à expliquer quelle liquide
retiré par la sonde renferme
toujours une assez g^de quantité de

La malade fut envoyée dans
un service de chirurgie (celui de M. M
pour lui faire faire une gastro
entérostomie.

L'opération fut suivie d'une
hémorrhagie persistante provenant
des téguments de la malade mort
le lendemain dans l'après-midi
(à 5^h du soir).

Autopsie le 17 X^bre 1895 —

Epaississement des parois de la vésicule
biliaire qui contient 2 calculs
du volume d'une noisette au milieu
de bile très colorée.

induration profonde vers le col de la vessie avec adhérence à le niveau du colon transverse et du duodenum immédiat après l'ampoule de Vater.

Il résulte de cette disposition que le duodenum est fortement élevé de manière à formé une coude brusque au niveau de la vésicule ~~qui les parois~~ sont épaissies et retractées.

L'examen de la face interne de la vésicule montre la présence de nodosités du volume d'une tête d'épingle à une lentille correspondant à la partie la plus épaisse du fond du col (partie inf.) qui adhère aux intestins et qui offre un aspect blanchâtre de nature

manifestement épithéliomateuse.

Quant à l'estomac, examiné au beaucoup de soins et notamment au niveau de ses orifices ; on ne lui trouve aucune lésion.

Le bouton de Murphy a été placé au niveau de la face antérieure.

Rien de particulier dans le foie dont les canaux biliaires sont gorgés de bile mais non ectasiés.

Le cœur peu volumineux, présente un léger rétrécissement de la mitrale par ~~épaississement~~ de ses valves ~~sur~~ le bord de lesquelles on remarque à la face sup. un ~~ex~~ nodule relativement récent, mais déjà d'aspect manifestement fibreux.

Rien de particulier sur les autres orifices.

Un morceau de la paroi abdominale de la vessie biliaire et un morceau de la ~~vessie~~ vessie sont pris pour l'examen histologique.

5e Leçon
6 nov. 1901

Cancer de la Vésicule et des Voies biliaires avec généralisation au péritoine au foie aux poumons.

Renseignements cliniques et description des lésions dans les conditions où l'autopsie a été faite, et qui ont permis d'arriver à établir très nettement qu'il s'agit d'un cancer primitif de la vésicule biliaire avec généralisation de la tumeur aux autres organes affectés.

Le cancer de la vésicule biliaire n'est pas très commun, mais il n'est pas non plus très rare, car nous avons chaque année l'occasion d'en observer

plusieurs cas ; mais il se présente aussi rarement avec des néoproductions aussi intenses et aussi étendues.

Il est parfois localisé à une portion seulement de la vésicule, avec une extension plus ou moins limitée du côté des voies biliaires et ~~toujours~~ plutôt prédominant du côté du foie. Il peut même arriver, ~~quand nous avons~~ en l'occasion de la voie, que la vésicule ne soit guère atteinte que dans sa portée en rapport avec le foie et que à ce niveau l'organe présente une tumeur aussi volumineuse pour être considérée comme un cancer primitif du foie.

A cette occasion j'ai un fait remarquer que certains tumeurs du foie ont dû être prises pour des cancers primitifs alors que véritablement elles devaient provenir de la vésicule biliaire dont les lésions peu accentuées n'avaient pas attiré l'attention, tout comme l'on voit des cancers squirrheux du limite de l'estomac ~~du~~ sein, ~~[illegible]~~ parler que des cas que j'ai eu l'occasion d'observer, donnent lieu à des productions néoplasiques énormes dans le foie, sans qu'il puisse venir à l'esprit de considérer ces dernières comme primitives.

de sorte, en effet, des observations journalières que certains organes comme l'estomac, le rein, sont fréquemment atteints de lésions primitives, tandis que d'autres comme le foie, les poumons, se trouvent dans des conditions inverses.

La vésicule biliaire, comme je viens de dire estomac assez souvent atteinte primitivement et ne paraît pas affectée secondairement plus souvent que l'estomac; ce qui contribue à classer l'organe parmi ceux qui sont atteints primitivement. C'est pourquoi je crois que les médecins qui ont considéré la

veinule comme atteinte secondaire lorsque le foie était atteint dans son voisinage, sont connus comme erreur. Et cela résulte encore des considérations anatomiques et cliniques de ces observations.

Au point de vue anatomique on remarquera d'abord que les lésions hépatiques sont surtout accusées près de la veinule sus-hépatique elles sont plus ou moins prononcées à ce qu'elles vont exister en diminuant lorsqu'elles s'en éloignent, tout en pouvant présenter du reste isolés plus ou moins considérables, comme dans tous les cancers secondaires du foie.

L'examen histologique permet de constater très souvent des productions néoplasiques à cavités tapissées d'un épithélium cylindrique qu'on ne rencontre pas habituellement dans le cancer primitif du foie.

Il est vrai qu'on a aussi signalé cette variété d'épithélium dans ce dernier cas, lorsqu'on l'a rapporté à une affection primitive des canaux biliaires. Mais encore faudrait-il être sûr que dans le cas de cancer la vésicule et les voies biliaires extra-hépatiques étaient tout à fait intactes. Pour ma part je n'ai rien observé semblable.

~~Lorsque~~ Lorsque le cancer de la vésicule se rapporte à une variété atypique, l'épithélium précédemment cité ne se trouve ~~[illegible]~~ quelquefois que dans les parties voisines d'une cavité abcédée remplie de cellules ou au milieu d'une

stroma plus ou moins dense qui
~~n'Aqualutot~~ encore en forme d'un cancer de
la vésicule.

J'ajouterai enfin qu'au point
de vue clinique la marche relativement
lente de la première période de la maladie,
comme dans le cas, est en faveur de
la lésion primitive de la vésicule, concordant
avec le foie atteint
par des productions néoplasiques
nombreuses volumineuses, ~~tandis~~
~~celles qui existent dans le cas~~, la
maladie évolue rapidement
ainsi que tous les auteurs ~~en~~
~~de la maladie se tout~~ ~~pas~~
ont fait la remarque. Et si le
~~successivement~~ foie était atteint ainsi prématurément, la maladie ne devrait pas plus que la
dernière phase pendant laquelle le foie a été envahi comme dans le cas.
En conclusion est que lorsque on
trouve un néoplasme de la vésicule

avec de néoproductions dans le foie, quelle que soit leur abondance, ce sont toujours les lésions de la vésicule, mais le plus souvent, qui sont prédominantes et celles du foie qui sont secondaires.

Les auteurs signalent la propagation fréquente du cancer de la vésicule aux voies biliaires, sans considérer jamais ces dernières comme primitivement atteintes dans ce cas. Dans leur travail très intéressant sur le cancer primitif des voies biliaires, Messieurs Dérac et Gallavardin n'ont rien pas supposé qu'on peut faire cette hypothèse. En effet c'est encore un fait d'observation que lorsque un organe est affecté d'un néoplasme, son canal d'excrétion ou d'excrétion, le lieu d'origine de l'affection vésicale ordinairement dans l'organe vrai. Et dans cette

on a vu la vésicule atteinte par l'envahissement des voies biliaires à tous les degrés en partant de la vésicule, et jusqu'à leur entier envahissement dans le cas ; de telle sorte que celui-ci ne saurait faire exception à la règle.

à remarquer que les néoproductions des voies biliaires sont exactement limitées aux parties où les canaux sont tout à fait libres et sont dépourvus, soit dans la petite portion sous-muqueuse du duodénum, soit dans le parenchyme hépatique où cependant les lésions sont plus nombreuses, mais non dans les canaux hépatiques qui ont été ouverts. C'est que la propagation des lésions se fait surtout le long des tissus sous-muqueux, intermédiaire et périphérique qui se trouve relativement lâche et opère conditions

anatomiques toutes différentes au-delà. Mais ces obstacles, cependant formant un obstacle absolu pour l'opérateur, ne peuvent probablement les faire par les adhérences de la paroi abdominale.

Les Auteurs signalent la fréquence d'un ou de plusieurs calculs dans la plupart des cas de cancer de la vésicule. Sur mon point je n'ai jamais trouvé de cancer de la vésicule sans calcul; ainsi sorte que je suis assez porté à croire que les cas où le foie n'est pas signalé, doivent se rapporter à des observations incomplètes ou faites d'une manière insuffisante.

Si nous admettons que dans ces cas la lithiase biliaire est secondaire, tandis que pour les autres qui me paraissent avoir raison, elle serait primitive. En effet les premiers supposent qu'elle résulterait de la rétention biliaire.

les oublient que cette rétention n'a lieu que dans les derniers temps de la maladie, soit dans ce cas depuis deux mois, il est peu probable que dans un temps aussi court un calcul aussi volumineux ait pu se former.

Durets dans les cas de cancer primitif des voies biliaires, dans le cas de cancer du lobe du pancréas, et dans les autres cases d'obstacle à l'écoulement de la bile ~~[illegible]~~ tout autant et même davantage, on ne voit pas l'existence constante de calculs comme dans les cas de cancer de la vésicule.

Si j'ajoute que dans certains cas

les malades ont pu présenter les signes antérieurs de lithiase biliaire, que ce sont les femmes qui dans l'immense majorité des cas sont atteintes de cancer ~~le plus souvent affectés et que sont de la vésicule et~~ ~~organes~~ d'autre part on trouve si fréquemment des calculs dans la vésicule, on arrive à conclure que, suivant toute probabilité, les calculs sont antérieurs au cancer, et que ils peuvent être considérés, ~~comme une cause~~ la cause déterminante de la néoplasie au point où existe un cancer noire, comme on le voit assez fréquemment pour des localisations concernant un d'autres organes, naturellement chez des sujets prédisposés pour la même cause qui n'ont pas encore été déterminées.

La généralisation paraît s'être faite en partie par les lymphatiques et en partie par les vaisseaux sanguins. C'est très certainement par les vaisseaux sus-hépatiques que les poumons ont dû être envahis, vraisemblablement, comme tuberculose pulmonaire, d'abord plus d'intensité que les lésions hépatiques étant plus nombreuses, toutefois le péritoine a dû être envahi plutôt par les lymphatiques ~~hépatiques~~ l'on n'a pas trouvé de gyllions manifestement atteints, de telle sorte qu'il ne pourrait que l'envahissement péritonéal résultat du phénomène inflammatoire constaté au niveau de la veine et des vaisseaux lymphatiques, par propagation directe dans le voisinage.

L'examen histologique permettra de dire si l'on a affaire à des productions typiques ou atypiques, mais dès à présent on voit qu'il s'agit de productions essentiellement malignes depuis, comme dans toutes les lois de productions essentiellement abondantes, sont larges et vasculaires.

La tumeur vendâtre plus ou moins ulcérée et en certains points des néoplasmes très ulcérés, est en rapport avec la rétention biliaire qui ~~s'est manifestée~~ sur tous les organes, sur toutes les parties constituantes du foie ainsi que sur toutes les productions néoplasiques, particulièrement sur les parties en retrait du tissu des lésions qui en proviennent.

Remarquons au point de vue du diagnostic.

On avait avec raison éliminé la cirrhose hypertrophique biliaire. On s'était surtout basé sur ce que la rate ne paraissait pas hypertrophiée. C'est un excellent signe négatif, peut arriver à la certitude sur l'état de la rate. Or, alors quand une rate volumineuse est mise en jeu par les autres intermédiaires, de telle sorte que c'est plutôt l'augmentation constatée du volume de la rate qui est un bon signe de la cirrhose, tandis que le signe négatif ne peut pas avoir la même valeur entière. Mais outre que cette cirrhose est toujours de plus rare, elle évolue avec une lenteur

tellement prononcée et avec la conservation d'un état général relativement bon pendant si longtemps (de mois et même de années), que l'après une observation suivant deux quelques temps on ne peut conserver à ce sujet aucun doute. Dans ce cas deux mois ont suffi pour déterminer la mort de la malade et il a fallu beaucoup moins de temps pour constater que son état allait en s'aggravant rapidement.

Le diagnostic entre la commotion des vaisseaux cérébraux et celui de la tête du pouvoir est beaucoup plus difficile car si la vésicule représente dans des conditions différentes dans les deux cas,

il n'est pas toujours possible de
s'en rendre un compte exact
pendant la vie.
L'équilibre ou l'absence de douleurs ne peut faire prédire ni apporter, les douleurs étant en rapport avec la sensibilité de certaines parties et non avec la lésion dite organique. Et la valeur des faits
différents en général donnés des
cas qui nous paraît le plus susceptible
d'éclairer le diagnostic qui, du reste,
ne comporte pas une grande
importance. Ce n'est que dans
les cas où une intervention chirurgicale
pourrait l'obstacle à l'écoulement de la bile doivent
~~en cas de tumeur ou d'affection~~ pouvoir
prolonger la vie des malades, ce
qui n'a pas encore été démontré, qu'un
diagnostic hâtif serait nécessaire.
Mais comme dans le cancer de la vésicule la
foie atteint envahi, il n'y a guère à
espérer d'une telle intervention dans ces cas.

74
Leçon (suite)
nov. 1901

Autopsie du 16 Novembre 1901
Service de Mr Mouret
Homme agé de 47 ans.

751

Résumé clinique

1re Leçon à l'hôpital en Août 1901 pour des accidents abdominaux ayant fait diagnostiquer une appendicite.

2e Leçon en Novembre 1901 ; on constate :

frottement péricardique.

fièvre, teint terreux, mauvais état général

On a l'impression que le malade fait du pus, et l'on fait des ponctions exploratrices à gauche (2) sans pouvoir en discerner.

Résumé d'autopsie

Lésions appendiculaires et périappendiculaires, en voie de guérison (kyste au contenu mucilagineux).

Volumineux et unique abcès du foie (face supérieure du lobe gauche).

Ouverture de l'abcès à travers le diaphragme dans le médiastin antérieur (abcès médiastinal) puis dans le péricarde (péricardite purulente avec tamponnade péricardique à la partie postérieure du cœur).

Cadavre amaigri et amaigri -

Pas d'œdème bien marqué des membres inférieurs.

Cavité thoracique

En détachant le plastron sterno costal, le contenu tombe dans une cavité purulente située derrière le sternum et; il renferme environ 1 litre à 1 lit 1/2 de pus grisâtre et épais. Puis, les viscères enlevés, on vide le péricarde par sa face antérieure et l'on constate l'existence d'une péricardite purulente.

On peut alors mieux se rendre compte de la situation exacte de la poche purulente médiastinale et de l'origine de cette migration purulente.

L'abcès médiastinal antérieur est compris dans une loge limitée en avant par le plastron sterno-costal, en bas par le diaphragme, en arrière par le 2e feuillet du péricarde. ~~La topographie~~ Les rapports exacts de cet abcès avec le plastron sterno costal sont de cette nature déterminés par le dépôt de pus et de fausses membranes à sa face postérieure et figurent assez une aire de petite matité cardiaque. Il est probable qu'abcès amiplové vient par tardé à ce faire jour au dessous du rebord costal?

Péricardite purulente communiquant avec l'abcès médiastinal

Il existait une large communication entre la cavité de l'abcès médiastinal et le péricarde; l'orifice avait une forme circulaire et présentait les dimensions d'une pièce de 5 francs. Il semblait siéger sur la partie inféro-antérieure du 2e feuillet du péricarde. La cavité suppurante péricardique se comprenait sur la poche antérieure de la cavité péricardique et à la face postérieure du cœur, il existait une zone péricardique fortement adhérente, témoin

de la péricardite séreuse qui avait précédé la formation de la péricardite purulente

le diaphragme qui formait la paroi inférieure de l'abcès médiastinal était fortement adhérent au lobe gauche du foie et le cloisonne tout impossible. En incisant le foie et le diaphragme d'un seul coup à ciseau, on découvre un vaste abcès du lobe gauche du foie.

Cet abcès pouvait contenir les deux poings d'un adulte ; les parois sont blanchâtres, irrégulières, assez épaisses, mais on ne trouve pas à son pourtour d'autres abcès, pas même de petits abcès.

~~Le diaphragme est détruit en nature de l'abcès dont la cavité se confond vers cette cavité du médiastin antérieur lorsque comme~~ ~~la cavité antérieure du péricarde. Il en est~~ ~~du diaphragme en avant que les attaches à la paroi thorax.~~

Rien dans la plèvre droite

Dans la plèvre gauche il existait à peu près une verrée 1/2 de liquide séreux sans restitution bien marquée de la séreuse

Rien de particulier à noter dans le poumon.

Tube abdominale

L'appendice présente des altérations très nettes : au niveau de son tiers moyen il trouve une poche moyennement tendue, résistante. Cette lésion poche ne n'est pas possible à cause d'oblitération du canal à 1cm en arrière de la poche.

Une incision au bilobaire de cette poche montre qu'elle contient non du pus, mais une membrane semi-transparente à consistance de gelée qui semble du mucus plus ou moins coagulé. Cette membrane adhère aux parois qui sont parfaitement épaissies anormalement.

Autour de l'appendice brides fibreuses et signes évidents de réaction péritonéale.

Pas de foyer purulent enkysté dans la région iliaque ou rétrocaecale ; on ne trouve pas non plus au niveau du hile du foie d'oblitération portale.

Les derniers centimètres de l'intestin grêle, tout le gros intestin, ouverts ne présentent pas la moindre ulcération.

Rien à particulier à noter dans les autres viscères (rate, reins).

60e Leçon
5 janv. 1902

Cancer de la Vésicule biliaire

F. 42 ans, (Clinique chirurgicale), décédée le 24 jour.

Renvoyée par Clinique - Crises de coliques hépatiques il y a 20 ans et 1 ans. Pas d'ictère avant celui qu'elle a présenté en dernier lieu.

Début de l'affection actuelle en août 1901 par des douleurs au niveau du foie et des vomissements, avec dégoût pour les matières grasses et la viande.

Ictère à début avec lemures en octobre 1901, puis aggravation progressive sans rémission.

Cachexie, ascite, ictère foncé avec décoloration des matières fécales. Pas d'œdème. Douleurs au niveau du foie et de l'épaule droite. Examen de l'abdomen rendu négatif à cause de l'ascite.
Mort lemures dans la nuit.

Diagnostic: Cancer des voies biliaires

30e Leçon
25 janv. 1902

Cancer de la vésicule

Bilirubine propagée au foie, au tissu cellulo-adipeux du hile du rg. ganglion, au gd épiploon du rg. moins du mésocolon ou bien au rg ganglion opposé, ainsi qu'aux vaisseaux devenus en un temps hystérique.

Oblitération du cholédoque avec rétention bilirubine et coloration ictérique intense dans les organes.

F. 42 ans, opéré en, il y a 14 à 20 ans, des coliques hépatiques; tandis que le trouble actuel paraît remonter seulement à quelques mois (Début par douleurs à l'épigastre, 10 ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ au mois d'août, ictère nocturne)

A l'ouverture de l'abdomen, on voit que sa cavité renferme une grande quantité de sérosité teintée par la bile, qui contraste avec l'état des viscères inférieurs absolument dépourvus de la moindre trace d'œdème. La circulation dans la veine ~~porte~~ paraît pourtant bien être un peu gênée au niveau du foie; mais cette sérosité doit ~~être~~ rapportée principalement à

la péritonite cancéreuse qui se manifeste par des lésions au niveau du bord du foie correspondant à la vésicule, puis un ~~[illegible]~~ épiploon rétracté vers le siège de nodosités blanchâtres, ainsi que sur les deux autres points des gros intestins, au niveau du mésocolon sur la surface libre, enfin au niveau des ovaires tous deux survahis par le cancer avec prédominance du côté gauche.

Mais ces diverses lésions doivent être examinées chacune en particulier.

description des lésions retrouvées au niveau du lobe du foie.

Masse blanchâtre indurée correspondant au niveau de la vésicule, en même temps qu'au bord du foie, et à laquelle adhère en un point très rétracté la première portion du duodénum et la tête du pancréas.

Ouverture du duodénum pour chercher à pénétrer dans le cholédoque par l'ampoule de Vater; mais impossibilité d'y arriver. Sans de meilleur résultat en cherchant à passer d'abord par le canal de Wirsung.

nous avons alors cherché à découvrir le conduit biliaire au milieu de ce tissu induré qui a rendu cette recherche très laborieuse et très incomplète.

Nous avons bien découvert le canal hépatique dilaté et non envahi par le néoplasme, mais il nous a été impossible de pénétrer dans le cholédoque et même de découvrir ce canal. Nous avons seulement trouvé, faisant saillie à la partie inf. du canal hépatique, une cavité double pavée épaisse blanchâtre étant remplie par un calcul.

après l'avoir ouverte, nous avons vu qu'elle cavité s'étendait du côté de la vésicule et qu'il y avait une seule dépression d'autre calculs dont le volume variait d'une petite noisette à un petit poix. L'ouverture de cette cavité a pu être complétée par une section portant en même temps sur la portion correspondante du foie, manifestement cirrhotique, nous avons vu qu'elle se prolongeait à ce niveau en devant très petite et contenant encore trois petits calculs.

On voit ainsi que la vésicule

avec les calculs des parois atteintes d'un néoplasme, s'étendait par son fond légèrement élargi jusqu'au niveau du duodénum et de la tête du pancréas, auxquels elle adhérait intimement par le tissu cellulo-adipeux envahi et on doit retrouver la cholédoque fortement comprimé sinon également envahi.

L'examen de la vésicule montre les parois épaissies et cloisonnées, formant à l'intérieur des saillies cloisonnant incomplètement les calculs, étroites lacunes formant des loges nettement indiquées pour les saillies. Cette disposition des lésions prouve bien la présence des calculs indépendamment des antécédents pathologiques qui indiquent la production de coliques hépatiques antérieures.

On voit exister immédiatement en dehors de la vésicule épaissie, nettement limitée, un envahissement partiel négatif en une épaisseur de deux travers de doigt à gauche et de trois travers de doigt en arrière et à droite, constituée par une tumeur de même nature que celle du fond de la vésicule, c.a.d., claire jaunâtre, mais très indurée, formant à la face supérieure du pied gauche autour un anneau blanchâtre [illegible] de la face supérieure de la moitié à droite [illegible] de la paralysie de cet orteil.

Néoplasie qui entoure la vésicule se trouvant de nombreux nodules néoplasiques arrondis, durs dans la tumeur négative et dont le volume varie d'un tout petit poissa à une noisette.

Ces nodules sont assez nombreux près du gros ovaire, et ceux qui sont situés au loin deviennent de plus en plus rares à mesure qu'on s'en éloigne.

~~Les plus~~ nodules sont consistants pour le vivant tissu blanc jaunâtre, assez ferme, mais le plus gros commence à présenter une légère dégénérescence vitreuse partielle.

Le reste du tissu hépatique ne présente rien de particulier, si ce n'est une teinte ictérique bien accusée.

Près du pancréas nous trouvons 2 ou 3 petits ganglions manifestement envahis par le néoplasme ; mais

le pancréas est indemne.

Il existe de plus du duodénum qui ne présente qu'une légère ulcération superficielle, sans induration, sans envahissement de la muqueuse dont doit provenir d'une oblitération vasculaire, en raison de son siège sur le point Lepelley rétracté où adhérait cette portion de l'intestin.

La 2e équipolence rétractile et épaissie est manifestement le siège d'une série de nodosités blanchâtres, du volume d'une noisette appliquées contre la surface externe de l'intestin. On trouve en outre un point Lepelley indéniable rétracté situé environ à 40 cent. du cæcum dont paraît faire partie

dans l'intestin. Celui-ci ouvert, on constate qu'il présente à la vision une ulcération transversale de 2 cent. de longueur dans le sens, sur 1 cent. d'élargissement dans le sens longitudinal. Sous les bords de la muqueuse se trouvent des nodules indurés, soit dans la sous-muqueuse, soit au niveau des ganglions ou de tissu adénoïde.

Plus bas on trouve encore deux nodules indurés et rétractés sur la paroi intestinale, mais sans lésion correspondante de la muqueuse.

Rien de particulier au niveau de l'intestin grêle.

Les plus grosses lésions ~~se~~ se trouvent au niveau du rein et surtout au niveau de l'orifice droit qui est devenu une tumeur du volume d'une mandarine à laquelle se trouve une poche pleine de kystes à contenu liquide tout à fait incolore. Ces kystes sont le volume d'une ~~petite~~ noix à une noisette. En outre la surface bosselée de la tumeur a coloration blanc jaunâtre présente çà et là de tous petits kystes à peine saillants du volume d'un pois à une tête d'épingle.

Sur les surfaces de section de

la tumeur, on voit qu'elle est constituée par un tissu néoplasique blanc jaunâtre très ferme à contenu duquel se trouvent de nombreuses petites cavités bi dimensionnelles ovoïdales, correspondant à des kystes interstitiels semblables à ceux de la superficie du contenant mais vides de liquide incolore.

Lorsque l'état en avant est tout à fait indemne de lésions néoplasiques. Elle est aussi tout à fait normale.

L'ovaire droit est le siège de lésions semblables avec un moindre développement, de telle sorte qu'il atteint tout au plus

la moitié de volume de l'ovaire gauche, mais il a le même aspect bosselé, fait des néoproductions du même aspect, accompagnés également de la production de kystes ayant un aspect idéatique.

La trompe gauche est également saine, mais entourée d'un petit kyste agglomérée appendu à une des franges de son pavillon.

C'est ainsi que, comme il arrive très souvent pour les cancers des organes abdominaux qui atteignent le péritoine, les ovaires sont envahis secondairement

Ils sont tous deux, comme chez la rougeole un peu moins aussi comme prononcés toujours avec prédominance d'un côté.

Ce sont bien les ovaires qui sont atteints le plus souvent. Ce sont ceux qui paraissent avoir une grande disposition à être affectés secondairement à la présence de productions hystriques sous cette influence, tout comme à la suite des lésions inflammatoires dont ils sont si souvent le siège ; ce qui montre encore à quel degré les analogies du processus néoplasique avec celui de l'inflammation.

à remarquer encore au sujet de ces productions internes du ovaire, qu'elles sont peut-être favorisées par la nature du néoplasme, qui doit être un épithélioma à cellules cylindriques et doit trouver un terrain favorable à son développement dans la trame de l'ovaire.

Comme dans les cas d'extension locale, lymphatique, et péritonéale du néoplasme, il n'y a pas de rétrocession pour la voie sanguine donc, les organes éloignés.

L'examen à l'état frais du produit d'un raclage de la surface de section de la tumeur du foie entourant la vésicule biliaire, montre au milieu d'une grande quantité de cellules rondes ou déformées quelques autres altérées, quelques bambous de cellules cylindriques dans les noyaux sont bien colorés dont quelques nettement caractérisés.

Bien que le foie ne soit pas été pris il n'est certainement pas augmenté de volume et par conséquent dépourvu, vu qu'il n'y a pas trace de cirrhose.

Les reins ne présentent pas d'altération manifeste, sauf la coloration jaune très prononcée de la substance corticale principalement. Rein dr. 150 gr. et R. g. 160 gr.

Rate petite - 110 gr.

Estomac et les intestins colorés en jaune n'offrent aucune lésion appréciable. Poids de l'eau 130 gr.

Tous les organes sont plutôt diminués de volume et de poids, y compris le foie.

Un peu de liquide séreux dans les plèvres.

Poumon droit légèrement engoué à la base en arrière avec un peu d'atélectasie de son bord inférieur. Poids 6 grs.

Poumon gauche non le siège aucune lésion accusée, poids 6 grs.

Leçon
3 nov. 1907

Autopsie du 14 Novembre 1907 750
Reynaud agé de 43 ans
service de Mr Leclerc

Diagnostic clinique

affection actuelle remontant à 5 ans; s'étant manifesté durant tout ce temps par une douleur sourde dans l'hypocondre droit, mais sans paroxysmes nets.

Lésion chronique ~~fait~~ interne ayant débuté 2 mois environ avant la mort; Gros foie fortement senti à la palpation, on ne peut sentir la vésicule.

Diagnostic hésitant entre
cirrhose hypertrophique qui on reponse à cause de l'abcès de splénomégalie
1m cancer pancréatique
2m cancer des voies biliaires.

Résumé de l'autopsie

Cancer de la vésicule biliaire (calcul de vésicule).
Propagation aux organes voisins
cancer biliaire + ganglionnaire
épiploon
foie.
Generalisation Ganglionnaire
pulmonaire

Gros foie 3 kilog. 670. Rate. 290.

Le sujet (femme) n'est pas très cachectique.
Teinte ictérique jaune lumineuse, ne tirant pas sur le vert foncé
Un peu d'œdème des jambes.

Cavité abdominale

Seulement un peu d'ascite dans le pelvis.
Le foie apparaît très volumineux et à suite on a l'attention attirée vers une volumineuse tumeur qui est située à la face inférieure du foie et adhérente à ce dernier. Elle est à la place de la vésicule et à suite on pense à un cancer de ce réservoir.
Au niveau il existe des adhérences multiples de l'épiplon, de l'angle duodénal, du côlon.
On lève aisément ces adhérences et l'on arrive sur la masse principale. Cette tumeur sous hépatique incisée montre qu'il s'agit d'un vésicule cancéreuse. Les parois sont blanchâtres, épaisses, la cavité qu'elles circonscrivent est à peu près celle d'une vésicule normale et rempli dans un liquide clair et filant se trouve un calcul blanchâtre, dur, formé par de la cholestérine.
Dans le point où la masse vésiculaire cancéreuse est adhérente au foie, on perçoit très bien l'envahissement du parenchyme hépatique par le néoplasme.
L'examen des canaux biliaires révèle
1° que les canaux, cholédoque, hépatique sont

pendant les matières sont décolorées.

absolument perméables; il n'existe en effet en aucun point d'oblitération et la lumière est libre depuis l'ampoule jusqu'au lobe hépatique;

2° que ces canaux sont envahis par le néoplasme.

En effet avant l'incision le cholédoque apparait comme un cordon blanchâtre dur au moins de la grosseur d'une sous-clavière. L'incision de ce canal sur toute son étendue montre que ses parois sont très épaisses, blanchâtres jusqu'à 3 à 4 millimètres sur certains points. C'est plus un conduit souple mais un canal rigide.

Il en est de même de l'hépatique.

L'épaississement des parois cesse en bas à 1 à 1 centimètre ½ au dessus de l'ampoule, en haut 1 à 2 centimètres après la pénétration intra-hépatique des branches de l'hépatique. La cessation est brusque, nettement limitée.

Canal cystique non oblitéré.

Le foie est très volumineux; il pèse avec la rate secondaire 3 kilos 450.

On remarque sur les coupes.

l'envahissement néoplasique à point de départ secondaire;

d'autres noyaux de généralisation à distance dont l'un atteint le volume d'une mandarine;

la teinte générale verdâtre du parenchyme, due à l'ictère;

Le Rate pesait 890 gr.

~~Le poumon.~~

Le péritoine diaphragmatique recouvrant le foie, l'épiploon sont le siège de petites nodosités néoplasiques multiples.

Le poumon.

Sont le siège de nombreux cancers secondaires très abondants.

Il en existe en nombre égal dans les deux poumons aussi bien en plein parenchyme que sous la plèvre.

Ils se figurent par des amas composés mais ~~distincts~~ comme de îlots formés par la conglomération de masses néoplasiques de la grosseur d'un grain de riz.

Les autres viscères — cœur, poumons, tube digestif ne présentent rien de particulier à signaler.

On n'a pas aperçu de gros ganglions cancéreux dans l'hilé du foie, mais on ne les a pas recherchés spécialement.

2me Leçon
6 nov. 1897

538'

Cancer de la vésicule et des canaux biliaires avec envahissement secondaire du foie.

—

F. Gl ouvr, Ste Anne, entrée le 13 8bre ~~[illegible]~~ les signes d'une tumeur de l'hypochondre droit faisant corps avec le foie et pouvant être attribuée à la vésicule. Indépendamment de la tumeur qui déforme les fausses côtes, on trouve une augmentation générale du volume du foie. ~~Ascite~~ —

Depuis un mois le malade ressent des douleurs dans l'hypochondre, douleurs à la pression ~~[illegible]~~ l'influence de la marche. Amaigrissement, dépérissement général. Sensation de chaleur et agitation nocturne; toutefois la T. n'a pas été prise. Pas de vomissements, pas d'troubles digestifs; mais soif intense. — Urine contenant de l'albumine.

Pas d'antécédents héréditaires paternels ni maternels. Une tante plus jaune et eut la jaunisse et souffrait du foie —

Personnellement apparence vigoureuse. Bonne santé jusqu'à il y a un mois, sauf qu'à l'âge de 42 ans elle a eu une crise hépatique grave avec coliques hépatiques, vomissements, ictère. Ces phénomènes ne se sont pas reproduits — Mariée elle a eu 3 enfants — Ménopause depuis 3 mois. Rentrée le 4 nov. 1897 —

Depuis environ 6 mois, cholécystotomie qui a permis de constater qu'il s'agissait d'une tumeur volumineuse de la vésicule biliaire. Il est resté un trajet fistuleux qui se ferme à Bordeaux et pour lequel on a l'intention cette fois. Incompétence

Autopsie. Foie considérablement augmenté de volume et mou comme manifeste au niveau de la vésicule biliaire, ~~[illegible]~~ d'un point à la paroi abdominale et d'autre part vers ouvertes intestinales voisines.

Les voies biliaires apparaissent bien ouvertes, on voit, en effet, qu'elles sont le siège d'une lésion néoplasique qui est en rapport comme dans la plupart des cas de ce genre, et comme dans tous les cas que nous avons vus avec la présence de calculs et dans la vésicule près de l'origine du canal cystique et dans le canal cholédoque distendu et élargi ~~[illegible]~~ de sa moitié inférieure. On trouve un gros calcul du volume d'une noisette et de 3 cent. de longueur auquel

vont rajoutés 2 ou 3 autres calculs plus petits, mais formant avec le premier une seule masse au moment de l'ouverture du canal.

Ces calculs paraissent anciennement formés (surtout pour de la cholestérine et des sels de chaux avec la matière colorante de la bile à la périphérie). En antécédents de la malade font aussi mention retrouvés se rapportant à la production ancienne de la lithiase biliaire.

On est étonné qu'avec ces calculs du cholédoque qui est dilaté en raison de l'obstacle apporté à l'écoulement de la bile, il n'y ait pas de signes de rétention biliaire. Mais il en est ainsi souvent, précisément avec cette dilatation générale du cholédoque qui permet encore l'écoulement suffisant de la bile entre les mauvais calculs et la paroi.

Il faut que le calcul soit enclavé et immobilisé pour empêcher à la bile de pénétrer dans le duodénum. Or la disposition du canal régulièrement dilaté et uniformément lisse jusqu'à la portion inférieure du calcul, rend bien compte de l'absence d'obstruction complète.

Mais les lésions les plus importantes consistent dans la présence d'un néoplasme des voies biliaires.

C'est au niveau de la vésicule que la lésion est la plus manifeste, au point que ses parois sont complètement transformées par le néoplasme. Elles sont effectivement considérablement épaissies et la surface interne est le siège de bourgeons ou de végétations de volume varié et de forme très irrégulière. Le tissu de végétations est constitué

par une substance molle et blanchâtre ou une teinte jaune légèrement brillante lui donnant l'aspect colloïde.

Les canaux biliaires ne présentent pas de végétations à leur surface interne; mais leurs parois sont épaissies et adhèrent en tissu conjonctif vivace qui paraît envahi par le néoplasme avec plusieurs ganglions volumineux ~~qui~~ hilaires du foie plongés dans ce tissu.

Le pancréas ne paraît pas atteint, tout au moins autant qu'on peut en juger sur une pièce en mauvais état par suite de la putréfaction dont elle est le siège.

Quant au duodénum et à l'ampoule de Vater, ils ne sont le siège d'aucune altération. Il en est de même de l'estomac.

Le vésicule biliaire est immédiatement en rapport avec le lobe du foie avec une masse du volume du poing, arrondie, constituée par un tissu de même nature que celui des néoplasmes de la vésicule, moins un peu moins mou. Cette masse fait corps avec la vésicule profondément altérée. En outre on trouve près de cette masse et plus ou moins loin d'elle deux autres autres nodules arrondis du volume d'une noisette constitués par le même tissu. ~~Les deux~~ Les néoplasmes sont entièrement contenus dans le tissu hépatique qui est de coloration jaune clair et manifestement en surcharge graisseuse.

nous disons qu'il s'agit d'un cancer primitif de la vésicule biliaire et non du foie, bien que la lésion hépatique se présente sous la forme d'une tumeur beaucoup plus volumineuse et ou puisse alors plus importante que celle de la vésicule et qu'elle ait l'aspect du cancer primitif du foie décrit sous le nom de cancer en nouvelle par MM. Hanot et Gilbert, parce qu'on ne saurait admettre le cancer primitif du foie qu'en l'absence de toute autre lésion d'un autre des organes voisins ou éloignés; la plupart des lésions cancéreuses se généralisant très facilement dans le foie et notamment celles de la vésicule biliaire.

Ce n'est pas que l'envahissement du foie par des tumeurs voisines ne fasse habituellement

par contiguité ; car dans les cas fréquents où la paroi de l'estomac qui est le siège d'un cancer adhère à la face inférieure du foie (ce qui n'est pas très rare), on ne trouve pas le foie envahi à ce niveau. La propagation des lésions se fait soit par la veine rénale, soit par celle des lymphatiques ; toutefois au niveau de la tumeur même, aucun des rapports avec le tissu hépatique, il y a production d'un tissu conjonctif qui protège probablement l'organe à ce niveau.

Sous la vésicule biliaire, il n'en est pas de même ; car il s'agit à proprement parler de la continuation du développement du néoplasme dans un tissu où se trouvent des éléments de même nature, c'est-à-dire, des voies biliaires. Cette explication paraît d'autant

plus plausible qu'on voit l'artériolite envahir aussi les voies biliaires en dehors du foie. Le terrain étant favorable à l'extension du néoplasme, les voies conjonctives et lymphatiques sont employées à cet effet.

Les auteurs signalent la possibilité de confondre cette grosse tumeur pancréatique avec un cancer primitif du foie.

Dans ce cas, comme j'ai dit, la confusion n'est pas possible. Mais il peut arriver, comme nous en avons eu des exemples, que la lésion du foie soit beaucoup plus considérable (avec toutes les apparences du cancer secondaire primitif) et que, au contraire, celle de la vésicule le soit beaucoup moins que dans notre cas.

En effet tous les auteurs signalent la coexistence habituelle du cancer de la vésicule avec des calculs. Sur ma part je l'ai constatée dans tous les cas que j'ai pu observer. C'est donc là un élément important pour préciser l'origine de la lésion.

Quandiques certains auteurs considèrent la production des calculs comme consécutive du néoplasme, la plupart admettent le contraire, et nous croyons nous. Il n'est pas rare en effet de voir des néoplasmes se développer à la suite d'une cause irritante chez des personnes prédisposées et d'autre part on peut savoir en remontant dans les antécédents des malades trouver des signes de calculs biliaires bien antérieurs au néoplasme, comme dans le cas dont nous nous occupons.

Dans le cas ci-dessus, il apparaît en même temps que la rétention biliaire dont les conséquences sont les troubles généraux.

C'est probablement pour cela que le cancer de la vésicule est plus fréquent chez la femme que chez l'homme et beaucoup plus fréquent que chez l'homme

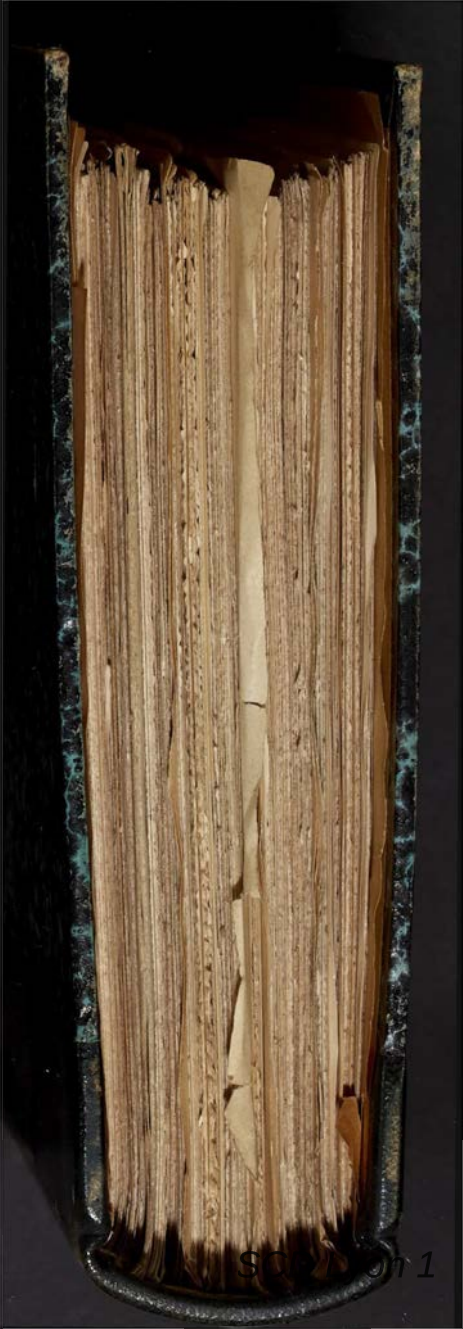
COLLECTION

R. TRIPIER

LEÇONS
ANATOMO-
CLINIQUES
3

MALADIES

DU FOIE


Scan 1