1re Leçon
6 mars 1888

Lésions de l'appareil de la Circulation.

L'étude des altérations du sang est plutôt du ressort de la Clinique. Les lésions du sang constatées à l'autopsie sont intimement liées à celles des organes et seront étudiées à l'occasion des lésions de ces organes.

Lésions du Cœur

Fréquence des altérations secondaires du Cœur et ~~[illegible]~~ certaines altérations sont difficiles à apprécier et passent inaperçues ou sont encore mal connues.

– Lésions de l'endocarde et du muscle, puis du péricarde qui par leur prédominance peuvent constituer des maladies nettement déterminées.

Endocardite

Endocardite aiguë et chronique.

Les lésions de cette dernière se confondent plus ou moins avec celles de l'athérome anat. et clinique. cependant conditions différentes pour leur production et en général aussi différences dans les caractères et l'évolution des lésions.

Etude de l'E. récente ou aiguë, puis de l'E. plus ou moins ancienne avec laquelle peut coexister des poussées d'E. récente.

Endocardite récente ou aiguë.

La rougeur du bord des valvules, parfois avec un peu de tuméfaction ne doit pas être considérée comme des lésions d'Endocardite.

- Siège de l'E. end. sur les valvules. habituellement dans le Cœur gauche avec un peu plus de fréquence sur la mitrale.

Coexistence de lésions dans le cœur droit. celles-ci sont rarement isolées.

Lésions de l'a. pulm. très rare et ord. athérom.

– Caractère de l'E. récente au plus léger degré.

Disposition des lésions sur les valves mitrale ou tricuspide et sur les sigmoïdes. –

Siège constant des lésions même au plus léger degré.

Disposition relative à la forme et au volume des Végétations.

Forme lamelleuse surtout vers les commissures.

Parfois végétations abondantes envahissant la surf. des valvules et même les deux faces.

– Résistance variables des végétations –

point d'implantation. – altération de la valvule à a niveau appréciable par le microscope lorsque on ne la constate pas à l'œil nu.

Constitution des végétations et lésions de la valvule : tissu embryonnaire envahissant en expansion plus ou moins les cellules embryonnaires dans la paroi valvulaire lorsque plus rarement

marche de l'affection - terminaison.
Endocardite dortant de quelque temps -
aspect macroscopique et microscopique
des valvules : dépôt fibreux formant
des saillies verrugueuses et des plaques
d'aspect cartilagineux et calcaire.
Formes variées qui peuvent prendre
les valvules, orifices des valvules, etc.
rarecouvement et extendons.
- Chacun des orifices peut devenir
insuffisant ou rétréci ou à la fois
rétréci et insuffisant.

Endocardite ulcéreuse -

2 variétés admises par les auteurs
suivant que la destruction du tissu
embryonnaire tient à la trop grande
abondance des éléments cellulaires,
à leur nutrition insuffisante et à
leur transformation granulo-graisseuse,
ou bien à la nature septicémique
des produits inflammatoires en raison
des conditions dans lesquelles l'affection a été
engendrée - Septicémie, septicémie - microbes de Rob.

affection caractérisée par la tendance à l'ulcération.

amincissement et usure mécanique des valvules. Sur d'autres points petits de substance et déchirures. Ulcérations et déchirures profondes avec anfractuosités surtout dans la forme septicémique.

Production abondante d'exsudats fibrineux, recouvrant les valvules formant des amas irréguliers plus ou moins volumineux, etc.

Ces exsudats ont aussi de la tendance à l'ulcération.

Souvent on ne distingue plus le tissu valvulaire du tissu de nouvelle formation, toutes les surfaces étant plus ou moins blanchâtres, jaunâtres, grisâtres, ulcérées, avec de nouvelles végétations sur les points ou les bords saillants avec tissu environnant tuméfié, rougeâtre, plus ou moins vascularisé.

Ex. micr. Surtout du tissu embryonnaire à noyaux de transformation alléolée granulo-graisseuse, granulations graisseuses, pigment hématique, [illegible]

Granulations et amas fibrineux sur les bords, tendineux qui peut être rompus.

La valvule mitrale peut être atteinte bien sur les bords et présente un amas fibrineux recouvrant une partie ulcérée.

Elle peut être perforée.

Même altération possible à la base d'une sigmoïde de l'aorte.

Ces lésions n'ont été observées qu'en dehors du cœur — anévrysme valvulaire avec ou sans perforation.

Forme en cupule ou en entonnoir avec ouverture dans le sens de la pression sanguine c.a.d. sup. pour les sigmoïdes, inf. pour la mitrale.

Constitution des anévrysmes par, outre embryonnaire avec perte de la tendance à céder à la pression. Cependant phénomènes de régénération possibles.

Parfois les dédiérures sont recouvertes de fibrine.

— Les valvules ainsi atteintes sont assez insuffisantes pour produire d'autre part par l'abondance des dépôts fibrineux adhérents aux valvules.

— Endocardite suppurative mitrale dans l'E. ulcéreuse avec transformation.

1re Leçon
3 mars 1888

Endocardite athéromateuse

- Coexistence avec les lésions athéromateuses de l'aorte.
- Endocarde chez les athéromateux.
- Noyaux jaunes. Dépôts calcaires.
- Siège ord. dans le cœur gauche.
- Disposition des lésions au niveau de chaque orifice.
- Epaississement des valvules sigmoïdes + dépôts calcaires sans rétrécissement ni insuffisance.
- Fréquent lésions plus accusées avec rétraction valvulaire, parfois avec dilatation d'une autre valvule par compensation. adhérences valvulaires partielles ou totales.
- aspect varié des lésions avec orifice arrondi, ovalaire, en forme de fente, etc.
- Encroûtement des valvules par des dépôts calcaires qui leur font perdre toute souplesse et parfois jusqu'à la faculté de pouvoir être appliquées contre la paroi aortique. Les valvules sont parfois remplies d'exposition calcaire.

- Lésions athéromateuses sur la face sup. des sigmoïdes, surtout ou principalement, contrairement aux lésions d'endocardite qui atteignent surtout la face inférieure.
- altérations simultanées de l'aorte sur une certaine étendue ou surtout à son origine au point d'insertion des valvules, ce qui contribue encore à modifier l'orifice aortique.
- Lésions limitées au point d'insertion des bords valvulaires avec enfoncement, plaques calcaires et rétractions valvulaires ou se contentant aussi les bords valvulaires avec atrophie des valvules.
— Orifice aortique rétréci ou insuffisant ou à la fois insuff. et rétréci.
- Ce dernier cas se rencontre plus fréquemment avec les lésions athéromateuses qu'avec l'endocardite proprement dite qui occasionne plutôt l'insuffisance pure. mais le rétrécissement pur est plutôt le fait de l'athérome (1/10).
— Rien pathologique.
— Très fréquemment lésions athéromateuses des valvules sans insuffisance ni rétrécissement notables.
- Rétrécissement sous-aortique (Vulpian) -

— Lésions athéromateuses de la mitrale — Coloration blanchâtre, épaississement, plissements et calcaires au niveau des bords sur les points d'insertion des cordages, près des points d'insertion de la valvule à l'anneau fibreux, sur la face inf. et surtout dans le sillon situé entre la valvule et la paroi cardiaque.

— amas calcaires égalant très fréquemment aux extrémités internes et externes de l'orifice.

— fréquence d'un amas calcaire situé dans le sillon indiqué et s'étendant sur la face inf. de la valvule interne surtout sous forme d'un bourrelet qui gêne l'ouverture de la valve qui est ainsi maintenue soulevée.

— Rien pathologique.

— Souvent de simples nodules aux points d'insertion des bords valvulaires, produisant la rétraction de ces bords. Rétractions possibles aussi en d'autres points.

— Lésions des cordages tendineux qui peuvent être calcifiés isolément et rompus.

— Par suite de toutes ces lésions insuff. fréquente de la valvule et rétrécissement tout à fait exceptionnel (tout au moins pour donner lieu aux signes habituels du rétrécissement) nous n'en possédons aucune observation.

– Différences existant entre l'endocardite proprement dite plus ou moins ancienne et l'endocardite athéromateuse au point de vue de l'époque de leur production, de leur cause, de leur siège et de leurs caractères macroscopiques et microscopiques.

– Les valvules athéromateuses sont constituées par une substance fibreuse plus ou moins dense avec des îlots en voie de transformation graisseuse, des foyers athéromateux remplis de détritus granuleux, granulo-graisseux et souvent de productions calcaires.

– Nous reviendrons sur l'étude de ces altérations à propos de l'athérome des artères.

– Parfois concrétions fibreuses, disposées irrégulièrement au niveau des lésions athéromateuses.

– Lésions du cœur droit un peu prononcées sont très rares.

+ – État fenêtré de l'orifice simple du bord sup. de la valvule sigmoïde de l'aorte sous lésions athéromateuses de cet orifice en rapport avec un âge avancé.

– Lésions d'endocardite simple et d'athérome se rencontrant simultanément.

- Dans l'endocardite après 40 ans, on trouve assez souvent app. lésions athéromateuses de l'aorte en même temps que les lésions valvulaires.
- athérome des sigmoïdes et endocardite récente de la mitrale. Nous en connaissons pas de cas offrant la disposition inverse.
- Lésions sur la même valvule se rapportant à l'athérome et à l'endocardite simple égale et très rare.
+ état fenêtré d'athérome en bloc des valvules sigmoïdes.
- Marche ~~terminaison~~ des lésions athéromateuses des valvules.

- Manière de constater le rétrécissement et l'insuff. des orifices cardiaques.
- Rétrécissement aortique - (causes d'erreur) -
- insuff. -
- Rétrécissement mitral et tricuspide
- insuff. mitrale et tricuspide (causes d'erreur)
- Souvent difficulté et même impossibilité de dire si l'insuff. existait pendant la vie.
- En augmentant la pression de l'eau introduite dans le ventricule, on se rapproche davantage des conditions dans lesquelles l'occlusion valvulaire se produit, mais on ne saurait les trouver sur le cadavre. - appareil ad hoc -

5e Leçon

0 mars 1888 Caillots formés dans le Cœur.

- Caillots post mortem - Discussions auxquelles ils ont donné lieu. Disposition semblable à celle des caillots formés dans un vase inerte.
- Dans les deux Cœurs, mais surtout dans le C. droit.
- Caillots plus abondants et plus fibrineux dans les cas où la maladie produit un excès de fibrine dans le sang.
- Caillots formés pendant la vie.

Concrétions fibrineuses plus ou moins volumineuses sur les parties altérées et surtout anfractueuses.

Végétations globuleuses de Lœnnec, Kystes fibrineux, Kystes purulents du Cœur, dans les oreillettes, surtout au niveau des auricules et dans les ventricules, surtout au niveau de la pointe, ordinairement dans le Cœur gauche.

- Forme, Volume, Constitution.
- Rapport avec la paroi.
- Conditions dans lesquelles on les observe -
- Thrombose cardiaque et Caillots provenant du système veineux. -

— Lésions du Cœur consécutives aux altérations des valvules et des orifices constituant les maladies du Cœur.

— Lésions du Cœur sans maladie du Cœur. Dans ces cas le C. n'est pas sensiblement modifié dans son volume, dans ses cavités, dans son poids.

— Dans la majorité des cas altérations cardiaques en rapport avec les lésions d'orifices quoique d'autres causes contribuent à produire ces modifications.

— Endocardite récente sans modifications du Cœur

— Cœur hypertrophié avec End. récente reconnaît une autre cause (lésions anciennes des valvules, lésions artérielles ou rénales).

— Quand l'endocardite existe depuis quelque temps et quand elle a occasionné des troubles circulatoires on est certain de trouver des modifications du muscle cardiaque consistant dans l'hypertrophie.

— En même temps dilatation plus ou moins accusée des ventricules.

— capacité de forme des ventricules difficile à apprécier par suite surtout de la rigidité cadavérique, surtout dans les cas où les modifications sont peu accusées. Mais il est des cas où elles sont évidentes.

— Exceptionnellement dilatation des cavités sans augmentation de poids. Mais le rapport entre ces deux états peut être très variable.

— En général hypertrophie avec dilatation avec prédominance en certaines parties.

— Difficulté pour établir le rapport entre les altérations du cœur et les lésions d'orifice.

— Et, lésions ne sont pas toujours simples.

— Lésions de plusieurs orifices.

— Lésions d'un seul orifice mais rétréci. insuff.

— Lésions de rétréc. ou d'insuff. mais coexistence de lésions artérielles ou pulmonaires.

— Enfin à un certain degré modifications dans les deux cœurs pour propagation de l'hypertrophie aussi bien que par le fait des entraves apportées à la circulation en retour.

— Il faut aussi tenir compte des conditions relatives à l'âge du malade et pour les adultes à l'état général de santé, à la nature de la maladie au temps qu'elle a mis à se produire.

— principaux types d'hypertrophie —

— altérations éloignées commentaires —

Altérations du Myocarde

Hypertrophie du Cœur - non seulement par suite de l'obstacle à la circulation résultant des lésions d'orifice, mais encore sous l'influence de causes plus ou moins éloignées qui agissent de la même manière et doivent avoir les mêmes effets.

- H. par obstacle à la grande et à la petite circulation.

- H. par obstacle à la grande circulation: altérations artérielles, surtout athéromes.

- Dans tous les cas résistance par diminution de l'élasticité de la contractilité artérielle

- Résistance sous l'influence de toutes les causes capables d'augmenter la pression artérielle (compression de l'aorte, grossesse, tumeurs abdominales)

- Volume, forme, poids du cœur et état de cavités

- Cœur dans la maladie de Bright - Hypertrophie concentrique?

Théories relatives à l'hypertrophie du cœur dans cette maladie

Bright - Traube - Rayer - Gull et Sutton - Debove et Letulle - Mendel

- Hypertrophie par obstacle à la petite circulation
- Sténose de l'a. pulm. - affections chroniques des voies respiratoires. Sclérose pulm.
- Volume, forme et poids du cœur lorsque l'hypertrophie débute par le cœur droit.
- Hypertrophie dont la cause n'est pas déterminée.
- Hyp. essentielle ? Hyper. fonctionnelle (Pitres). Il est probable que ces faits rentrent dans cœur de l'artériosclérose.
— En quoi consistent les lésions du cœur dans l'hypertrophie ?
- Néoformation de fibres musculaires ou hyperplasie musculaire (Vogel, Henle, Hyrtl, Kölliker.
- Hypernutrition, hypertrophie vraie du muscle. Rokitansky, Damberger, Hertzing, Virchow, Förster, Hepp.
- Théorie mixte. Robin, Friedreich, Niemeyer, Zenker, Sarrot, Sotain, Jaccoud, Stokes, C. de R. Ces divers auteurs font toutefois remarquer que l'on n'observe jamais les phénomènes de développement des fibres musculaires nouvelles.
— Th. de Rindfleisch. Division partielle des fibres musculaires par traction.
— Etiol. des lésions compliquées. Hypertr. des fibres musc. Hypertrophie simple. Chatta, Sarrot, C. de R. Letulle, Martin.

Lésions complexes évidentes à l'œil nu et au vaso-scope.

— Diamètre des faisceaux primitifs à l'état normal variable de 6 à 60 μ ; moyenne entre de 10 à 20 μ.

— Dans l'hypertrophie diamètre de 22 à 27 μ.

— Dans conjonctif lâche entourant les faisceaux primitifs et secondaires.

— Prolifération cellulaire interstitielle périvasculaire et périfasciculaire.

— M. Letulle admet comme une période de dégénérescence organique du cœur dans laquelle les fibres musculaires dégénèrent et le tissu conjonctif s'épaissit en donnant lieu par place à une sclérose interstitielle diffuse des parois (sclérose périvasculaire et périfasciculaire) d'origine endocardique ou péricardique.

— Cette origine ne s'explique pas tous les cas et notamment cœur du mal de Bright et de l'hypert. des artérioscléreux.

— L'altération primitive des artères périphériques doit avoir une autre origine de compte.

— Reste à expliquer la cause des lésions artérielles (probablement type infectieux) dans tout ces lésions complexes.

— Autopsie du cœur — Cœur de certains cachectiques — Cœur d'enfants

1re Leçon
3 mars 1888

Altérations du Myocarde (suite)

Myocardite

- Myocardite parenchymateuse pour Virchow et l'école allemande -

- La transformation graisseuse du muscle peut être consécutive à l'inflammation mais on saurait caractériser l'inflammation qui offre partout les mêmes caractères.

- La myocardite aiguë peut se présenter avec la dilatation des vaisseaux, la stase sanguine et la production abondante de cellules embryonnaires ou lymphatiques avec tendance à la production de tissu conjonctif et plus rarement à la formation de pus.

- Les abcès du cœur sont très rares; du volume d'une tête d'épingle à une noisette.

- Ils déposé entre les fibres musculaires qui ont une teinte ardoisée et sont en dégénérescence avec une zone de tissu embryonnaire autour suivant l'époque de la production ~~des~~ abcès ou de pus par infection purulente -

Myocardite interstitielle ou Sclérose.

- C'est celle qu'on observe le plus souvent et beaucoup plus depuis les travaux de Mlle Letulle et Debove. Elle fait partie des altérations qui constituent l'hypertrophie du cœur.

Intégrité des fibres musculaires ou atrophie consécutive à une dégénérescence graisseuse (ang. sen).

Anévrysmes du Cœur.

- 1° Anévrysmes de la Cloison interventriculaire et de la base du cœur dus à l'extension des anévrysmes valvulaires.

- Diffus ou bien circonscrits avec des caillots disposés irrégulièrement.

- Saillie de l'anévrysme dans le C. droit. La cloison peut être détruite et les 2 ventricules communiquer.

- 2° Anévrysmes de la base et surtout de la pointe produits au niveau de la paroi musculaire, au plus fréquemment à la pointe.

- Volume depuis la plus légère dépression jusqu'au volume du poing; mais en général vol. d'une noisette, d'une noix, d'un œuf de poule, de forme plus ou moins arrondie.

- Il forme une protubérance ou un diverticule plus ou moins pédiculé.

- Anévrysme contenu dans la paroi.

- Communication de l'anévr. avec le ventricule par une large ouverture.

- Parois de l'anév. d'épaisseur variable, inégale à celle de la paroi int., toujours dense, résistante, d'aspect fibreux, parfois avec dépôts calcaires.
- ord. un seul anévr., parfois plusieurs séparés ou réunis par une seule ouverture. Ce n'est qu'une période de développement de la lésion d'après M. Ribot. Dépressions ~~prémonitoires~~ isolées d'emblée pas à confondre.
- La poche peut un contenir type des caillots récents lorsqu'elle est peu volum. et qu'elle communique largement avec le ventricule.
- Le plus souvent caillots anciens en rapport avec la paroi et caillots récents au centre.
- on peut aussi rencontrer des végétations globuleuses faisant saillie dans le ventricule au niveau de l'anév. en formation.
- Constitution de la paroi de ces anév. par du tissu conjonctif qui ~~[illegible]~~ tout la paroi ou seulement à sa face interne avec des fibres musculaires sur la face externe.
- Théories des auteurs sur la formation de ces anév.

Dittrich. inflam. primitive du muscle.
Rokitansky, Förster, ~~[illegible]~~ endocardite primitive.
Cornil et Ranvier. Désignin. graisseuse ou inflam. de l'endocarde du myocarde.
- Explications relatives à la formation de la sclérose par Cruveilhier, Ehrmann, Ribot.
- Les anévrys consécutifs à l'endoc. ulcéreuse ont déjà été étudiés.
- Dans les anév. du cœur proprement dits, formation de caillots au niveau desquels se produit une inflam. consécutive ~~[illegible]~~ désorganisation complète ou incomplète des fibres musculaires, puis consécutivement dilatations ~~[illegible]~~ correspondant à des ~~[illegible]~~

Myocardite syphilitique.
- Nodosités, plaques moins nombreuses.
- Gomme scléreuse au sein duquel se trouvent des germes.
- Stéatose du muscle ou rétrécissement des lésions.

Myocardite tuberculeuse.
- Excessivement rare.

Dégénérescences graisseuses du Cœur.

Adipose cardiaque et stéatose cardiaque.
- Caractères de l'adipose cardiaque qui ne comporte pas l'altération du muscle cardiaque.
- Caractères de la stéatose cardiaque à un léger degré et à un degré avancé.
- Evolution différente suivant qu'elle résulte d'une intoxication par certains substances toxiques (phosphore, arsenic, acides), d'une maladie aiguë ou chronique ; d'une altération locale artérielle ou d'une sclérose du tissu conjonctif interfasciculaire.
- Pathogénie obscure malgré les exp. de Eichhorst (section des pneumogastriques chez les animaux de Sel (saignée répétée sur des chiens).
- Affaiblissement et consécutifs de l'action du cœur.
- La stéatose produite par la sclérose est moins fréquente et moins intense que celle indiquée M. Letulle.
- Dans la stéatose localisée tous l'influence d'altérations et phénomènes correspondants à ceux qui évoluent aux dépens des autres organes.
- possibilité d'une angine du cœur.

Dégénérescence pigmentaire.

- Granulations jaunes, dorées, autour du noyau et le long des filaments mucoïdes, avec ou sans atrophie de cœur.

Dégénérescence vitreuse rare.

Désintégration du cœur.

- altération décrite par MM. Sandoz et Renaut consistant principalement dans la fonte du ciment intercellulaire au niveau du tissu scaloriforme d'Eberth.

- aspect au microscope.

- cette altération se rencontre dans les affections asthénogènes, mais aussi et même chez des sujets en paraissant pas malades (un supplicié examiné par M. Renaut).

- Obs. de M. Renaut : action résultant de la présence de l'a. sarcolactique ; d'où la prolifération des fibres mucoïdes ou cellules.

- Endocarde ici de pointillé.

Néoplasies du cœur.

- Obs. cas exceptionnel rare de lipome, myxome, lymphome, sarcome, fibrome et myome.

- Epithélioma et surtout carcinome secondaires.

- Siège surtout dans le cœur droit.

Kystes hydatiques du cœur.

presque toujours dus à des échinocoques.

Hémorrhagie du cœur. Echymoses

Plaies du cœur - Corps étrangers

9me Leçon
9 mars 1888

Néoplasies du Cœur

- Lésions secondaires localisées principalement dans le cœur droit.
- Epithéliome et surtout carcinome.
- Les autres types de tumeurs sont exceptionnels.

Kystes hydatiques du Cœur

Presque toujours dus à des échinocoques.

Hémorrhagies du Cœur - Ecchymoses -

Plaies du Cœur - Corps étrangers -

Altérations du Péricarde

Exacthème ou plaques laiteuses.

très communes. D'après Dizot chez tous les vieillards, chez la très de adultes, mais jamais au dessous de 17 ans. Coïncident avec les altérations athérom. du cœur des vieux.

Caractères - Situation - Constitution.

Souvent donnent lieu à des limites extra cardiaques, mais ne donnent jamais les signes de la péricardite.

Pathogénie - Inflam. aiguë ou chronique d'après Reid et Rokitansky.

Les de signes de lésions aiguës - C'est une inflam. chimique produite par une irritation mécanique résultant de pressions de frottements contre les organes voisins et surtout contre l'thorax ainsi que peut le faire suite de plaques et les conditions étiologiques. Analogie avec l'alcoolisme aigu.

Péricardite

Variétés nombreuses, trop nombreuses admises par les auteurs et qui font naître des confusions et des distinctions regrettables.

En ~~tenant compte~~ de la nature de la maladie, de sa forme clinique et de sa forme anatomique on peut adopter la division suivante :

1° P. fibrineuse ou séro-fibrineuse
2° P. purulente
3° P. tuberculeuse
4° P. cancéreuse

Péricardite fibrineuse ou séro-fibrineuse

- Caractère au plus léger degré, aspect dépoli de la séreuse considéré comme une altération primitive de la séreuse et dû à exsudat fibrineux très mince.
- Bruit de péricardite sans exsudat sur les deux feuillets du péricarde dans les parties correspondantes.
- Au doigt sensation que donne la langue du chat.
- Sérosité louche avec qqs. flocons fibrineux dans la cavité péricardique.

Deux variétés en rapport avec la prédominance de l'exsudat fibrineux ou séreux.

- avec liquide un peu plus abondant, exsudat mince et mou, non rapeux, sans modification apparente de la séreuse qui, tantôt, est blanchâtre opaque.
- avec exsudat ~~[illegible]~~, vascularisation de la séreuse.
- aspect variable de l'exsudat suivant qu'il est mince ou abondant...
- Exsudat hémorrhagique sous forme de taches isolées ou d'infiltration abondante (V. hémorrhagie) indépendant de l'infiltration, phénomène d'imbibition.
- Liquide séreux ou hémorrhagique.
- Variation dans la quantité du liquide et ~~variation~~ correspondante dans l'état de l'exsudat résultant du contact ou de l'éloignement des surfaces péricardiques, avec aussi des tendances à la production d'un exsudat plus ou moins séreux.
- aspect retenté de l'exsudat. Filaments ou traites d'une surface à l'autre. Cloisonnements avec ou sans liquide inclus.
- Capacité du péricarde pour le liquide exsudé.
- Liquide des gdes épanchements ordinairement de sang.
- Dans les gdes épanchements peu ou pas de traites fibrineuses et peu d'exsudat solide.
- avec peu ou pas d'épanchement exsudat fibrineux épais, agglutinant les surfaces péricardiques.

Dans ce dernier cas, mince mince de liquide ou marginaux, parfois minéraux ou mêlés à l'exsudat exsudé, que les couches viscérales du péricarde deviennent plus denses et prennent les caractères de virtuelles mon...

- Union intime des deux feuillets du péricarde par des couches membraniformes sur certains points ou sur toute la surface du péricarde (synophyse du péricarde).
- Médiastinite concomitante (médiastino-péricardite calleuse).
- Exsudat plus épais dans les p. récentes, moins épais et plus résistant dans les p. anciennes.
- Il arrive un moment où les deux feuillets sont adhérents avec fort peu d'épaississement:
- adhérences ord. inégales.
- adhérences partielles plus fréquentes.

Celles-ci sont produites soit par l'accolement des feuillets du péricarde comme dans le cas de synophyse complète, soit par des membranes ou tractus fibreux, épais, minces ou filiformes ayant la même disposition que les adhérences fibreuses des péricardites récentes.

- siège de ces adhérences surtout au niveau de la base du cœur, sur les oreillettes, surtout des veines,
- adhérences et membranes au niveau des plages bitin.
- Plages fibreuses rétentives ou sous forme variable identiques à celles produites par l'exsudat fibreux accompagné d'un épanchement assez abondant.
- Plages cartilaginiformes et calcaires

- Disposition réticulée de l'exsudat lorsque l'épanchement est très mince.
- Exsudat amorphe, granuleux ou à mailles allongées lorsque il est plus épais.

Sur une coupe du poumon présente : Couche fibrineuse amorphe ou granuleuse à limite périphérique plus ou moins sinueuse et irrégulière et dont la partie inf. présente des éléments cellulaires dans les points où les filières forment des alvéoles ou allongées des filières.

- globules blancs. - cellules géantes - cellules épithéliales.
- Opinion de MM. C. et R. sur la limite de la séreuse sur la situation des globules blancs, sur l'état des V. lymphatiques.

En général on ne trouve pas la limite de la séreuse parfaitement nette. C'est aussi l'opinion de Rindfleisch.

D'après cet auteur la couche inf. de l'exsudat est formée de tissu conjonctif jeune provenant du tissu conjonctif de la séreuse.

Le sous développement rapide de cellules embryonnaires de nature de tissu conjonctif soit dans la séreuse soit dans la portion correspondante du dépôt fibrineux.

En même temps vascularisation de ce tissu. Réseau capillaire très riche dans toute l'épaisseur de l'exsudat. Quelques vaisseaux passant de la séreuse dans l'exsudat.

Conditions qui favorisent la rupture des nouveaux vaisseaux. Extravasation sanguine dans les nouvelles dans le tissu. Théorie de Mr Reynaud de la rupt. - Discussion.

Péricardite (suite) 28

- Disparition des extravasations sanguines et des exsudats fibrineux. Feuillets du péricarde épaissis, réunis par du tissu conjonctif dense ou lâche, se confondant en avant, surtout avec le feuillet pariétal qui est plus épaissi.
- Constitution des trractus et bides membraneux par des faisceaux ondulés à tissu conjonctif plus serrés, vasculaire. Elles sont recouvertes d'une couche d'épithélium parvimentaux comme les autres parties de la séreuse.
- Nappes ~~fibreuses~~, cartilagineuses et calcaires.
- Liquide contenu dans la cavité péricardique, s'il est analogue à la sérosité d'un vésicatoire, contient beaucoup de substance fibrinogène (Virchow). D'après Schmidt la fibrine coagulée sur la tunique d'un kystique se produirait par la coagulation de la substance fibrinogène en présence d'une substance fibrino-plastique non seulement l'air des corps étrangers, pus et pyocèdes, mais aussi les globules du sang, le serum.
- Globules blancs - globules rouges - fibrine à l'état de fibrilles
- Redoublement des globules rouges dans la p. hémorragique.
- Liquide cloisonné séreux ou séro-sanguinolent.
- Le magma épais, jaunâtre, noirâtre rencontré parfois dans l'hydrocèle contient les mêmes éléments en voie de dégénérescence graisseuse et de l'hématoïdine à l'état granuleux ou cristallin.

Péricardite purulente. Lorsque le liquide exsudé contient assez de globules blancs pour lui donner l'aspect du pus.

- primitive ou consécutive à une inf. fibrineuse.
- Liquide purulent avec peu ou pas d'exsudat fibrineux, surtout quand il y a beaucoup de liquide et que le développement de l'affection est rapide.
- Dans ce dernier cas pus liquide. Au contraire il peut être épais, crémeux, floconneux lorsque l'exsudat abonde.
- Exsudats infiltrés de pus, d'où leur aspect tomenteux ou grumeleux. Il peut exister pointe vitale.
- À l'ex. microscopique, exsudat infiltré de pus au point de masquer le réticulum fibrineux.
- Les globules de pus peuvent présenter la dégén. granulo-graisseuse.
- S'il existe des néo-membranes, elles ont les mêmes caractères que dans la p. séro-fibrineuse.

Péricardite tuberculeuse. p. fibrineuse avec des tubercules en plus.

- Rare et beaucoup de liquide; souvent hémorrhagique.
- ord. exsudats et néo-membranes faisant adhérer les deux feuillets plus ou moins intimement.
- Tubercules dans la séreuse et dans l'exsudat.

- Après avoir détaché les feuillets adhérents, on trouve sur l'une et l'autre feuille des néomembranes et des exsudats fibrineux une plus ou moins grande quantité de petites nodosités tuberculeuses isolées ou groupées, plus ou moins adhérentes si elles sont volumineuses, plutôt mobiles si elles sont petites et superficielles.

- Les tubercules paraissent contenus dans la membrane qui limite les surfaces examinées.

- Difficulté pour savoir si les tubercules sont dans le péricarde épaissi ou dans les néo-membranes.

- Se mier : tubercules dans la séreuse et dans les néo-membranes jusque dans les parties les plus superficielles.

- Dans les cas plus récents on peut voir des tubercules jusque dans l'exsudat immédiatement en contact avec la séreuse plus ou moins modifiée par l'exsudat.

Péricardite concéreuse. - C'est le carénomme secondaire qu'on observe ordinairement.

- Péricardite avec les caractères indiqués pour la p. tuberculeuse, moins nodosités concéreuses.

- Disposition des lésions à l'œil nu et au microscope.

- Exsudat hyperémie ord. hémorrhagiques -

Terminaison des péricardites.

Lésions concentriques. Propagation de l'infl. au médiastin
- Des n. phénomènes peuvent être amenés dans un tissu conjonctif dense
- propagation au médiastin post., adhérences des organes,
irritation ou compression des nerfs.
- adhérences avec la plèvre médiastine de chaque côté et
notamment avec celle du côté gauche.
- fréquent pleurésie d'un côté ou de l'autre souvent des deux côtés.
- Hypertrophie et dilatation du Coeur. Rapport
entre cet état du Coeur et la péricardite.
- 1° ~~Hypertrophie cardiaque~~ ~~de Corbly d'après~~ p. concrète
- 2° Péricardite dans les cas où il n'existe aucune cause
d'hypertrophie du Coeur et plus spécialement dans
les cas où le Coeur reste petit (pht. cancer de l'estomac, de
l'utérus, etc) et aussi dans les cas de rhumatisme ou
la p. est survenue sans avoir été précédée d'aucune
lésion du Coeur ou d'un autre organe pouvant
entraver la circulation.
- Si la p. est récente, le Coeur peut n'être pas
augmenté de volume surtout si la hypertrophie est
abondante.
- Il n'en est pas de même si l'affection est ancienne,
en exceptant les cas où il n'y a que opp. brides
filamenteuses, qu'une lésion partielle.
— Influence de la symphyse du péricarde sur le Coeur.
Opinions contraires soutenues par les auteurs qui
ont surtout discuté d'après des idées théoriques.

à l'examen des faits, aucun cas d'atrophie rapporté par les auteurs qui disent en avoir trouvé beaucoup. Sentiment erreur d'interprétation.

Dans une ~~trentaine~~ de cas réunis dans ces dernières années, nous avons toujours trouvé de l'hypertrophie avec dilatation du cœur, même chez les pathénoïques où l'on ne trouve jamais une telle hypertrophie avec dilatation des cavités. Sans hypertrophie du péricarde.

- épaissi, adhérence-vaisseaux, parfois insuffisants.
- Théorie de Hope pour expliquer l'hypertrophie sans dilatation
- Cœur musculeux sain ou altéré (dégén. graisseuse ou hémorragique ?)

- La propagation de l'inflam. du péricarde à l'endocarde n'est pas prouvée et tout au moins ne se rencontre pas.

— Péricardites primitives ? et secondaires...

- p. par propagation, p. rhumatismale, p. dyscrasies.

Cette division des auteurs qui paraît simple, est difficile à applicable à beaucoup de faits.

- Examen des faits. Théories -

- Pathogénie encore mal connue -

- Hydropéricarde - Diminution de la péricardite, chez des cachectiques peu de temps avant la mort, surtout par affaiblissement de l'action du cœur.

- Pneumo-péricarde -

- Hémo-péricarde -

7me Leçon
10 mars 1887

Altérations des artères

Artérite

Variétés nombreuses : a. aiguë ou chronique ; a. des artères grosses, moyennes et petites ; a. des tuniques interne, moyenne ou externe ; a. causée par le rhumatisme, la goutte, la syphilis, la tuberculose, l'alcoolisme, etc. ; a. dans l'oblitération artérielle par une ligature, par un caillot.

– Une description de ces variétés exposerait à des répétitions et souvent à établir des différences schématiques.

– En tenant compte surtout de l'observation des faits, nous décrirons :

a. aiguë

a. chronique et athérome artériel

~~oblitérante, accidents trophiques, dégénérescence, anévrysmes~~

a. syphilitique, tuberculeuse et a. causes diverses pouvant donner à l'affection un caractère particulier.

Artérite aiguë

Sur l'aorte et sur les artères moyennes et petites.

– 1° a. sur l'aorte à l'état isolé ou concomitant avec l'a. chronique à tous les degrés.

– a. isolée sous forme de plaques gélatiniformes ... ~~isolée~~ l'affection peut se rencontrer à un état bien moins accentué : aspect dépoli, chagriné, tunique moyenne épaissie. Ex. microscop. mais apparence constitution normale des artères

- 2e. de l'aorte enflammé au plus léger degré : épaississement de la tunique interne avec multiplication des cellules, parfois avec dépôt de fibrine à la surface interne. On observe le plus souvent en même temps la multiplication des cellules lymphatiques sur le trajet des vaisseaux dans la tunique externe -

- 3e. au niveau des plaques gélatiniformes : épaississement considérable de la tunique interne qui peut être cette fois plus épaisse que la tunique normale et deux autres fois plus épaisse que la ~~tunique~~ moyenne. Épaississement dû à la multiplication cellulaire et à la production plus grande de la substance fondamentale fibrillaire de nature conjonctive.

Parfois exsudat fibrineux à la surface interne avec ou sans ulcération. cellules embryonnaires dans l'exsudat ou sur le lieu ulcéré.

- Sténoarterite concomitante à des degrés divers avec ~~diffusion~~ des petites artères.

- Sans que l'affection soit interne, on peut voir aussi une prolifération cellulaire dans la tunique moyenne, contrairement à l'opinion des auteurs qui la considérait comme n'étant pas ord. atteinte.

- Ce n'est qu'exceptionnelle qu'un premier degré de l'a. chronique -

Artérite chronique - athérome artériel.

L'a. chronique s'accompagne toujours d'athérome, mais M.C. et R. admettent avec Virchow une transformation graisseuse primitive des artères qui peut déterminer l'artérite. C'est aussi l'opinion de M. Martin qui admet l'altération primitive des petites artères.

Ce n'est pas l'opinion généralement admise et les phénomènes de dégénérescence graisseuse sont communs dans l'aorte comme dans tous les organes malades.

- L'affection est caractérisée par la présence des plaques jaunes.

- à l'ex. microscopique mêmes lésions que dans l'aortite aiguë avec cette différence qu'on commence à observer dans la tunique interne des phénomènes de dégénérescence graisseuse et la formation d'un foyer athéromateux au voisinage de la tunique moyenne.

- Ultérieurement la sclérose envahit la tunique moyenne qui est plus ou moins bouleversée par des travées conjonctives vasculaires qui font communiquer les tuniques interne et externe.

- Ce sont les mêmes lésions à des degrés divers que l'on rencontre dans toutes les lésions athéromateuses.

- Dans les artères de moyen calibre on peut constater aussi de l'endartérite avec des phénomènes de dégénérescence graisseuse dans la partie médiane de la tunique interne plus ou moins épaisse et un certain degré de périartérite.

Artérite chronique (suite)

- Au plus léger degré, ggs. plaques jaunes peu saillantes à l'origine de l'aorte et au niveau de la paroi inf. de la crosse.
- On peut observer en même temps des plaques gélatiniformes, trouées; mais ces plaques se rencontrent plutôt avec des lésions plus accusées.

Degré plus accusé fréquent : plaques jaunes plus ou moins nombreuses principalement sur l'aorte ascendante et la crosse, à un moindre degré sur l'aorte thoracique et l'aorte abdominale.
- plaques lisses - plaques gonflées - plaques ulcérées.
- ces dernières proviennent ordt d'abcès athéromateux ouverts spontanément et dont le bouchon athéromateux a pu s'écouler dans l'intérieur du vaisseau.
- Parfois dépôts fibrineux sur l'ulcère athéromateux.
- Plaques calcaires ; leur constitution, leur situation, etc.
- Epaississement des parois de l'aorte. Dilatation du vaisseau.
- à moins que les lésions athéromateuses soient très légères ; elles ne sont pas ordinairement limitées à l'aorte.

- ~~Epaississement et dilatation de l'aorte~~.

- Lésions de même nature sur les valvules du cœur et dans d'autres artères, notamment sur le tronc brachio-céphalique, les carotides, les s-clavières, les coronaires, les iliaques, etc. - Rétrécissements et nodules jaunâtres plus ou moins saillants. Dépôts plaques calcaires.

- altérations en général plus marquées sur l'aorte d'où elles paraissent se répandre en diminuant sur les autres artères.

- Cependant possibilité de lésions prononcées de certaines artères, notamment des artères de l'encéphale avec des lésions minimes de l'aorte, sur la cubitale alors que la radiale est peu modifiée, artères du vieux vieux, d'un côté ou sur l'autre, etc.

- Beaucoup les lésions artérielles se rencontrent fréquemment que on trouve aussi des lésions sur l'aorte.

- Possibilité de lésions très accusées de l'aorte sans lésion artérielle périphérique.

- D'une manière générale pour peu que l'affection soit accusée sur un point du système circulatoire périphérique, on trouve des traces plus ou moins accusées un peu partout.

- aspect des différentes artères lorsque les lésions sont très prononcées.

- Sur l'aorte plaques confluentes surtout dans certaines régions.

- prédominance des plaques jaunes ord. associées avec celle des plaques gonflées. plaques calcaires et plaques ulcérées ord. en petit nombre.

- aorte dite parfois lorsque il y a prédominance des plaques calcaires.

- En même temps on peut observer des points ulcérés au niveau des plaques ramollies, des foyers athéromateux et des arêtes des plaques calcaires, aussi que des points fluctuants.

- Sur les artères périphériques, mêmes lésions (artérite déformante) - artères dans les différentes régions.

- différence entre les lésions des artères périphériques et celle de l'aorte -

- anévrysme unique artériel ?

- Rupture des varicosités.

Lésions concomitantes : hypertrophie du cœur - thrombose artérielle - embolie artérielle - lésions pancréatiques.

Des anévrysmes

- Dilatation du vaisseau d'anévrysme spontané - Similitude des lésions, de telle sorte qu'il est impossible de dire où finit la dilatation et où commence l'anévrysme.
- Variété d'anévrysmes longtemps admises par les auteurs et jusqu'à rejetés par MM. C. et R.
- anévrysme vrai
- anévrysme mixte interne } à rejeter
- anévrysme mixte externe
- anévrysme dissequant de Laennec (décollement des tuniques interne et moyenne et passage du sang entre cette dernière et la tunique externe). D'après Peacock la diffusion du sang se fait soit entre la tunique interne hypertrophiée et la tunique moyenne, soit entre les lames de la tunique moyenne elle-même.
- La tunique externe d'après MM. C. et R. est incapable de contenir le sang.
- Constitution ~~d'un~~ des anévrysmes par les deux tuniques interne et externe réunies et distendues après la disparition de la tunique moyenne (C. et R.), ou comprenant, toutefois, l'anévrysme dissequant avec l'interpretation de Peacock.

- Sur les petits anévrysmes, on peut constater la perméabilité de la tunique interne par la présence de plaques jaunes et calcaires.
- Sur les grands anévrysmes les lésions athéromateuses de la poche ne sont manifestes qu'au voisinage du voisinage.
- Sur les parties éloignées qui sont très amincies, il est difficile de dire ce qui reste de la tunique interne, d'autant qu'elle tunique externe a pris les mêmes caractères et notamment dans les anévrysmes volumineux à parois épaisses
- anévrysmes fausses consécutifs dont les parois formées par le tissu cellulaire voisin perdent les caractères de la tunique int.
- Division des anévrysmes d'après leur forme en A. fusiformes, sacciformes, cirsoïdes.
- Il offrent à considérer le contenu et le contenant
- Sacs avec caillots stratifiés et caillots récents.
- Disposition de ces caillots. - Ex. microscopique caillots vivants et caillots dégénérés, sans admettre l'organisation de la fibrine.
- constitution de la paroi de la poche, comme tunique interne de l'aorte modifiée par l'inflammation avec comme de la tunique moyenne en certains points et sa disparition en d'autres points suivant la forme et le volume de l'anévrysme
- Rupture possible de la poche dans les tissus voisins et l'hémorragie. Le plus souvent elle n'a pas lieu ; mais il se produit des modifications importantes dans les parties en rapport avec la poche
- Refoulement, adhérences, usure
- Vices des vaisseaux peuvent être oblitérés et ulcérés. Anév. artério-veineux
- Guérison possible par oblitération de l'artère au niveau du sac ou par l'oblitération de celui-ci.

- Anévrysmes de l'aorte. fusiformes ou cylindroïdes ou sacciformes, avec dispositions des veines.
- a. unique. v. multiples. aorte dilatée à côté d'un anévrysme.
- Sur l'aorte ascendante, la crosse de l'aorte, l'aorte descendante et l'aorte abdominale.

- Anévrysmes spontanés des artères périphériques ont les mêmes caractères que ceux de l'aorte, sauf qu'ils sont un peu moins fréquents et moins volumineux.
- Sur toutes les artères, mais plus particulièrement sur certaines artères.
- anév. sur l'aorte et sur les artères périphériques en même temps.
- anév. sur plusieurs artères périphériques à la fois.
- Lésions concomitantes et conséquences des anévrysmes en général.
- Lésions du cœur : hypertrophie, altérations des orifices, perforation.
- Lésions des vaisseaux : athérome, mais pas à un degré exagéré. - Embolies.
- Lésions viscérales : lésions des organes avoisinant l'anévrysme.

Anévrysmes traumatiques.

- anévrysme diffus.
- anévrysme circonscrit.
- mode de formation de la poche : 1° par distension de la cicatrice ; 2° par distension de la tunique externe ; 3° par traumat. avec inflam. de toute cellulaire dans un point où le sang est retenu.
- Ces anévrysmes sont appelés faux. Observés surtout au niveau des artères placées superficiellement.

Anévrysmes artério-veineux.

Variétés anévrysmale ou anév. artério-veineux simple - anév. veineux par dilatation - anév. veineux enkysté veineux - anévrysme enkysté artériel - anévrysme veineux enkysté intermédiaire.

. sous les noyaux gris centraux

2° Artérite dans tous les troncs scléreux

3° artérite tuberculeuse

4° Artérite syphilitique

~~artérite dans les troncs scléreux~~

41

9e Leçon
4 mars 1888

— Elle est caractérisée comme toutes les artérites par l'épaississement des tuniques interne et externe ; mais la tunique moyenne n'a pas la même tendance à l'atrophie que dans l'athérome. Sa localisation. Sa tendance à produire l'oblitération du vaisseau.

— On la rencontre à la période tertiaire de la S.

— Siège de prédilection, mais siège exclusif sur les artères de l'encéphale.

— altération parfois symétrique.

— à l'œil nu l'artère affecte l'aspect d'un cordon blanc grisâtre ou jaunâtre avec diminution de volume sur ce point.

— L'altération dominante avec un certain degré de périartérite est l'endartérite qui contribue à rétrécir le calibre du vaisseau d'une manière à peu près uniforme et parfois à l'oblitérer.

— L'affection procède par poussées successives (Lancereaux)

— D'après le même auteur la lésion pourrait aboutir à la dilatation du V. et même à la production d'un anévrysme ; mais il y a des réserves à faire à ce sujet, car on ne doit pas considérer comme syphilitiques toutes les lésions qu'on observe chez des sujets ayant eu la S. nous ne croyons pas notamment qu'il y ait des anévrysmes de l'aorte de nature syphilitique.

Artérite dans les foyers purulents, dans les plaies.

- En général les artères restent indemnes ou tout au moins sont peu altérées au voisinage d'un abcès.
- Lorsqu'il existe une altération, elle reste ord. limitée à la tunique ext. périarterite régie par infiltration purulente dans le phlegmon.
- tunique interne ord. peu altérée ou intacte.
- Cependant possibilité d'ulcération et de perforation ou de rupture (pp. ex.)
- Dans les plaies inflam. des artères de moyen et de petit calibre
- aspect à l'œil nu et au microscope -
- L'épaississement des parois vasculaires diminue le calibre de V. et peut aboutir à l'oblitération. Il se confond alors plus ou moins avec parties voisines sclérosées.
- Rupture possible des parois infiltrées d'éléments embryon. Hémorrhagies aussi produites dans les grands vaisseaux tuberculeux du poumon (Rokitansky) et qui peuvent occasionner la mort du malade, mais qui, le plus souvent se cicatrisent.

Oblitération des artères

- par une ligature ou par une action analogue telle que la torsion, l'acupressure ou la cautérisation et à la suite d'une plaie. - ~~Embolie~~ Embolie

Oblitération des artères par une ligature.

- Exp. sur les animaux -
- 24 h. après la ligature d'une grosse artère chez un chien, caillot dans le bout central jusqu'à la 1re collatérale.
- Les jours suivants épaississement de la tunique interne, surtout au voisinage de la ligature (cellules dans une substance intercellulaire peu abondante).
- au bout de 8 jours dangereux sur la tunique interne du caillot et d'autant plus accusé qu'on se rapproche de la plaie opératoire.

Du 12e au 15e jour, les bourgons forment des cercles plus d'autant plus épais qui ont été examinés plus près du point lés. Ils sont constitués par des cellules et des fibres conjonctives avec des vaisseaux parallèles à l'axe du bourgon. - au centre se trouve un peu de sang.

- La tunique moyenne se dispose, de sorte que les bourgons semblent partir de la tunique externe par extension des vasa vasorum.

- Disparition du caillot en même temps que condensation complète des bourgons.

- Du reste oblitération de l'artère par une néoformation dont le point de départ est une artérite consécutive à la lésion traumatique.

- Telle est l'opinion de la plupart des auteurs et des mm. C. et R. qui combattent l'opinion de O. Weber sur l'organisation du caillot à la suite de l'oblitération des artères et celle de Bubnoff sur l'organisation du caillot par la pénétration des globules blancs à travers les tuniques artérielles.

- Il est certain qu'il se produit ainsi une artérite oblitérante, avec disparition de la tunique moyenne dans la portion du V. qui ne fonctionne plus. Mais le rôle du caillot est peut-être plus important que ne le pensent la plupart des auteurs, car il est au moins de changeant une production conjonctive, quant au mode de production de l'inflam., il est encore plus ou moins dans le domaine des hypothèses; mais la théorie de Cohnheim tend à prévaloir.

Oblitération des artères à la suite de plaies.

- Perforation d'une artère par un instrument pointu; section d'une petite artère par un instrument tranchant ou contondant.
- Jet de sang qui peut s'arrêter de lui-même.
- Formation du caillot de J. L. Petit (bouchon de coagula).
- Ce caillot a été considéré par la plupart des chirurgiens comme formé dans un vase inerte.
- Caillot de Jones (3 caillots superposés: sang, lymphe, sang).
- Ex. direct ~~de l'oblitération~~ des V. du mésentère de la grenouille par Zahn (1874) et Litten (1876).
- Caillot blanc formé par l'accolement des leucocytes.
- Caillot intérieur composé de globules rouges dans un réseau fibrineux comme dans un vase inerte. Comparaison avec le V. lapin pour caillot blanc.
- Thrombus blanc: petite masse arrondie saillante en dehors du V. et toujours fixée au niveau même de la lésion vasculaire; non formé de fibrine. Les substances qui dissolvent la fibrine n'empêchent pas sa formation. Structure exclusivement globulaire (exp. de Zahn).
- Mêmes phénomènes dans les A. que dans les V. Sur les animaux à sang chaud et à sang froid.
- Chez les animaux à sang chaud, sang blanc, en mêmes avec les globules blancs et globules rouges [illegible]
- Le caillot rouge intérieur n'est formé que lorsque l'H. est arrêté.
- Ce n'est que vers la fin du 2e jour ou au commencement du 3e que l'H. est arrêté.
- Consécutivement endartérite végétante qui oblitère le V.

Oblitération des artères par thrombus.

- Les artères dans les tissus enflammés, ulcérés, permettent le siège ~~d'endartérite~~ de coagulation sanguine ~~et~~ d'endartérite d'oblitération.
- Les phénomènes inflam. locaux sont des causes de thrombus qui peuvent suffire. Il s'y joint souvent l'affaiblissement et l'action de cause de l'inertie.
Les deux dernières conditions peuvent suffire sans les causes locales qui ralentissent la circulation dans certains points.

Oblitération des artères par embolie -

- Définition de l'embolie -
- Embolies provenant des artères, du cœur et des veines -
- arrêt de l'embole ; ses caractères -
- inflam. au niveau de l'embole et oblitération.
- Sont il survenir à ce niveau un ramollissement des parois d'une artère de V.?
  Exp. de M. Bouchard - L'effet des emboles dans les fins artérielles demeure inconnu.
- Après oblitération d'une artère par embolie ou thrombose, modifications dans son territoire.
- circulation momentanément ou définitivement troublée.
- artère oblitérée sans altération appréciable des tissus.
- infarctus : arrêt de la circulation et issue du sang dans les tissus environnants d'où cette altération
- nombreuses théories ... on admet généralement avec Virchow que l'hypothèse sanguine par la suppression de la vis à tergo et par stasis collatérale
- nécrobiose ou gangrène.
- phénomènes inflam. à la limite de l'infarctus. ramollissement de l'infarctus ; disparition complète ou incomplète des parties nécrosées qui sont remplacées par un tissu de cicatrice.
- Emboles aux propriétés irritantes. abcès de l'infarctus purulent.
- Embolies graisseuses à la suite de fractures communitives et dans les inflam. des parties riches en graisse.
- Dégénérescence amyloïde des artères
- Angiomes { simples : V. de nouvelle formation semblables aux V. normales
  { Cavernome : système lacunaire analogue au système caverneux des corps érectiles
- Varices artérielles ou anévrysmes cirsoïdes -
- artères dans le voisinage des tumeurs peuvent être oblitérées par endartérite végétante ou perforées par inflam. ou par envahissement (sarcome et carcinome)
  - Le plus souvent envahissement des artères par la tumeur dont les éléments se remarquent dans les tuniques externe et interne plus ou moins éparpillés.

10 avril 1888

— Dégénérescence amyloïde des artères

— Angiomes simples et cavernueux.

— Varices artérielles ou anévrysmes cirsoïdes

— Artères dans le voisinage des tumeurs

— Lésions des vaisseaux capillaires

Lésions des Veines

— Phlébite. Inflammation des veines à la suite de la ligature et des plaies des veines, dans un tissu conjonctif enflammé, dans une plaie, dans un foyer purulent, etc. et à la suite de la thrombose dite spontanée.

— Ligature d'une veine mêmes phénomènes qu'à la suite d'une ligature d'artère.

— Plaie des veines. id. exp. de Zahn sur lapins.

— Veines dans les plaies et les foyers purulents.

— Participation de la tunique ext. à l'inflammation.

— Les 3 tuniques peuvent être ulcérées et détruites. Coagulation du sang et oblitération de la V. au bout septième ou huitième jour. Caillot à son contact de commencement de foyer avec le système vasculaire. — V. confondue avec le tissu phlegmoneux qui l'entoure et la gêne de la V. — Tuniques infiltrées de pus, épaissies, ulcérées, avec peu de végétations sur la tunique interne en raison de la rapidité du processus.

Thrombose veineuse

- Caillots post mortem ne doivent pas être confondus avec ceux de la thrombose.
- Caillots de la thrombose. Leur situation. Leur constitution. Ex. microscopique.
- Opinion des auteurs sur la constitution des caillots ramollis et notamment sur la présence d'une gde quantité de globules blancs.
- Il ne s'agit pas d'une simple coagulation de sang.
- phénomènes exsudatifs inflam. avec dégénérescence par défaut de vascularisation dans les parties centrales, tandis que dans les parties périphériques l'inflam. suit son cours ordinaire.
- Résorption du caillot en partie ou en totalité.
- Examen d'une V. avec caillot récent; puis au bout d'un temps de plus en plus éloigné.
- inflam. avec exsudat et végétations de la tunique int. ~~[illegible]~~ de nouvelle formation.
- inflam. de la tunique externe et des tissus conjonctifs périphériques.
- Tunique moyenne peu modifiée.
- Terminaison par résolution; par oblitération incomplète ou complète; par ramoll. du caillot avec ou sans embolie; par suppuration.
- Conditions étiologiques locales et générales. Théories des auteurs.

Varices.

Tumeurs des veines

11e Leçon
12 avril 1888

Lésions de la rate

- Considérations sur la structure et les fonctions de la rate.
- Hyperémie de la rate - passive et active.
- Passive, dans les affections du foie du cœur et des poumons. Elle est surtout remarquable dans la cirrhose hépatique.
Augmentation de volume par congestion, forme, couleur, consistance.
Cette dernière est d'autant plus grande que l'altération est de date plus ancienne, car elle correspond alors à une sclérose qui est la résultante de toutes les hyperémies.
- active, dans toutes les maladies infectieuses fébriles, notamment dans la f. intermittente, la f. typhoïde, la pyohémie, l'érysipèle, les f. éruptives, etc.
au début congestion vasculaire, mais bientôt véritable inflammation (splénite).
La splénite purulente est tout à fait exceptionnelle
abcès métastatiques - abcès en foyer. infiltration.

- Splénite interstitielle ou sclérose ou hyperplasie fibreuse. C'est la conséquence habituelle de toutes les congestions de cause diverses.
- Sclérose de la capsule et des trabécules ainsi que des parois vasculaires avec plus ou moins de pigmentation.
- aspect de la rate avec ces lésions: volume, forme, couleur, consistance, etc.
- Examen microscopique.
- adhérences de la rate aux organes voisins et notamment au diaphragme (perisplénite purulente ou consécutive)
- Anémie de la rate.
- Infarctus de la rate - très fréquents. - dans les mêmes conditions que les infarctus des autres organes.
- aspect des infarctus récents, ramollis et en voie de réparation - cicatrice consécutive.
- Ex. microscopique -
- Ruptures de la Rate - traumatiques ou spontanées.

- Tuberculeuse de la rate. Bouquets secondaires, granulations miliaires et granulations cérées plus ou moins volumineuses par la réunion de granulations caséeuses.

- Gommes de la rate. Très rares. rate hypérémiée et hypertrophiée dans la période secondaire. dans la période tertiaire elle est plutôt indurée sclérosée. Elle peut aussi présenter la dégénérescence amyloïde

- Dégénérescence amyloïde. ~~dans~~ la syphilis moins plutôt avec la tuberculose et les suppurations osseuses. On la rencontre, du reste assez rarement.

- Rate-sagou. Rate lardacée.

- aspect de la rate dans les deux cas.

- Ex. microscopique. Réactif de l'iode du violet de Paris.

— Atrophie de la rate

— Rate dans la leucémie et dans l'Adénie ou maladie de Hodgkin.

- C. et R. Classent cette affection dans les tumeurs de la rate et M. Bard en fait un cancer du sang.

- Ziegler la considère comme une hyperplasie splénique

- En fait nous ne connaissons pas la nature de l'affection.

- nous constatons seulement des phénomènes d'hyperplasie avec certains caractères particuliers

— Description des lésions dans les deux affections. Ex. micr.

— Tumeurs de la rate, primitives ou secondaires cancéreuses et sarcomateuses

— Kystes —

— Parasites.

12e Leçon
4 avril 1888

Lésions

des Vaisseaux et des Ganglions lymphatiques

– Lésions des V. lymphatiques –

Les lésions des vaisseaux lymphatiques se confondent avec celles des différents organes et notamment avec celles qui intéressent le tissu conjonctif. C'est précisément dans les interstices de ce tissu et dans les voies lymphatiques qu'on observe le point de départ des productions de nouvelle formation.

On peut toutefois observer des lésions de gros V. lymphatiques qui apparaissent d'une manière plus manifeste, mais qui ont toujours pour point de départ une lésion des organes où se trouvent les extrémités terminales des lymphatiques afférents.

– Lymphangite et périlymphangite –
– Tuberculose des V. lymphatiques
– Oblitération des V. lymphatiques

– Lymphangiectasie –
– Endothéliome ? (dans la peau des membranes séreuses)
– Envahissement des lymphatiques par les tumeurs notamment par les Carcinomes des épithéliums

Lésions des ganglions lymphatiques

- Pigmentation des ganglions par le pigment hématique, le charbon, le vermillon, etc.
- aspect macroscopique
- — microscopique : cellules chargées de pigment surtout au niveau du système cavernous des sinus lymphatiques, à un bien moindre degré dans les follicules et les cordons folliculaires.
- En général augmentation de volume des ganglions pigmentés et plus tard sclérose.
- adénite aiguë et chronique.
- adénite aiguë et périadénite.
- aspect macroscopique et microscopique des lésions à différents degrés. Résolution, par suppuration et par ~~induration~~ sclérose. (Elle dépend de la cause initiale et de la marche de la maladie. Lésions de la peau : eczéma impétigineux, excoriations, ulcérations, chancre, ulcérations de l'intestin, notamment dans la f. typhoïde ; pneumonie, bronchite, etc.)
- adénite chronique caractérisée par l'hyperplasie chronique — Dégénérescence graisseuse, sclérose, calcification, sclérose.
- On désigne encore sous le même dénomination les adénites scrofuleuses et tuberculeuses.

Il est probable, ~~[illegible]~~ est même certain que le terme d'adénite chronique comprend des adénites de causes diverses pouvant même se terminer comme les adénites scrofuleuses et tuberculeuses. Celles-ci d'autre part peuvent se comporter comme les adénites dites simples. Au début comme à la fin de l'altération il est souvent très difficile de caractériser la nature des lésions. Cependant à certains moments caractères différents.

- <u>adénite scrofuleuse</u>.
- <u>adénite tuberculeuse</u>
- Discussions relatives à la nature de la scrofule et de la tuberculose.
- <u>adénite syphilitique</u>. comme l'adénite tuberculeuse elle a de la tendance à produire la sclérose. Il est beaucoup plus rare d'observer la dégénérescence caséeuse, et toutefois cette lésion doit bien être rapportée à la Syphilis.

- atrophie des ganglions lymphatiques
- Dégénérescence amyloïde.
- Tumeurs des ganglions lymphatiques
- Leucémie ganglionnaire
- Adénie, lymphadénie, pseudoleucémie ou maladie de Hodgkin.
- Les auteurs confondent la description de cette affection avec celle de la leucémie ganglionnaire et du lymphosarcome. N'ayant pas observé de leucémie ganglionnaire nous ne pouvons nous prononcer sur le premier point, mais nous croyons que l'adénie se distingue des lymphosarcomes par sa tendance à la production d'une sclérose diffuse qui fait défaut dans ces derniers.
- Lymphosarcome notamment du cou et du médiastin postérieur. aspect macroscopique et microscopique, marche rapide de l'affection.
- Tumeurs secondaires surtout constituées par des carcinomes et épithéliomes ayant tout un aspect macroscopique et microscopique.

* Souvent nécessité d'un ex. microscopique pour décider la nature de la tumeur

13e Leçon
7 avril 1888

Lésions des poumons

Etat fœtal ; atélectasie ou collapsus pulmonaire

Etat fœtal. Dénomination donnée par Legendre et Bailly à l'altération du poumon analogue à l'état du poumon d'un fœtus qui n'a pas respiré.

Lésion pulm. privé d'air, ne crépitant plus, charnu, compact, moins souple et flasque (comparaison de la plupart des auteurs depuis Laënnec). Souvent spécifique plus gde que celle de l'asp. interstitielle des lobules très apparents. Couleur rouge-violacée pouvant devenir noirâtre. Coupe lisse, uniforme, nette. Retour à l'état normal sous l'influence de l'insufflation.

D'après les mêmes auteurs ces lésions reconnaissent pour cause l'inflammation des bronches et leur oblitération par les sécrétions bronchiques. — Lésion comparable à celle que Gerhardt a décrite ~~Corbez~~ les nouveau-nés sous le nom d'atélectasie pulmonaire (extension incomplète du poumon — On a encore désigné sous ce nom le collapsus, l'affaissement de tissu pulmonaire sous l'influence de la compression directe de ce tissu.

Atélectasie produite par compression extérieure.

Le cas le plus commun est celui d'atélectasie pulm. qui résulte de la production d'un épanchement dans la cavité pleurale.

- Lésion récente.
- Lésion plus ou moins ancienne.
- Atélectasie complète ou incomplète.
- Poumon incessible de l'atélectasie à l'état normal.
- Effet de la présence de l'emphysème dans d'autres parties.
- Formes variées que prend la portion d'un poumon atélectasié.
- Etendue de lésions.
- Effets de l'insufflation.
- Ex microscopiques : Epaississement de la plèvre. Examen des alvéoles, surtout près de la plèvre.
- Congestion ord. peu intense. Rare des lésions de pneumo catarrhale. Hemorrhagies ayant précédé l'atélectasie.
- Ex comme selon plus plus marqués du voisinage de la plèvre avec pericardite. Bruits conjonctifs d'un V. à l'autre. - Altérations plus ou moins profondes des parois bronchiques qui sont le siège d'amas cellulaires.
- importance de la thoracentèse hâtive pour éviter autant que possible la production de ces lésions.
- Compression du poumon par des tumeurs dans tous les sens.
- Pathogénie : compression qui chasse l'air des alvéoles. Ex : une tumeur inflam. partant de la plèvre et s'étendant par le tissu conjonctif interlobaire.

- Etat d'un poumon de fœtus qui n'a pas respiré
aspect macroscopique et microscopique -
- Atelectasie fœtale - fréquente - aspect
des poumons en partie atélectasiés. Ex. histologique.
- Friedleben attribue cette atelectasie à des lésions
bronchiques ou vasculaires.
- Il semble que ce sont ces dernières qui
prédominent surtout au niveau des bronches.
- Atélectasie produite sous compression extérieure
C'est l'état fœtal décrit par Legendre et Oddy
aspect des lésions à l'extérieur et sur les coupes.
Lésions toujours assez superficielles et plutôt
vers les parties déclives. Insufflation possible.
- Ex. histologique ... Rendonner à la section.
Scierstein -
- Pathogénie Th. de Gaudner : bouchon muqueux
qui laisse sortir l'air et l'empêche d'entrer (Th. de
Mendelssohn et de Hutchinson.) Th. de Virchow,
Fuchs, Drauke : oblitération des bronches et absorption
de l'air emprisonné. Th. de Rilliet et Barthez,
Damaschino : congestion pulmonaire
tandis que pour Ozalger la congestion est une suite
et non une cause.
Dans les autres, admettent l'oblitération des bronches comme cause.
mais les altérations bronchiques ne sont pas la cause primitive.

Congestion, hyperémie des poumons

- aiguë et chronique -

- Etat aigu. Aspect du poumon congestionné avec de petites ecchymoses, à la surface et sur les coupes.
- Examen microscopique
- Etat chronique - hyperémie persistante par congestions répétées du poumon et tendance à l'inflam. chronique ou sclérose -
- augmentation de densité. teinte sombre violacée du parenchyme avec espaces interlobulaires manifestes. teinte rougeâtre sur les coupes.
- Ex. microscopique. indépendamment des phénomènes congestifs proprement dits, pigmentation des cellules contenues dans les alvéoles et des cellules conjonctives, dépôt de pigment dans le tissu conjonctif.

D'après MM. C. et R. la répétition de la congestion et la persistance amènent la formation de tissu conjonctif nouveau principalement autour des bronches et des vaisseaux. C'est pour eux le premier degré de la pneumonie interstitielle.

Sous nous cette altération est encore plus hâtive, on peut l'observer même dans la congestion aiguë. Dès qu'il y a des granulations pigmentées anormales, c'est qu'il existe déjà de l'hypertrophie conjonctive manifeste autour des espaces interlobulaires, des vaisseaux, des bronches et même des travées alvéolaires.

- Sous les mots C. et R. la distinction entre la congestion et le début de l'inflam. vraie de la pneumon. n'est pas possible, en raison de la congestion qui précède toute pneumon. Mais ce dernier terme serait réservé aux cas où les alvéoles perdent un contenant plus d'air, seraient complètement remplis de cellules lymphatiques et épithéliales ou d'un exsudat formé à la fois par ces cellules et par la fibrine.

- La congestion est certainement rattachée à l'inflam. aiguë ou chronique; mais il faut réserver le terme de pneumon à la maladie cyclique.

— Congestion dans le cours des maladies aiguës et chroniques, soit path. initial, comme l'ind. concomitant, comme complication accidentelle. Dans toutes les maladies de l'appareil respiratoire et du cœur. Dans la plupart des maladies aiguës fébriles, dans les intoxications par produits path., par des poisons, etc. Dans les maladies jusqu'au fait de l'agonie.

— Congestion active et passive aboutissent au même résultat. Toutes les congestions sont ord. dans les parties déclives.

Œdème pulmonaire.

- Infiltration de sérosité dans l'appareil pulmonaire.
- Aspect macroscopique - Ex. microscopique -
- Il existe souvent avec la congestion et reconnaît les mêmes causes -
- Avec ou sans congestion, on peut observer des lésions inflam. aiguës ou chroniques, comme dans toutes parties du corps.

De la Pneumonie

- Pneumonie aiguë à évolution cyclique qui est ord. une p. fibrineuse lobaire.
- 3 degrés : Engouement, hépatisation rouge, h. grise.
- 1° Engouement - Coloration violacée avec augmentation de volume et de poids. Urine plus compacte, moins crépitant, moins élastique, plus friable, conservant mieux l'empreinte du doigt.
- Sur l'incision écoulement d'un liquide séro-sanguinolent peu aéré, ± abondant.
- Les portions de tissu engorgé surnagent en partie lorsqu'on les plongent dans l'eau.
- Ex. micr. : V. capillaires des cloisons alvéolaires distendues et ± saillantes dans l'alvéole. Globules blancs avec qqs. globules rouges et des cellules épithéliales tuméfiées gonflées dans les alvéoles et sur les parois.
- moins lésions que dans la congestion, mais l'engouement se rencontre toujours avec des lésions plus avancées.
- On trouve les parties engorgées soit au voisinage d'altérations plus avancées, soit sur les parties similaires du p. opposé.
- Dans la p. double, les parties atteintes en second lieu ont pour siège le point similaire indiqué précédemment et la dernière altération ne débute que lorsque la première est déjà plus ou moins avancée. On la trouve parfois seulement à la période d'engouement.

D'après C. et R. période de 24 à 48 h. de durée, mais impossible de préciser

2° Hépatisation rouge. Coloration rougeâtre plus ou moins foncée avec augmentation de volume. Poumon ne s'affaisse pas à l'ouverture du thorax.
- Lorsque on enlève le poumon avec la plèvre pariétale on remarque l'empreinte des côtes au niveau des parties saillantes, les parties déprimées correspondent aux espaces intercostaux contraires (à l'opinion des auteurs).
- Lisse dur, non crépitant, imperméable à l'air, gagnant le fond du vase lorsque il est plongé dans l'eau.
- En même temps il est friable et laisse pénétrer par l'doigt.
- Sur les coupes même teinte uniformément rougeâtre ou marbré, granité. Il ne s'écoule qu'un peu de liquide rougeâtre, louche, épais, sanguinolent, non aéré.
- Aspect granuleux de la surface de section plus accusé sur les surfaces obtenues par déchirure, plus apparent chez le vieillard que chez l'enfant, moins marqué aussi chez les cachectiques.
- Coloration aussi moins marquée chez les dessèchés, surtout au niveau des parties emphysémateuses ou le tissu prend un aspect grisâtre le poumon ressemble à la p. au 3e degré.
- Ex. mier. Exsudat plus abondant avec beaucoup de globules blancs et peu de globules rouges. En outre ces éléments se trouvent entremêlés de filaments de fibrine
- Canaux des alvéoles moins visibles. Quand on moins vi. surtout visibles.
- Bronches [illegible] distinguées [illegible] d'abord [illegible] essentiel ou [illegible] aussi [illegible].
- Les alvéoles et les infundibules sont aussi remplis par un exsudat de mi-solide dormant au poumon sa consistance [illegible].
- L'état granuleux est dû au relief formé par les infundibules dilatés.
- L'aspect des infundibules. Des alvéoles est obtenu par hachage des surfaces de section sous forme de petits grumeaux grisâtres, granulés.

- Même exsudat dans les petites bronches alveolaires
- Exceptionnellement mêmes filaments dans les bronches jusqu'au lit du poumon (p. filiaux d. Schüttenberger)
- Lymphatiques remplis de même exsudat que les alvéoles. - ~~Ganglions lymphatiques remplis~~.
- ~~Placards d'exsudat et exsudat abondant~~
- Terminaison par résolution. rapide ou lente.
- Elle peut passer au 3e degré après durée de 3 à 5 jours (C. de R.) - ?

3e: Hépatisation grise - Teinte gris ou jaunâtre qui n'est pas uniforme, au moins au début. Points rouges qui deviennent de plus en plus confluents.
- Surface de section pâle ou jaunâtre avec état granulomateux prononcé.
- Sur la pression, écoulement d'un peu épais, rougeâtre, jaunâtre.
- Même très friable. Sur la pression du doigt formation de cavités remplies de pus.
- Ex. micr.: alvéoles remplis de cellules lymphatiques granulo-graisseuses, peu fibrine amorphe ou granuleuse. Cellules très confluentes de toutes parts, vues des capillaires dans les points où la suppuration s'établit.
- même aspect des cloisons alvéolaires que dans le 2e degré. Cependant elles sont peu nettes, vacuolaires et tendent à se détruire dans les points où la suppuration s'établit.
- Hépatisation grise surtout chez les vieillards et chez les gens débilités par une cause quelconque, indigestion, tuberculose, alcoolisme, abus d'abondance, etc.
- Terminaison par la mort.
- Cas de guérison plus ou moins contestable.

- Les 3 degrés peuvent se rencontrer sur le même poumon par envahissement successif ou par marche inégale de l'inflam.
- Le 1° n'existe qu'avec le 2° ou avec ces deux degrés réunis. Les deux derniers peuvent exister séparément quoique simultanément ou bien il y a des lésions intermédiaires.
- Engorgement œdémateux autour des parties hépatisées.
- On trouve ord. un lobe presque entier hépatisé, souvent avec une portion du lobe voisin. Différence du degré de l'hépatisation marquée par les sillons interlobaires.
- Exceptionnellement tout un poumon est atteint.
- Le bord ant. est le point le plus rarement affecté.
- Fréquence de l'hépatisation à droite.
- Le lobe le plus souvent atteint est le lobe inf., puis lobe sup. mais bien plus chaque poumon isolément que pour les deux ensemble.
- La p. n'est pas double d'emblée. Elle n'est que vers le 6e jour que le second poumon est envahi.
- Dans la p. double altérations symétriques, contrairement aux assertions des auteurs.
- Grisolle n'a jamais vu l'altération siéger au centre du lobe. Dans lui l'altération n'arrivait qu'à la surface plus ou moins.
- Dans la p. aiguë j'ai toujours vu la lésion toucher à la surface pleurale au moins sur un point. Elle n'est que dans la p. secondaires ~~[illegible]~~ qu'il peut en être autrement. Grisolle ne s'est pas suffisamment à cet égard.
- D'après cet auteur les p. corticales s'observent rarement. mais c'est vraisemblablement parce qu'elles guérissent.

Lésions concomitantes –

– Ganglions bronchiques enflammés, rouges, tuméfiés, parfois durs, appendicite

– Inflammation de la plèvre constante : exsudat fibrineux très mince ou épais ou encore exsudat purulent suivant l'intensité du degré de l'altération pulm.

– Cœur. Lésions diverses ne dépendant pas de la p.

– Caillots fibrineux dans le cœur droit –

– Reins. D'après C. et R. néphrite catarrhale et parenchymateuse fréquente. Comme dans toutes les maladies fébriles, il peut y avoir de l'albumine indiquant un état congestif des reins avec altération de l'épithélium. En général pas de néphrite, en raison de la rapidité de l'évolution de la maladie mais lorsque la néphrite se produit, c'est avec les caractères habituels –

Foie – Rate – Rien de particulier, sauf congestion

— Terminaisons – au 1er degré ? congestion de Woillez ? – Formes abortives ?

– au 2e degré la résolution peut se faire franchement ou lentement. Elle commence avec la chute de la fièvre ; mais on ne peut dire combien il faut de temps pour qu'elle soit complète.

– La mort est une terminaison frig. de l'hép. rouge.

– au 3e degré c'est la terminaison habituelle sinon constante.

— Terminaison par pneumonie chronique interstitielle – ce n'est pas aspiré en jeune dans la résolution lente (Charcot) cette terminaison serait très rare d'après tous les auteurs

– Cela est vrai si l'on entend la sclérose de toutes les parties affectées mais la sclérose du poumon et des ganglions qui sont vivants et plus ou moins pathologiques

— Dégénérescence kystique fréquente de l'infection chronique surtout
avec l'influence des maladies du cœur, de la bronchite chronique etc. Dans les cas
précédents de pléurésies congestives, des infections etc. (Obs.) 65

— Vermicomion par abcès — très rare. Il y a quand les malades
guérissent ; ce sont des abcès pleuraux qui ont donné lieu à ...

— Vermicomion par gangrène. Également très rare. (Observation ...)

— Vermicomion par cavification ?

— Complications — Pleurésie non épanchement

— Péricardite plus fréquente qu'on ne croit.
+ (micrococci de Friedländer dans les sécrétions pleurales et péricardiques) —

— Endocardite excessivement rare. Quelquefois
on ne s'en aperçoit pas immédiatement. Longue période latente ...

— Méningite purulente. Elle consiste de méningites
constatées par Grisolle fils des cas où le malade avait eu du délire.

— Parotidite —

— Autres complications tout à fait exceptionnelles —

— Pneumonie secondaire — Comparaison de la p. franche
avec toutes les infections du poumon surtout avec la bronchopneumonie
notamment avec la forme pseudolobaire. C'est un autre pathogénie ...

— Dans la p. lobaire dans la typhoïde, erysipèle, maladie
de Bright, tuberculose, diabète, brûlures, affections
chirurgicales, chez tous les cachectiques, dans les maladies
du cœur, dans les affections cérébrales, etc. Mais
de nouvelles recherches sont nécessaires pour bien connaître
les altérations qui peuvent se produire dans ces cas où l'on
peut rencontrer soit les lésions ord. de la p. franche, soit d'autres lésions.

— Étiologie. Refroidissement. Alcoolisme, traumatisme,
émotions morales — Lésion du système nerveux.
Constitution médicale ; épidémie ; contagion.

Depuis que l'on a découvert le premier constituant de micrococcus
(Friedländer), on considère l'affection comme une phlegmasie de nature
infectieuse pour laquelle les causes prédisposantes ne semblent
exercer qu'un rôle de causes prédisposantes ou occasionnelles.
Les mêmes cas avaient été trouvés dans les p. mauvaises chez des malades divers.
+ (...)

6e Leçon
4 avril 1888

Pneumonie Catarrhale

– Pneumonie épithéliale –

– Splénisation –

– Ces termes sont synonymes –

– D'après les auteurs ce serait une inflammation ou desquamation épithéliale par opposition à l'inflam. exsudative de la pr. décrite précédemment.

– En quoi consiste-t-elle ?

– Description : 3 degrés d'après MM. C. et R.

– Ces auteurs après avoir décrit l'affection, ajoutent qu'elle ne diffère pas sensiblement de la congestion et du dégonflement du poumon au point de vue anat.

– Elle est accompagnée d'une atélectasie plus ou moins prononcée qui serait primitive ou secondaire suivant les auteurs.

– Enfin pour peu que l'affection ait duré il existe en même temps de la sclérose plus ou à des degrés divers.

– En somme il s'agit là de lésions congestives et inflammatoires à allure lente avec tendance à la sclérose. Nous trouvons tous les phénomènes qui caractérisent l'inflam. du parenchyme, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir une inflam. épithéliale ~~Exposé des différentes hypothèses~~ ~~sur la nature~~ de l'inflammation – Théorie de Virchow sur l'hérédité ~~inexplicable~~

Broncho-pneumonie - Pneumonie lobulaire.

Éventuellement caractérisée par des lésions inflam. comprenant l'inflam. des bronches, la production d'un nodule pneumonique péribronchique à divers degrés, avec une zone de splénisation et enfin l'inflam. des espaces interlobulaires.

— Hypothèses des auteurs relativement à la bronchite initiale, au rôle de la p. catarrhale ou splénisation qui serait primitive pour les uns secondaire pour les autres.

— nous reviendrons sur ce point après la description des lésions.

— Disposition générale des noyaux de p. lobulaire

noyaux dans un tissu sain en apparence ou diminués dans un tissu très congestionné ou encore noyaux confluents de manière à simuler une p. lobaire.

— Chaque noyau occupe un ou plusieurs lobules, et l'inflam. existe à des phases différentes.

— Vol. d'un grain de chènevis à celui d'une orange et même davantage.

— forme arrondie, ovalaire ou en coin.

— noyaux multiples ord. répandus dans les deux poumons, plutôt vers les régions postéro-externes.

— Superficiels ou profonds. Les 1er légèrement saillants sur surface

- Les noyaux ont une teinte rouge rosâtre uniforme ou marbrée disposition suivant le degré de l'altération.
- Examiné les travées péricolulaires.
- Sur les coupes vues aspect variable des noyaux qui sont saillants et plus ou moins rétractés.
- Surface plus ou moins sèche lisse ou granuleuse.
- Par le raclage sang ou pus.
- Densité augmentée. fragments allant au fond de l'eau.
- Par l'insufflation, diminution de volume non dépassant la zone périphérique.
- 3 degrés comme dans la p. lobaire - M. Bazier admet.
- 3 formes principales par suite de la disposition des noyaux
  1° pneumonie lobulaire diminuée.
  2° p. lobulaire généralisée.
  3° p. pseudolobaire de Barié.

— Examen microscopique - aspect du lobule à un faible grossissement.

— Ex. des différentes parties constituantes du lobule.

1° Etat du parenchyme pulm. - nodules pulmonaires - zone d'infiltration
2° Espace interlobulaire, bronches, artère.
3° espace périlobulaire - Lésions de la plèvre.

Il n'est pas possible d'admettre une différenciation entre la lésion des nodules et celle de la portion désignée sous le nom de zone de splénisation, d'autant que dans celle-ci les lésions sont toujours plus accusées au niveau des vaisseaux.

Du reste les exsudats sont toujours plus accusés au niveau des V. et des branches et s'il y a formation des nodules dans certains points c'est que ce point est plus favorable à la production et à l'accumulation des exsudats.

17e Leçon (6 avril 1888) } Variétés de nombreuses pièces pathologiques de notre ~~[illegible]~~ du service multiple sur [illegible], a.

Bronchopneumonie (suite)

18e Leçon 23 avril

Evolution et terminaison du foyer lobulaire.

- 1° Résolution. Transformation granulo-graisseuse des exsudats qui sont résorbés par les lymphatiques.
- 2° Suppuration. Hépatisation grise, puis formation d'un abcès qui a le même siège que le nodule, d'où le nom d'abcès peribronchique proposé par M. Goffroy.
- L'abcès se ramifie dans le lobule suivant la distribution des bronches (Goffroy)
- Il peut se produire une fonte purulente de tout le lobule et l'abcès peut être limité par l'espace peri-alvéolaire
- Communication possible du pus d'abcès par destruction complète ou incomplète des parois, d'où cavités irrégulières plus grandes.
- Ces abcès diffèrent des grains jaunes de Virchow.
- L'abcès peribronchique communique avec la bronche qui peut paraître comme coupée à pic dans le point où elle plonge dans l'abcès.
- Abcès plus fréquents près de la surface pleurale. Attention secondaire de la plèvre et possibilité d'une pleurésie purulente et d'un pneumothorax.
- Possibilité de la suppuration de l'espace interlobulaire isolant les lobules.
- Terminaison par gangrène surtout dans la bronchite. Elle occupe alors des points déminés.
- 3° Terminaison par inflam. interstitielle. Cette altération a le même siège que les lésions de la période aiguë. Elle est d'autant plus prononcée que l'affection est plus ancienne. Elle doit exister partout.
- Terminaison par cavitification. Il est douteux qu'elle ait lieu en dehors de la tuberculose.

Lésions concomitantes -
- Congestion et œdème du poumon.
- Etat fœtal -
- Emphysème -
- Pleurésie -
- Adénopathie trachéo-bronchique -
- Etiologie - C. prédisposants et déterminants.
- Causes prédisposants - âge : enfants et vieillards, d'après la plupart des auteurs.
- objections à faire à cette manière de voir -
- Les adultes sont plus fréquemment atteints qu'on croit.
- importance des diathèses comme cause prédisposante.
- Causes déterminantes - f. éruptives et surtout rougeole ; coqueluche, diphtérie, grippe, f. typhoïde, brûlures, maladies des reins et du cœur, cachexies, fièvre prolongée, perturbations de la circulation et l'innervation à causes diverses ; beaucoup plus rarement à la suite de la bronchite simple causée par un refroidissement.
- Applications cancéreuses, rares, de bronchite - poumons de causes diverses -
- Pathogénie - opinion des auteurs -
objections - théorie rationnelle -

19e Leçon
1er mai 1888

Sclérose pulmonaire

- Caractérisée par l'hyperplasie conjonctive du tissu pulmonaire.
- Défectueuses des expressions de pneumonie interstitielle, p. chronique, cirrhose pulm., induration p., atrophie pulmonaire, pht. fibreuse.
- En fait comme nous l'avons établi, l'inflam. procède toujours de la même manière, c'est à dire par un trouble de la circulation donnant lieu à un exsudat qui peut être résorbé, qui peut ~~conduire~~ ~~tout~~ là la suppuration ou enfin qui peut produire un certain degré de sclérose.
- Ce sont là les modes divers de terminaison de l'inflammation et nous avons déjà vu qu'on pouvait observer un certain degré de sclérose à la suite des affections que nous venons d'étudier (pneumonie, pneumonie catarrhale et bronchopneumonie, congestion et atélectasie pulmonaire).

d'une manière générale, on peut dire que a surtout pour les inflam. ~~prétendues~~ aiguës qui donnent lieu à la sclérose mais plutôt les inflam à évolution lente ou souvent répétées (pneumon franche et broncho-pneumon généralisée opposée aux congestions surtout avec atelectasie et aux bronchopneumon ou pneumon cataraltales à répétition ou déterminées par une irritation locale persistante).

– La sclérose pulmonaire ~~procède donc~~ toujours de l'inflam. du poumon à l'état aigu ou subaigu.

– Dans les inflam. dites chroniques, le processus n'est pas différent : répétition persistante des mêmes phénomènes par suite d'infection souvent produite ou par irritation locale persistante. Les premières lésions peuvent à leur tour devenir une cause d'altération persistante par l'entrave qu'elles apportent à la circulation, à la résorption des produits morbides, et à l'exécution des sécrétions bronchiques.

- Circonstances dans lesquelles on observe la sclérose pulmonaire.
- Pneumonie aiguë - p. catarrhale & bronchopneum. congestion p. & atelectasie p.
- Dans toutes les autres lésions pulm. qui il nous reste à étudier, nous pourrons ~~nous~~ observer la sclérose en raison de l'inflam. pulmonaire concomitante ou secondaire.
- infarctus, tuberculose, syphilis, cancer, corps étrangers.
- Bronchite chronique -
- Pleurésie -
— aspect que présente le tissu p. sclérosé très variable d'abord suivant la durée de la lésion, puis suivant la cause qui a déterminé l'inflam. & ~~qui a influé~~ ~~surtout~~ sur ~~son~~ répartition dans les poumons ainsi que sur son étendue . . . . .
- Examen microscopique.
Lésions depuis le plus léger degré jusqu'au point où tout le tissu peut être transformé en un tissu fibreux compact.

Infarctus hémorrhagique du poumon.

- Hémorrhagies interstitielles du parenchyme pulm. dont la localisation est en rapport avec des oblitérations artérielles comme présumées de l'affection.
- Apoplexie pulmonaire de Laennec, Cruveilhier, etc.
- Noyaux durs, fortement colorés par le sang qui infiltre le tissu pulm. à ce niveau.
- Souvent dans les 2 p.; plus fréq. dans un seul p. Lorsque les 2 p. sont atteints, prédominance dans un p.
- Siège au niveau des parties déclives suivant la position du malade dord. ou assise. - Exceptionnelle ailleurs.
- Situation habituelle sous la plèvre où il forme saillie avec pénétration dans le parenchyme.
- Coloration violacée uniforme ou violâtre vers le centre avec congestion d'un œdème à la périphérie. - Exceptions.
- Parfois teinte jaunâtre et ramollis. au centre.
- Rarement plenal liège sans épanch. ou avec épanchement.
- Forme conoïde, ovoïde ou pyramidale à gros sommet vers la périphérie.
- Modification du niveau d'un bord mince.
- Volume variable d'une noisette à un poing, jusqu'à tout un lobe, et même beaucoup plus volumineux, jusqu'à gorges rares.
- Nombre variable depuis un jusqu'à beaucoup. ord. 3 ou 4. - Nombre ord. en raison inverse du volume.
- Sur les coupes coloration rouge lie, violâtre - Surface suintant un peu de liquide hémorrhagique, violâtre (foie pulmonaire, huffing pulmonaire)
- Surface granuleuse à grains plus gros que dans l'hépatisation rouge - tissu plus dense et moins humide, allant au fond de l'eau.

- La coloration n'est pas toujours homogène :
1re zône foncée entourée d'une 2e zône moins foncée plus rouge autour
laquelle se trouve une 3e zône d'un rouge pâle.
- Coagulation du sang dans les veines (Cruveilhier).
- Caillots fibrineux dans les artères (Bouillaud).
- Vaisseaux sanguinolents dans les bronches.
- Lèvre environnant congestionné, œdémateux ou altéré
ou emphysémateux.
— aspect de cette tête variable suivant l'intensité de l'obstr.
leur mode de production, leur cause, et l'époque d'évolution.
— Ex. Microscopique — au niveau des différentes zônes.
- Exudat hémorrhagique dans exudat & cellules lymph. ou pus.
- Etat des différentes parties constituantes du parenchyme pulm.
- Etat du poumon de la plèvre.
— Lésions concomitantes des autres organes.
- Infarctus de la rate, des reins, du cerveau, etc.
- Concrétions fibrineuses dans les cavités cardiaques.
- Lésions du cœur : 1° Lésions valvulaires 2° hypertr. sans lésion d'orifice.
- Athérome et lésions des autres organes (artério-sclérose).
— Modifications que peut présenter l'infarctus.
— Terminaison par résolution complète (Gram) ?
— par dégénérescence graisseuse - pigment.
— par cicatrisation (induration pigmentée).
— par suppuration & gangrène - rare.
- Infarctus tous récents ou à des degrés divers d'une évolution
suivant l'époque de leur production.
— Perforation de la plèvre, ouverture à l'air.
— Etiologie et pathogénie - Cruveilhier - Virchow - Rokitansky.
Dittrich, Sangel.
— Embolie et thrombose - ralentissement de la circulation, inégalité
— analogie des lésions des infarctus avec celles de la p. lobulaire.
— théorie de la production de l'hémorrhagie.
— analogie du processus avec celui de l'inflamm., avec issue d'une plus grande quantité de sang.

21e Leçon
mai 1888

Abcès et gangrènes des poumons

Abcès des poumons

Dans les abcès pulm. dérivant d'un processus pneumonique se rattachant soit à la p. lobaire aiguë, soit à la p. lobulaire. Nous avons vu, en effet, que ces affections pouvaient se terminer par la suppuration et donner lieu à des collections purulentes. Nous ne pouvons que répéter ce que nous avons déjà dit à ce sujet. Nous nous bornerons à signaler la classification des abcès ~~[illegible]~~ généralement par les auteurs.

- 1° abcès consécutifs à la p. lobaire aiguë.
- 2° abcès consécutifs à la bronchopneumonie simple ou tuberculeuse
- 3° abcès pyoémiques ou métastatiques.
- 4° abcès consécutifs à l'introduction à l'intérieur des poumons de corps étrangers non [illegible]
- 5° abcès par propagation (abcès perforants ~~de [illegible]~~ [illegible])

— Dans tous les cas, processus pneumonique de cause diverse; suppuration déterminée par la présence d'agents infectieux, avec prédisposition provenant surtout des mauvaises conditions générales dans lesquelles se trouve le sujet pour les cas où le point de départ de l'affection ne réside pas dans un point déterminé de l'économie.

Ex. microscopique de préparations provenant d'abcès de cause diverse.

Gangrène pulmonaire

Décrite par Laennec. Les travaux modernes ont surtout contribué à mieux faire connaître les causes et la pathogénie de cette affection.

La gangrène p. comme les abcès procèdent toujours d'un processus pneumonique, de telle sorte que nous pouvons nous borner à ce que nous avons dit au sujet de l'inflam. du poumon se terminant par gangrène, en ajoutant qu'on a adopté la même classification que pour les abcès.

- Quantités aspect tellement spécial qu'une description est nécessaire.

- G. circonscrite et non circonscrite (Laennec).

- Gangrène circonscrite ou partielle.

- un ou plusieurs foyers dans un ou dans les deux poumons.
- forme arrondie, ovoïdale ou volume variable.
- Surtout, mais surtout à la périphérie du poumon, plus fréq. dans le lobe inf. et plutôt du côté droit.
- 3 périodes admises par Laennec : ~~mortification~~ sécrétion ou eschare gangréneuse, sphacèle délitescent, cicatrisation.
- aspect variable suivant la période à laquelle se trouvent les lésions, leur étendue et les lésions concomitantes.
- et d'abord, recouvrant de tissu pulm., elle peut se présenter sous la forme de nodules analogues à ceux de la B.p. et de l'asp. caséeux, dont on ne peut les distinguer qu'après les avoir incisés.

Stéry nodules sont superficiels, tantôt grisâtres, brunâtres, violacés, consistance du tissu hépatisé ou bien ramollis et diffluents avec affaissement de la paroi qui présente une teinte grisâtre, jaunâtre ou brunâtre.

- Sur les coupes, portions gangréneuses au sein d'un tissu hépatisé constituant le nodule et entourant complètement ou incomplètement ces portions.
— à la première période de Laennec, portions gangréneuses de volume variable, brunes, noirâtres, verdâtres ou grisâtres, de consistance plus compacte, plus dures et plus humides que celle du poumon.
- odeur putride, caractéristique, d'autant plus marquée que lang. passe aux périodes suivantes.
- se réduit en putrilage par la pression et se présente sous forme de filaments (aspect de chanvre putréfié) Laennec et Stokes.
- La portion gangréneuse d'abord adhérente aux parties périphériques s'en détache peu à peu sur quelques points d'abord, puis sur toute sa périphérie (bourbillon de Laennec)
- Le bourbillon se convertit en une espèce de bouillie putride d'un gris verdâtre sale, ~~ff~~ sanguinolente d'une bouillie fétide. Elle peut se faire jour sous les bronches, être peu à peu évacuée en laissant une cavité ulcéreuse.
— parois de la cavité molles ou plus souvent indurées, grisâtres, ardoisées avec saillies d'épaississement résultant du parenchyme incomplètement nécrosé.
- quand la cavité est grande, elle est traversée par des V. et bronches formant des brides irrégulières, disposées, saillantes ou flottantes. - V. artér. oblitérées par des caillots fibrineux.
- Elle contient un liquide sanguinolent, fluide, grisâtre, fétide, mélangé autour de sang noir.

D'après C. et R. 3 couches distinctes autour de l'excavation. A partir de dedans en dehors : 1° couche mince, grisâtre, pulpeuse constituant la paroi de la caverne et d'un rouge vineux ; 2° couche de tissu hépatisé, grisâtre, friable ; 3° couche se continuant avec hépatisation sans apparence de cavernes de lip. cérébrale.

- 2e. histologique des trois zones de la peau.
- Pneumie au niveau des lésions superficielles.
- Terminaison. Mort aux divers périodes. Parfois tendance à la cicatrisation. - Guérison complète constatée malgré l'obs. de Wailly -
- Lorsque la gangrène atteint la plèvre, on peut avoir une pleurésie purulente, gangreneuse ou non, sous pneumothorax.
- Lorsque des adhérences pleurales s'établissent il peut se produire une ulceration des deux plèvres au niveau de la lésion, puis l'affection peut gagner la trame cellulaire s. cutané de la paroi thoracique et il peut se produire des empyèmes sétons.
- On a aussi noté la perforation de la trachée, des bronches, de l'œsophage par gangrène du médiastin et aussi le passage d'abcès dans la cavité abdominale à travers le diaphragme.
- ganglions enflammés, rarement atteints de gangrène.
- Existence concomitante d'foyers gangreneux dans d'autres organes dans ces cas gang. pulm. primitive ou consécutive surtout à la gangrène de l'utérus, de la bouche, des extrémités.
- En somme abcès gangreneux métastatiques ayant leur point de départ.
- gangrène primitive des petites bronches comme point de départ ou bien cancer de l'œsophage, de l'estomac, abcès ou tyeds de foie, etc -
- Rare terminaison. Trois guérisons. Cœur guérison ? -
- Gangrène non accompagnée de diffusion - Caractères de long. cas 1er degré avec transformation gangreneuse des tissus, rarement limitée.
- Etiologie et pathogénie - causes prédisposantes. Débilitant, affaiblissement, chloroses, diabète, la cachexie -
- causes déterminantes : même classification que pour abcès -
Dans tous les cas influence, ne pouvons une causes organiques nombreuses. Foyer en contact avec l'air ou point communiquant le foyer dans ces conditions.

22e Leçon
3 mai 1888

Tuberculose pulmonaire

Historique rapide – Baillie – Bayle – Laënnec – Andral + Cruveilhier – Lebert – Graves, Addison, Burnbull – Reinhardt – Virchow – Empis – Niemeyer – Villemin – Grancher, Thaon, Fox, Rendfleisch, Malassez, Charcot, etc – Koch +

Unicité des lésions et processus inflammatoire avec caractères particuliers et présence du bacille de Koch.

Dans tout cas on peut décrire deux formes anatomiques principales en adoptant la division de Laënnec. C'est ainsi que nous allons étudier la granulation tuberculeuse puis l'infiltration tuberculeuse.

Nous indiquerons ultérieurement les principales formes anat. comp. aux formes cliniques suivant la répartition des lésions et la marche de la maladie –

1° Granulation tuberculeuse comprenant la granulation grise et le tubercule miliaire.

Pour Laënnec, il n'y a d'autre différence entre le t. miliaire et la granulation grise celle qui existe entre un fruit mûr et un fruit vert.

Description macroscopique et microscopique de la granulation tuberculeuse au début et à la période de caséification, ord. accompagnée de bronchite pulmonaire –

... en regardant par les auteurs. →

5e Leçon
mai 88

Tuberculose pulmonaire (suite)

Infiltration tuberculeuse - p. caséeux de Reinhardt, p. tuberculeux de Grancher, nodule tuberculeux péribronchique agglomiré de Charcot, tuberculeux massif de Hanot.

- masses caséeuses pneumoniques de volume variable de forme irrégulière répandues plus ou moins abondamment dans le tissu pulmonaire et évoluant soit rapidement, soit lentement.

- opinion de Mr Grancher : les masses caséeuses sont formées de tubercules agglomérés ; mais chaque masse ainsi constituée n'est qu'un tuberculeux pneumonique.

Centre caséeux et périphérie embryonnaire (tel est le tuberculeux miliaire, tel le tuberculeux pneumonique).

1° zone caséeuse ; 2° zone embryonnaire ; 3° zone d'épithélisation

→ Evolution du tuberculeux. Lutte d'organisation et de destruction : processus fibreux et caséeux.

- Pour Mr Grancher la sclérose est une des tendances d'évolution du tuberculeux (tuberculeux fibreux conservant son caractère spécifique). (Selon les cas la zone embryonnaire marque les étapes d'envahissement ou sert de barrière ».

+ - Pneumonie pérituberculeuse secondaire ; nombreuses multiplications qui ont marqué le début du tuberculeux ; embryonnaires sur les parois des alvéoles et dans le tissu conjonctif pulmonaire, épithéliales dans la cavité alvéolaire ».

Je résumerai les deux tendances qui présentent les tuberculeux, qui ont été signalées par tous les auteurs. →

Transformation fibreuse des tubercules pulmonaires

Tubercules de guérison (Cruveilhier); tubercules stationnaires (Charcot); Granulations fibreuses du poumon (C. et R.); Nodules fibreux (Renaut, Sed); tubercules fibreux.

– Transformation fibreuse des granulations grises, des tubercules miliaires et de la gr. caséeuse.

– opinion des auteurs –

– nous croyons que la production du tissu fibreux tient aux conditions dans lesquelles l'exsudat est produit, ainsi qu'on peut en juger en comparant les préparations où cette tendance à la production du tissu fibreux existe, avec celles qui tendent plutôt à la caséification.

– Sur les mêmes préparations, on peut voir en effet différentes lésions qui ont des tendances différentes. – Sur la production du tissu conjonctif: cellules moins nombreuses, situées plus loin des V., se colorant moins, entourées d'un exsudat plus ou moins abondant où des filaments conjonctifs ne tardent pas à paraître; lésions plus ou moins limitées; perméabilité des V. dans le voisinage. – Sur la production du tissu caséeux: cellules répandues à profusion dans tout le tissu et remplissant les alvéoles; elles sont tassées, gênent et étouffent les V. dans les points où elles se trouvent; lésions mal limitées.

Ces remarques s'appliquent à toutes les productions fibreuses du tubercule.

- Le processus fibreux est, à n'en pas douter un processus de guérison de l'inflammation spécifique du poumon.
- Exposé des préparations se rapportant aux divers foyers de tuberculose ayant permis de constater ce fait.
- Cicatrices du sommet des poumons: sclérose avec ou sans tubercules.
- Segmentation du tissu fibreux.
Sous la matière colorante du sang, mais surtout par des particules charbonneuses.
- conditions qui favorisent cet état.
- Disposition des particules de substance noire dans les cellules et dans le tissu fibreux.
- Production fibreuse généralisée au point de donner un caractère particulier à l'affection (phthisie fibreuse).
- Fréquence de cette forme de phthisie chez les personnes exposées à respirer des poussières de charbon ou autres.
- La production abondante du tissu fibreux dans ces cas et sa coloration en noir a souvent masqué les productions tuberculeuses et fait croire à des bronchopneumonies simples déterminées par des poussières d'usines (pneumonokoniose des auteurs).
- Tuberculose anthracosique.
- Anthracose simple.

24e Leçon
19 mai 1888

Tuberculose pulmonaire (suite)

Ramollissement des tubercules.

Formation des cavernes.

Dissociation de la matière caséeuse qui entraîne la destruction du parenchyme pulmonaire

Communication avec les bronches par où la matière ramollie est évacuée avec le muco-pus qu'elle contient.

- Excavation de volume variable.
- Cavernes anciennes - C. lobulaires. C. polylobulaires. C. lobaires.
- Dispositions des cavernes de petites et grandes dimensions.
- Parois lisses ou anfractueuses - travées, loges, loggetes, etc.
- Constitution de la paroi des cavernes.
- Examen microscopique.
- Anévrysme de Rasmussen (Pseudo-anévrysme)
- Cavernes anciennes considérées comme guéries.
- Cavernes se continuant avec des bronches dilatées.
- Nouvelles poussées tuberculeuses sur des cavernes plus ou moins anciennes.
- Adhérences des plèvres autour fibreux d'emprunt de la caverne
- Cavernes communiquant avec foyers caséeux ganglionnaires, avec abcès d'un mal de Pott, avec l'extérieur par fistule cutanée.

Tuberculose pulmonaire (suite)

— Lésions concomitantes du poumon —

- Congestion pulmonaire —
- Pneumonie catarrhale et broncho-pneumonie —
- Pneumonie fibrineuse —
- Atélectasie pulm., imperméable —
- Pneumonie interstitielle —
- Emphysème pulmonaire —
- Lésions des bronches.
- Lésions des plèvres —
- Lésions des ganglions.

— Lésions concomitantes des autres organes.

1° Lésions tuberculeuses des divers organes.

2° Lésions non tuberculeuses des mêmes organes.

Formes anatomiques et cliniques de la tuberculose.

— Phtisie aiguë, subaiguë ou galopante, chronique

1° Phtisie aiguë : A. granulations tuberculeuses aiguës et miliaires ; granulie d'emblée ; tuberculose granulique de Grancher.

B. Lésions tuberculeuses miliaires et infiltrées.

C. Tuberculose pneumonique de Grancher.

— 2° Phtisie subaiguë ou galopante.

— 2 variétés ordinaires par Mm. C. et R.

— 3° Phtisie chronique : A. Lésions latentes anciennes. B. Lésions anciennes à prédominance active de lésions de bronches fibreuses prédominantes. C. Forme clin. commune avec prédominance de pneumonie caséeuse ou de sclérose pulmonaire.

Lésions pulmonaires d'un côté dans toutes les formes de phtisie pulm.

Étiologie et pathogénie -

- Causes physiologiques et causes pathologiques
- Elles agissent toutes comme causes prédisposantes
- Contagion - Inoculation -
- Tubercules ne peuvent plus être considérés comme des tumeurs -
- Sous tout le monde aujourd'hui ce sont des lésions inflammatoires et depuis la découverte de Koch (1882), les bacilles qu'on rencontre toujours dans les produits tuberculeux sont considérés comme la cause de ces lésions.

Syphilis du poumon

Sur les fœtus et les jeunes enfants : ~~hépatisation~~ blanche de Virchow -

Description différente d'après nos préparations portant sur trois sujets différents.

. Nodules nombreux composés de petites cellules infiltrant tout le tissu pulm. ; mais répandus surtout dans les vaisseaux lymphatiques autour des bronches, du poumon, du voisinage de la plèvre, et tendant à la sclérose ; et avec prédominance catarrhale dans le reste du tissu.

Pas de lésions semblables chez l'adulte - Gommes ou ~~à dégénérescence~~ avec sclérose périphérique -

~~Impossibilité de~~ Distinguer les lésions de la tuberculose ~~Complète distinction~~ de cette d'avec un des premiers stades cancéreux

Bacilles de Lustgarten.
Bacilles d'Alvarez et Gaucher dans le

26e Leçon
19 mai 1888

Néoplasmes des poumons

– Cancer primitif ou secondaire.

A – Cancer primitif rare – Frichrons de Rokitansky.
– Carcinome surtout à forme encéphaloïde.
– Disposition des lésions à l'œil nu et au microscope.
– Il peut être difficile de dire si le point de départ de l'altération est dans les alvéoles pulm. ou dans les bronches (épithélioma à revêt. ou épithél. glandulaire).
– On peut aussi prendre facilement un cancer secondaire pour un cancer primitif. (Exemple).

B – Cancer secondaire fréquent. On peut observer tous les types avec les caractères de la tumeur primitive.
– Disposition des lésions communes à tous les types au point de vue macroscopique et microscopique.
– Prédominance des lésions dans le système lymphatique autour des V. et des bronches, puis dans les alvéoles ensuite.
– Parfois infiltration complète de toute la paroi entière pulm. sous la forme de nodules limités. Dans ce cas c'est la charpente fibreuse qui est le stroma.
– Examen des préparations se rapportant aux principaux types.

27e Leçon
22 mai 1888

Emphysème pulmonaire.

- Remarque de Rindfleisch au sujet de la définition du mot Emphysème qui s'applique aux poumons comme aux autres organes. C'est l'E. interstitiel ou interlobulaire.
- Emphysème de Laënnec vésiculaire ou lobulaire qui comprend aujourd'hui non seulement la dilatation des vésicules pulm. mais aussi l'atrophie de la part de substance des parois.
- Il peut être aigu ou chronique, partiel ou généralisé.
- Emphysème lobulaire chronique généralisé

Volume des poumons augmenté, avec prédominance au sommet et au niveau des bords, surtout du bord ant. Altération de la couche superficielle des poumons.
- Les poumons, surnagent dans l'eau, perdent leur y plongé, deviennent rosés, grisâtres, blanchâtres, etc. bulles, inégalités à vol. variable.
- Elasticité plus grande - sensation au toucher: oreiller de duvet (Laënnec), ouate recouverte d'satin (Hervieux).
- Pas de crépitation nette. Effet de la pression ~~fortement~~ ~~sur la~~ pression forte.
- aspect de la surface de section - lisse, pâle, etc. Dilatation des infundibula, amincissement des parois qui les séparent des alvéoles et des parois alvéolaires. Petites ouvertures de communication entre les infundibulums.
- Lésions associées ordinaires des points de sclérose ou des lésions diverses précédemment étudiées.
- Ex. microscopique - Dilatation des infundibulums et des alvéoles; comparaison avec les acini d'une glande (Rindfleisch).

- S'il n'existe pas d'autres lésions pulm., les parois alvéolaires sont grêles, peu vasculaires, mais avec une disposition à peu près habituelle. Toutefois en certains points les contours des parois alvéolaires sont plus arrondis et marqués par des fibres élastiques plus apparentes qu'à l'état normal.

- à un degré plus avancé, distension des alvéoles plus considérable et amincissement de leurs parois plus prononcé.

- Rupture ou disparition des parois faisant communiquer ensemble plusieurs infundibula

- Les gdes espaces remplis d'air peuvent refoules les parties avoisinantes.

- Rupture par usure progressive de la paroi en suite de l'altération graisseuse de l'épithélium, de l'atrophie des fibres conjonctives et élastiques qui la constituent.

- on suppose aussi que les mailles vasculaires tapissant les alvéoles sont tiraillées, distendues, comprimées et que leur calibre finit par s'effacer et devenir impermeable aux globules soit par thrombose des globules blancs, soit sans thrombose par prolifération des éléments de la paroi.

- Suivant Rindfleisch la circulation se rétablirait par des voies collatérales et il y aurait hypertrophie des fibres musculaires dans les parois refoulées par l'air.

La fig. du livre de Rindfleisch qui représente cette lésion s'éloigne beaucoup de l'aspect décrit précédemment. Il cependant ces lésions ne sont considérées par les auteurs que comme des degrés de la même affection.

mais en procédant pas l'un de l'autre : Emphysème généralisé et Emphysème localisé avec des points de sclérose dans ce dernier cas cavités dilatées, arrondies avec V. plus ou moins volumineux. Dans le bord des alvéoles fibres élastiques gonflées tordues épaissies et qui à l'état normal lésions angio. deviennent en grosses jusqu'à des lésions pulmonaires.

- Emphysème lobulaire aigu ou subaigu. Exception des auteurs qui n'admettent dans ce cas qu'une dilatation des alvéoles sans aucune autre altération. Mêmes lésions que dans l'état chronique avec les deux formes indiquées.
- Emphysème interlobulaire ou interstitiel
ord. produit par la déchirure d'une vésicule d'emphysème lobulaire, la plèvre restant intacte.
aspect des lésions - Leur extension possible ...
- Lésions concomitantes des poumons.
- Lésions secondaires du cœur et des différents organes.
- Étiologie et pathogénie -
Sexe - âge - Professions - Maladies des voies respiratoires
- Comment l'emphysème est-il produit ?
Extension extérieure ou pression intérieure.
- Théorie de Laennec (inspiration) - Objections
- Ex. d'Andral, de Gaudin -
- Expériences de Hutchinson et Mendelsohn (expiration).
- ~~Théorie de Gaudin (expiration)~~.
- Effets de l'inspiration et de l'expiration avec des poumons sains ou présentant des lésions diverses.
- Expériences de Hertz (inspiration).
- Les lésions pulm. peuvent déterminer de l'emphysème dans leur voisinage et dans des points plus ou moins éloignés.
- Les lésions étendues d'un poumon peuvent donner lieu à de l'emphysème dans l'autre poumon.
- Tous les emphysèmes peuvent s'expliquer par la théorie de l'inspiration. Si l'expiration produit de l'emphysème ce doit être exceptionnel.
- Emphysème pour trouble nutritif (atrophie vésicule)
de emphysème analogues chez les cachectiques, les anémiques.

28e Leçon
24 mai 88

Lésions des bronches et de la trachée.

Les lésions de ces organes constatées à l'autopsie des malades coexistent avec des lésions de même nature du parenchyme pulmonaire proprement dit.

Il n'y a d'exception à faire que pour les lésions de cause locale.

— Inflammation aiguë ou chronique.

— Inflammation aiguë — aspect des lésions macroscopiques et microscopiques sur les bronches de diverses dimensions.

— altérations pulmonaires concomitantes.

— comment débutent les lésions ?

— Impossibilité de faire les autopsies au début de l'affection.

— Probabilités relatives au mode d'évolution des lésions d'après les symptômes observés et d'après l'évolution du processus inflammatoire.

— On peut ainsi se rendre compte pourquoi l'altération paraît superficielle tout d'abord.

L'épithélium est ord. conservé ainsi qu'on peut le voir sur la plupart des préparations et ainsi qu'admettent tous les auteurs.

Ce n'est que dans les cas de lésions ~~profondes~~ de la paroi que l'épithélium est altéré et encore il ne fait pas défaut.

Lorsqu'il manque, il faut incriminer plutôt les manipulations nécessaires pour les préparations, surtout dans les cas aigus.

Examen des expériences de Mlle C. et R. relatives à la bronchite expérimentale.

action différente des irritants directs et des irritants indirects ou internes.

Dans ce dernier cas il est probable que les petites bronches et le parenchyme pulmonaire sont atteints.

~~Ceci est vraisemblable~~ et de même dans la plupart des bronchites qui accompagnent les affections fébriles.

Que se passe-t-il dans le rhume ordinaire? n'y a-t-il qu'une lésion des premières voies ou des lésions plus profondes?

Question difficile à résoudre pour le moment. La plupart des [illegible]

Surtout car les expériences faites jusqu'à présent ne permettent pas de résoudre la question et seraient plutôt en faveur des lésions généralisées comme l'observation clinique. L'action des microbes sur l'épithélium bronchique ne pourrait pas être comparée à celle du nitrate d'argent. En outre l'épithélium résiste habituellement à la plupart des causes d'infection ainsi que le prouve son innocuité dans les maladies infectieuses et même après l'infection et la production des lésions.

— Inflammation chronique. Rendant à la sclérose des bronches et du tissu pulm. périphérique, comme dans toutes les inflammations, ainsi que le prouvent les examens macroscopiques et microscopiques.

— Formes qui peut revêtir l'inflammation au point de vue de son étendue et des caractères particuliers des lésions.

— Endobronchite des bronches et de la trachée

— Syphilis des bronches et de la trachée.

— Ulcérations des bronches et de la trachée et causes diverses

— Néoplasmes des bronches (surtout secondaires)

29e Leçon
26 mai 1888.

Dilatation des bronches
ou
Bronchectasie

Décrite pour la première fois par Laennec, elle a été étudiée depuis cette époque par la plupart des auteurs qui se sont occupés des affections des voies respiratoires, notamment par Andral, Cruveilhier, Barth, etc. et ~~dans~~ des dernières années au point de vue histologique par Cornil et ses élèves, Leroy et Dalliet, par Hanot et Gilbert, etc.

- Depuis Laënnec deux formes principales : dilatation générale ou partielle. Les autres divisions admises par les auteurs ne diffèrent que par leurs points de détails.

- 1° Dilatation générale des bronches. On ne l'a jamais observée que sur un poumon. (obs. de Barth citée par Cruveilhier).

- 2° Dilatation partielle. Cylindroïde ou ampullaire.

- A. Dilatation ~~partielle cylindroïde~~. Elle se rencontre dans toutes les parties du poumon. Siège sur toute l'étendue d'une division bronchique ou seulement sur une portion plus ou moins limitée qui est doublée ou triplée de calibre.

- Forme épaissie avec sclérose environnante manifeste comme on peut la rencontrer fréquemment au sommet des poumons.

Dans les cas où la bronche affectée paraît avoir seulement un peu épaissi au milieu du tissu pulmonaire sain, il y a encore dilatation des alvéoles profonds, ainsi qu'il résulte de l'ex. microscopique.
→ Examen microscopique.

B. Dilatation partielle ampullaire ou sacciforme.
Elle peut être très localisée ou occuper la plus grande portion d'un lobe surtout du lobe inférieur, un lobe entier, un poumon entier (autre cas de Barth cité par Cruveilhier).
– Cruveilhier a rarement vu des dilatations ampullaires avant la 3e ou la 4e division.
– D'après cet auteur elle a lieu sur le trajet d'une branche ou à l'extrémité d'un tuyau bronchique.
– Dilatation ampullaire circonférentielle ou latérale.
– Vol. des dilatations très variable jusqu'à celui d'un noisette et même davantage.
– Dilatation unique ou multiple. Dil. multiple.
– Ce n'est que dans les cas de lésions limitées qu'on peut observer ces formes de dilatation décrites par Cruveilhier et seulement d'une manière exceptionnelle.
– Le plus souvent les bronches dilatées se trouvent réunies dans un tissu sclérosé formant une masse compacte adhérente à la plèvre et dans laquelle les coupes permettent de voir des dilatations vides disposées autour ~~sans~~ qui, d'après les autres, seraient causées par l'accolement des bronches dilatées et par leur compression.
– aspect d'un chapelet plein de mucosités purulentes (Sainton).
– Difficulté de distinguer ces lésions d'avec celles de tuberculose, d'autant qu'il y a

- Examen histologique -
- Bronches dilatés -
- Dilatations ampullaires
- Examen des différentes parties constituantes des bronches et des modifications survenues.
- Aspect caractéristique des dilatations ampullaires.
- Exactitude difficulté qu'on éprouve parfois pour les distinguer des cavernes (caractère différentiel)
- Relation des dilatations bronchiques avec la tuberculose pulmonaire -
- Etat du parenchyme pulm. et de la plèvre.
- Pathogénie - Sous l'examen une mécanisme de production que pour l'Emphysème.
- Sous les plus anciens bronchites, ~~[illegible]~~ chroniques et ordinaires plurales.
- Sous Coyne - Leroy et Dallière, altération primitive et spéciale des bronches qui transforme tous les éléments de la paroi en un tissu embryonnaire et vasculaire sorte de propriétés contractile délabrée des bronches d'où leur défaut de résistance et leur dilatation. Les autres lésions secondaires.
- Hanot et Gilbert admettent avec Andral que la bronchectasie est le résultat d'une bronchite. Ils admettent aussi sous l'influence du processus inflam. la production d'un tissu vasculaire embryon. qui étouffe et détruit les éléments normaux.

L'altération primitive des bronches n'est pas douteuse. - Il faut encore une altération spéciale des cases particulières pour la dilatation, car les bronchites sont fréquentes et les dilatations sont rares. Les conditions de production ne sont pas connues. - Il existe peut-être une [illegible]

30e Leçon
9 mai 1888

Lésions du Larynx

- Laryngite simple aiguë et chronique
- Laryngite diphthéritique ou croup.

En France inflam. de la muqueuse laryngienne qui débute par une inflam. catarrhale et qui est suivie de la production de fausses membranes avec ou sans ulcérations de la muqueuse.

- Virchow sépare la diphthérie du croup.
- cette laryngite est primitive ou consécutive.
- aspect microscopique des lésions pendant la vie et après la mort.
- Ex. microscopique d'une coupe de la muqueuse recouverte d'une fausse membrane.
- On y trouve aussi des spores des bactéries (Klebs, Lofflerm).

Culture - coproinoculation - Résultats à contrôler.

— Différentes espèces de laryngites suivant les différentes maladies fébriles dans lesquelles on les rencontre - particularités offertes par ces. cas.

— Laryngite tuberculeuse - Tuberculeux sans lésions apparentes de la muqueuse ou avec inflam. et ulcérations, ce qui est le cas le plus ordinaire.

— Laryngite syphilitique - inflam. simple, plaques muq., ulcérations superficielles ou profondes - Gommes.

— Laryngite adénomateuse, L. ulcéreuse, périchondrite, ne constituent pas des espèces particulières de Laryngite, mais seulement des complications des diverses espèces décrites précédemment ainsi que des tumeurs.

Tumeurs du Larynx. Myxomes rares - Fibromes plus fréq.
- Tumeurs épithéliales sont les plus communes.
- C'est l'épithéliome pavimenteux lobulé qu'on rencontre le plus souvent sous forme de bourgeons et de végétations ulcérées qui intéressent la muqueuse dans toute son épaisseur, se répandent dans la cavité même du larynx, au niveau des cordes vocales, des ventricules et de la région sous-glottique.
- Formes graves désignées plutôt sous le nom de carcinome et formes bénignes sous celui de papillomes en raison de la disposition particulière des lésions et de la marche de la maladie.

Lésions des fosses nasales.

- Inflammation de la muqueuse ou Coryza.
- Coryza primitif ou secondaire et dans ce dernier cas sous l'influence des fièvres éruptives surtout de la rougeole, dans l'erysipèle, la diphthérie, la morve.
- Coryza chronique avec ulcérations, abcès, ostéite et nécrose (Scrofule et Syphilis).
- Hémorrhagies primitives ou secondaires.
- Tumeurs des fosses nasales.
- Polypes muqueux.
- Polypes fibreux
- Epithéliomes à cellules pavimenteuses ou à cellules cylindriques.
- Polypes papillaires.

31e Leçon
31 mai 1888

Lésions de la Plèvre

Pleurésie

- Pleurésie fibrineuse ou séro-fibrineuse
- Pl. purulente
- Pl. tuberculeuse
- Pl. cancéreuse

— On ne doit pas admettre des pl. hémorrhagiques et hyperplasiques parce que les phénomènes qui les caractérisent peuvent se rencontrer dans les différentes formes admises précédemment. Mais cela peut constituer des variétés.

— On doit aussi tenir compte de la localisation des épanchements et de la marche de la maladie.

— Enfin les pleurésies peuvent être simples ou doubles.

— Pleurésie fibrineuse ou séro-fibrineuse

— Au plus léger degré exsudat fibrineux donnant seulement un aspect dépoli à la séreuse et pouvant passer inaperçu. Cas de pleurésie sans exsudat et sans exsudat sur les deux feuillets.

— Exsudat sec et exsudat mou — aspect variable de l'exsudat et dispositions variées. Chaque partie fibreuse des productions fibreuses etc.

— Aspect — membranes blanchâtres ou teintées de sang.

— Liquide exsudé séreux avec flocons fibrineux — quantité variable. Entraîné ou non. C'est dans les cas où il y a le moins d'adhérences entre les plèvres (pendant l'évolution de l'épanchement).

— Liquide séreux mélangé de sang.

- Localisation des lésions d'abord aux parties déclives, puis envahissement des parties supérieures.
- Etat des plèvres du poumon gauche à cause de pleurésie.
- Pleurésie enkystée - pl. interlobaire - pl. diaphragmatique. Ces dernières sont ~~[illegible]~~ par une inflam. suraiguë avec peu d'épanch.
- Examen histologique du exsudat de la plèvre.
- Etat du poumon. Propagation de l'inflam. de la plèvre au poum.
- Etat de la paroi thoracique, du diaphragme et diffusion.
- Terminaison par résolution. Résorption plus ou moins complète du liquide épanché dans exsudat.
- Expansion pulm. et retrait de la paroi thoracique.
- Tout peu que l'épanchement ait été abondant, traces persistantes, plaques fibreuses, adhérences aux dispositions diverses...
- Caractère histologique de ces adhérences.
- Pleurésie hyperplastique d'emblée ?
- Plaques fibreuses et calcaires dites cartilagineuses et osseuses.
- Parois aussi maintenant épaisses, jaunâtres, brunâtres, enkystées dans les parties déclives de la plèvre épaissie.
- Retrait de la paroi thoracique et état du diaphragme.
- Pleurésie aiguë ou chronique.
- Mieux vaudrait admettre des pleurésies à résolution rapide, ordinaire, lente, incomplète, avec épanchement permanent, en ne tenant compte que de la persistance des épanchements liquides et pseudo-membraneux. Car lorsqu'il n'y a que des adhérences par des tractus organisés, la pleurésie peut être considérée comme guérie avec retour plus ou moins complet du poumon et de la paroi thoracique à l'état normal.
- Pleurésie simple et double.

— Pleurésie purulente — Primitive ou consécutive.

— Liquide purulent plus ou moins abondant avec exsudats fibrineux infiltrés depuis, respectés ou lésés.

— Ex. microscopique du liquide, des exsudats, des mouvements des plèvres.

— Résolution spontanée après une seule évacuation du liquide tiédi.

— Si l'on n'intervient pas, formation d'abcès empyème et écoulement du pus au dehors ou écoulement par les bronches après ulcération du poumon.

— Sur thoracentèse avec lavages répétés on empyème on a une surface suppurante analogue à une plèvre dont la surface constituée par du tissu embryonnaire est susceptible de cicatrisation.

— Pleurésie ordinaire unilatérale, à ou peut obtenir mêmes tissus que pl. pleurésie de l'intérieur (exemples).

— Aspect de la plèvre suppurante — Aspect après guérison.

— Pleurésie tuberculeuse — Tubercules des plèvres avec toutes les formes de pleurésies, fibrineuse ou purulente.

— Surtout avec la pleurésie fibrineuse et aussi souvent hémorragique.

— Aspect macroscopique.

— Pleurésie récente ou ancienne, localisée ou généralisée, avec peu ou beaucoup d'exsudats fibrineux, avec peu ou beaucoup de liquide, à évolution rapide ou lente, etc.

— pleurésie unilatérale ou double — ord. unilatérale — l'autre côté parfois lésé atténué.

— Ex. microscopiques.

— Disposition des tubercules dans le séreux et dans les exsudats en voie d'organisation.

— Tubercules sur les deux feuillets des plèvres dans les points où ils se trouvent en contact (pouvoir absorbant des surfaces séreuses). (pl. viscérale épaissie — feuillet correspondant de plèvre intercostale).

— Etat des poumons et des autres organes.

— Pleurésie simple chez les tuberculeux?

— Toutes les pleurésies de cause indéterminée doivent plutôt être considérées comme des pleurésies tuberculeuses.

- Pleurésie cancéreuse - avec ou sans lésions de même nature du poumon.
- généralisation des différentes espèces de cancer, surtout du sarcome et du carcinome plus rare.
- aspect macroscopique des lésions sur la plèvre viscérale, pariétale, ainsi que sur les plèvres interlobaires dans les parties correspondantes.
- Epanchement plus ou moins abondant ord. hémorrhagique
- simple ou double - ord. double -
- Ex. histologique des exsudats de la plèvre.
- Lésions ord. ultimes - Pas de guérison.
- Pleurésie chez les cancéreux et même avec cancer secondaire du poumon, sans cancer appréciable des plèvres.
- En sera-t-il de cette pleurésie comme de celle du tuberculeux?

Hydrothorax

- Epanchement séreux dans les plèvres sans exsudat fibrineux appréciable. Les feuillets pleuraux sont légèrement épaissis et avec une teinte opaline.
- Epanchement dans les deux plèvres toujours à des degrés différents comme dans les épanchements pleurétiques doubles.
- Le liquide ne se coagule pas spontanément, mais surtout beaucoup d'albumine.
- Dans les intermédiaires existent entre la pleurésie fibreuse et l'hydrothorax.
- Parfois détermination de la lésion impossible pendant la vie et même après la mort.

Etiologie et pathogénie

- Pleurésies primitives et secondaires.

Pleurésies primitives. Traumatisme - Action du froid seul? Rôle des agents infectieux, mais grand prédisposition à l'apparition de la pleurésie.

Pleurésies secondaires par propagation locale ou par action à distance.

Pathogénie

Pneumothorax et hydrothorax pyo-pneumothorax.

Conditions pathogéniques - Description des lésions

38e Leçon
2 juin 1888

Lésions de la glande thyroïde.

Goitre

- La plus fréquente de toutes les lésions.
Goitre congénital et goitre acquis dans le cours de la vie.
- conditions étiologiques encore inconnues.
- aspect macroscopique à l'extérieur et sur les coupes.
- goitre glandulaire, folliculaire ou parenchymateux
- goitre gélatineux ou colloïde ~~[illegible]~~
- goitre vasculaire.
- goitre fibreux.
- Ces ~~variétés~~ de goitre correspondent ~~à peu près~~ à celles que l'on peut admettre ensuite de l'ex. microscopique.
- On admet généralement que le goitre est constitué par une hypertrophie des follicules de la glande et aussi par une néoplasie glandulaire avec vascularisation plus ou moins grande.

Les divers ~~variétés~~ de goitre paraissent dues seulement à la prédominance d'un développement particulier qui peut les follicules, le stroma et les vaisseaux.
- Description des principales ~~variétés~~ de goitre.
- Fréquence plus grande du goitre gélatineux, colloïde ou kystique.
- Il n'y a guère de goitres absolument glanduleux ou vasculaire ou fibreux.
- Le goitre fibreux est souvent la conséquence de l'évolution ultime d'un adénome. Il peut être en même temps calcaire.
- En raison de la constitution du goitre par une nouvelle formation glanduleuse, on a considéré cette tumeur comme un adénome. ~~C'est~~ Ainsi que Wolfler décrit 4 variétés d'adénome de la thyroïde : A. fœtal, A. gélatineux ou 2 sous variétés l'adénome intraéminent de la cystadénome, A. Myxomatueux, A. à épithélium cylindrique.
- Myxoadénome qui s'altère en goitre
— Epithelioma — Sarcome, fibrome — Cancer de la thyroïde (Développé aux dépens des vaisseaux et glandulaires)
- L'épithelioma est décrit sous le nom d'adénome malin et de carcinome, suivant les caractères des lésions - aspects macroscopiques et microscopiques
— Les autres lésions sont telles et rares que nous n'en faisons pas mention.

3/4 Leçon
juin 1888

Lésions du tube digestif

Lésions de la bouche

- Stomatite - Inflammation erythémateuse
Stomatite catarrhale - S. aphteuse -
S. toxique - S. diphthéritique
S. Ulcéreuse -
- Noma ou gangrène de la bouche -
- Inflammation phlegmoneuse de la muqueuse et du tissu sous-muqueux.
- Inflammations spécifiques :
- Tuberculeuses - Lupus - Syphilis -
- Parasites appartenant aux genres bacilles, vibrio et micrococcus et infusoires ciliés -
- G. bacilles : Leptothrix buccalis, bacilles tremulus et b. subtilis. Spirochaete dentícola.
- G. Vibrio : bacterium termo (agent ~~essentiel de la septicémie~~ d'après Bastian)
- G. Micrococcus (mycoderma)
- Infusoires ciliés très communs. Leptomonas et l'oïdium albicans qui caractérise le muguet.
- Hypertrophie et atrophie -
- Kystes - Grenouillette attribuée d'abord à la distension des conduits de Warton, de Rivinus, de Nuck, etc. est due à l'obstruction d'un conduit de Pflüger et Heubner et Stenk. - Chez Nouveau-Nés - Calcul salivaires -

- Tumeurs de la bouche -

- angiomes et lymphangiomes -
- Epithéliome, sur les lèvres, la langue et les gencives.

Altérations des dents -

- Carie. Désintégration graduelle et progressive de l'émail et de la dentine.
- Tumeurs : l'odontome, l'exostose ou ostéome dentaire, fibromes, myxomes, sarcomes (Epulis).
- Kystes du maxillaire produits par la dilatation morbide des follicules dentaires.

Lésions de l'arrière-gorge

. Comprenant les lésions du voile du palais, des amygdales et du pharynx.

- Angine ou pharyngite -
détermine des lésions de la bouche à l'arrière gorge ou bien simultanées
Catarrhale ou [illegible] (pharyngite granuleuse), Couenneuse, pultacée, diphtéritique, érysipélateuse - phlegmoneuse.
- Inflammations spécifiques de l'arrière gorge
Tuberculeuse. Syphilis - Scrofule [illegible]
- Lésions des amygdales -
- amygdalite aiguë, a. chronique -
- amygdalite aiguë :
- a. catarrhale aphteuse - a. parenchymateuse -
- a. phlegmoneuse - a. dans les angines communes, pultacée et diphtéritique.

L'amygdalite chronique. a. parenchymateuse plutôt désignée sous le nom d'hypertrophie des amygdales.
- transformation fibreuse des amygdales.
- tuberculose, Syphilis, -
- Calculs des amygdales -

Lésions des glandes salivaires.

intra-pariétales et extra-pariétales -

Il reste à examiner les lésions des deux : parotides, glandes s.-maxillaires et sublinguales.

- Inflammations des glandes salivaires

Oreillons (parotidite catarrhale ou épidémique) produite par un agent infectieux (coqueluche).

Parotidite phlegmoneuse - Hypophlegmasie.

Kystes salivaires - Fistules salivaires -

Calculs salivaires -

— Tumeurs - Sarcome, fibrome, Lipome, Myxome, Chondrome, adénome, épithéliome, carcinome.

39e Leçon
juin 1888

Lésions de l'Œsophage

- Œsophagite - Œ. catarrhale ?

- Œ. toxique par l'action des acides, des alcalis.
accidents consécutifs
- Mutilation sous l'influence de toute sténose
- Œ. traumatique sous l'influence des boissons chaudes, de la pénétration des corps étrangers.
- Inflammation phlegmoneuse.
- Œ. chronique -
- Muguet -
- Hyperémie - Dilatation des veines - Hémorrhagies - (cirrhose du foie - Ulcération des V. au niveau des tumeurs, anévrysme aorte sur l'œsophage)
- Tuberculose de l'œsophage.
- Syphilis de l'œsophage -

Tumeurs

- Sarcomes, fibromes, myxomes, lipomes sont très rares et forment des tumeurs globuleuses ressemblant à des polypes. -
- Fibrome papillaire ressemblant à des verrues -
- Epithéliome. C'est la néoplasme le plus fréquent. Débute par des bourgeons ou nodosités ou plaques qui soulèvent la muqueuse en rétrécissant le calibre de l'œsophage, ou tout simplement par un épaississement avec rétrécissement. Puis ulcération avec lésions plus étendues.
Siège sur un point quelconque, mais surtout au niveau du tiers inf. - Dans d'autres cas, deux extrémités, plus C. de R. à la partie moyenne.
Les lésions isolées deviennent limitées annulaires sur une hauteur de 2 à 10 cent.

- un seul point ou plusieurs points sont affectés à des degrés divers.
- Surface de la muqueuse blanche ; surface de section blanche et lisse, sans suc.
- Rétréc. par les saillies de la tumeur et par l'épaississement des parties profondes, de sorte que la destruction des parties saillantes par ulcération ne suffit pas pour laisser passer les aliments, comme la plupart des auteurs l'indiquent.
- œsophage dilaté ou non au dessus de la lésion.
- Extension de la tumeur en profondeur, à la couche musculeuse, aux glandes, tissus et aux tissus adjacents et aux organes voisins.
- Extension surtout aux ganglions œsophagiens et bronchiques, parfois aux ganglions cervicaux (fait sur lequel Béhier a particulièrement insisté).
- une perforation peut résulter de l'ulcération cancéreuse.
- Le plus souvent Epithéliom lobulé (d'emblée) M.M. C et R. ont vu plusieurs cas d'Epithéliom parvimentateux tubulé.
- Même altération sur les ganglions sus-vertébraux qui peuvent devenir très volumineux, se ramollir et s'ouvrir dans la trachée.
- Possibilité de la compression et de l'altération du nerf récurrent de manière à produire l'aphonie pendant la vie.

Fréquence de la tuberculose pulm. et de la ganglion. depuis sur le cancer de l'œsophage.

- Carcinomes secondaires de l'œsophage. rare.

Ulcérations de l'œsophage - Rupture.

- Rétrécissement de l'œsophage — Cancer intrinsèque et extrinsèque.
- Rétréc. et spasmodique chez les hystériques, dans le cas d'ulcère de l'estomac.
- Dilatation de l'œsophage - Diverticules — Rupture et perforation.

Refoulé par tumeur
Spasme par irrit. de l'œsophage

36e Leçon
2 juin 1888

Lésions de l'Estomac

- Altérations de l'estomac provenant de l'ingestion de substances nocives avec ou sans aliments
- altérations ayant pour point de départ la circulation.
- altérations par sécrétions insuffisantes ou vicieuses.
- conditions qui favorisent la production des parasites microscopiques.
- altérations cadavériques -
- Modifications dans la disposition de l'estomac dilaté.
- Gastrite catarrhale aiguë que l'on a grande occasion de constater et qui peut exceptionnellement donner lieu à des ulcérations ?
- inflammation pseudomembraneuse et diphthéritique -
- Gastrite chronique - Surtout chez les alcooliques et les phtisiques, consécutive à l'inflammation aiguë ou chronique d'emblée, d'après les auteurs. En somme même processus que pour toutes les inflammations avec production de sclérose et altérations secondaires.
- Gastrite phlegmoneuse. Inflamm. avec suppuration du tissu conjonctif sous-muqueux généralisée ou circonscrite.

Autrefois affection rare produite par intoxications dans la septicopyohémie, dans la pourriture pulmonaire, etc.; aujourd'hui plus fréquente à la suite d'abcès de l'estomac avec la soude.
- Lésions de l'estomac par des substances corrosives et irritantes.

Ulcère simple de l'estomac.

- Siège : estomac ou duodénum, très rare dans l'œsophage.
- Aspect : perte de substance à régularité circulaire à bords nettement coupés à pic, sans bourgeons ; on trouve les bords, fond pâle, fibreux grisâtre.
- Dimensions : d'une pièce de 50 cent. à une pièce de 5 f. en argent ; rare VVV plus grande. Cruveilhier en a observé ici de 165 mill.
- Disposition des ulcères en entonnoir, tube ou gradin, sauf dans les cas où toutes les tuniques sont atteintes.
- Le fond peut être constitué par la surface d'un organe voisin uvé ou non.
- On peut trouver au fond de l'ulcère une ou plusieurs artères volumineuses coupées par le travail ulcératif et dont la lumière est fermée par un bouchon fibreux ou fibrineux.
- L'ulcération peut amener la perforation de l'estomac et un cancer.
- Ulcère unique ou multiple.
- Ex. microscopique. Etat granuleux des éléments sur les bords de l'ulcération et sclérose très prononcée s'étendant à toute l'épaisseur de la paroi.
- Inflammation des follicules lymphatiques.
- Sclérose superficielle des organes au voisinage de l'ulcère.
- Causes : toute altération locale de la muqueuse l'exposant à l'action permanente du suc gastrique (ralentissement de la circulation, ischémie, thrombose, embolie (Virchow), plaie mécanique, action des substances caustiques).
- Guérison avec cicatrices et rétraction de l'estomac, perforation du pylore.
- Les gdes cicatrices peuvent devenir le siège d'un ulcère.
- Hémorrhagies répétées à intervalles variables, peuvent déterminer la mort.
- Tuberculeux - Rapports entre les ulcères simples et la tuberculose.
- Syphilis - ulcères avec épaississements hypertrophiques des parois de l'estomac et coïncidant avec des gommes du foie - Cette coïncidence d'ulcère simple ou bien à nature syphilitique et C. de R. décrivent des gommes fibreux ou tissu conjonctif.

37e Leçon
4 juin 1888

Tumeurs de l'Estomac

- Lymphadénomes, Lymphosarcomes observés dans les cas de tumeurs généralisées.
- Sarcomes, fibromes, lipomes, tout à fait rares.
- Myomes observés sous la forme de petites tumeurs.

Carcinome.

- Siège par ordre de fréquence : pylore, petite courbure au voisinage du pylore et moitié cardia.
- L'extension de la tumeur se fait surtout sur la face postérieure, plus rarement sur la face antérieure.
- La plus grande partie de l'estomac peut être envahie d'une manière diffuse (cancer en nappe). La jéunine peut dans ce cas être envahie.
- Aspect de la tumeur avec saillies prononcées, irrégulières, mamelonnées, nodulaires, d'aspect fongueux, formant une masse principale avec nodules sur les bords ou bien épaississement uniforme de la paroi avec petites bosselures à la surface de la muqueuse.
- Coloration blanchâtre, jaunâtre, grisâtre, rougeâtre, elle suivant la variété et les circonstances particulières.
- Consistance variable, plutôt molle à la surface interne avec base indurée par hyperplasie des couches profondes envahies ou non par le néoplasme.
- Siège de la lésion dans la muqueuse avec extension rapide dans le tissu s. muqueux où se développent les principales productions.
- Mais la lésion envahit ensuite la tunique musculeuse et la séreuse.
- Surface de section blanchâtre avec consistance variable en les différents points et suivant la variété du carcinome.
- Suc lactescent par le raclage.
- Examen microscopique.
- Pièces avec muqueuse conservée plus ou moins altérée.
- Pièces avec transformation complète de la muqueuse.
- Hyperplasie et hypertrophie des parois stomacales.
- Rétrécissement sans jeunes et par la plaque.

- Ulcération de la tumeur dont les bords s'élèvent à pic très irrégulièrement et parfois avec un décollement de la muqueuse qui paraît saine.
- Fond formé par le tissu s. muqueux atteint d'hyperplasie fibreuse avec infiltration cancéreuse, parfois fongueux saignant avec des détritus, domaine avec destruction plus profonde mettant à nu la couche musculaire et pouvant même produire une perforation.
- Ulcération pouvant s'étendre sur la plus ou moins partie de la tumeur et pouvant aussi entourer le pylore.
- Opinion fausse de Brousson sur le rôle de l'ulcération pour faciliter le passage des aliments.
— Ex. microscopique des pièces avec ulcérations.
- Désintégration possible du tissu néoplasique au point que la surface de l'ulcère paraisse unie et lisse.
- Ord. on trouve encore dans la paroi des nids de cellules cancéreuses. Celles-ci peuvent exceptionnellement défaut au dire de Ziegler, l'induration n'étant due qu'à l'hyperplasie fibreuse qu'on peut prendre pour une induration fibroïde simple.
- Etat de la face externe de l'estomac : Rien de particulier à la couche musculaire et péritoine mesentères, vaisseaux, dilatés, tortueux. Quelquefois aspect blanchâtre, indiqué.
- Ganglions et tumeurs sont envahis, nodules sur le trajet des lymphatiques, plaques avec adhérences aux organes voisins.
- Les adhérences sont souvent le siège de lésions de nature autre que la tumeur. Elles peuvent limiter des ulcérations profondes.
- Celles-ci peuvent atteindre les organes voisins qui paraissent le plus souvent le côlon transverse.
- Ulcération possible de la surface des organes avec envahissement direct par la tumeur.
- Enfin transmudation d'une partie des liquides de l'estomac dans la cavité péritonéale.
- Perforation.
- Envahissement des ganglions voisins et éloignés, ainsi que des [illegible]
- Généralisation sur le diaphragme, le péritoine (carcinose [illegible]) [illegible]
- Tumeurs secondaires [illegible]

38e Leçon
16 juin 1888

Variétés du Carcinome de l'Estomac.

- Cancer encéphaloïde ou Medullaire
- C. squirrhe ou squirre
- C. Colloïde ou Mucqueux.

1° Cancer Encéphaloïde ou Medullaire.

- C'est la variété la plus commune, celle à laquelle se rapporte la description faite précédemment.
- Son caractère plus particulier est de former des tumeurs assez vol. bourgeonnantes, molles, ulcérées et d'être en général constituées par des cellules plus ou moins vol. dans des alvéoles assez larges avec stroma peu compact.
- Tendance à la généralisation surtout dans le foie où les lésions secondaires peuvent être encore plus vol. et plus nombreuses.
- Hémorrhagies interstitielles fréquentes lorsque le stroma est peu résistant.
- Le C. encéphaloïde ou medullaire est dit aussi télangiectasique ou hématode lorsque les bourgeons de la tumeur sont très vascularisés et que les V. sont dilatées.
- Dans ces cas les Veines sont souvent atteintes de thrombose carcinomateuse pouvant se continuer jusque dans le foie.

2° Squirrhe. Épaississement diffus avec induration de la paroi stomacale surtout au niveau du pylore ± rétrécissement avec ou sans saillie notable à la surface interne.
- Travées alvéolaires épaisses, alvéoles de petites dimensions et peu nombreux. - Cellules moins vol. que dans la variété précédente, diminuées ou réduites seulement en petit nombre.
- après digestion. Des cellules, tissu conjonctif ± homogène avec peu de cellules, surtout de cellules cancéreuses
- Ulcération ulcérée ou non - Parfois difficulté de dire s'il y a ulcération
- Tendance à la généralisation

- Pas de limites tranchées entre les deux variétés de carcinome
- Opinion de Ziegler.

- 5° Carcinome colloïde ou gelatiniforme ou muqueux.

- Sous forme de nodules plus ou moins vol. ou d'infiltration diffuse parfois très étendue de parois de l'estomac.
- à un léger degré points paraissant superficiels qui ont l'aspect d'une gelée transparente.
- à un degré plus avancé, toute la néoformation peut être transformée en une substance colloïde.
- Extension possible de la lésion à toute la épaisseur avec kystes cavitaires.
- Les alvéoles du C. colloïde ont en général les mêmes caractères que ceux du C. medullaire, mais les alvéoles contiennent un liquide muqueux, les cellules ont ± subi la même altération et il peut exister de même du tissu conjonctif.
- V. sont très dilatés et parfois éponchés de sang.
- Qqf. généralisation aux ganglions, au foie, aux poumons. Exception généralisation assez rare en dehors de celle de la peritoine.

- Epithéliome à cellules cylindriques ou adénome destructif - adéno-carcinome.

- Aspect macroscopique analogue à celui du cancer medullaire.
- Ex. microscopique qui le distingue par sa structure analogue à celle des tubes glandulaires tapissés par des cellules cylindriques...
- On trouve aussi de larges nids de cellules tapissés d'un épith. cylindrique, mais contenant dans leur intérieur des cellules polygonales.
- Envahissement des parties profondes et possibilité d'une généralisation.
- Ces tumeurs peuvent aussi subir la transformation colloïde.
- à côté de l'adénome destructif on peut placer un adénome bénin, superficiel d'aspect polypeux, n'envahissant pas les parties profondes.
- Cancer secondaire de l'estomac très rare et surtout dans les cas de généralisation cancéreuse étendue.

39e Leçon
9 juin 1888

Lésions de l'intestin.

- Des poisons, des parasites, des matières minérales quelconques peuvent pénétrer dans l'organisme avec les aliments.
- Troubles de la circulation déterminant inflammation, œdème, hémorrhagie, altération de l'épithélium, dégénérescence amyloïde, maladies infectieuses en raison des tissus lymphoïdes. Déplacement de l'intestin, etc.

- Lésions cadavériques -

- Inflammation Catarrhale de l'intestin -

Catarrhe intestinal ou entérite -

- Formes aiguës & chroniques parfois avec ulcération.
- Particularités en rapport avec leur siège d'où les divisions suivantes :

- Duodénite -
- Iléite -
- Typhlite et Sérityphlite -
- Colite -
- Proctite et Sériproctite -

- Lésions produites par l'intoxication urémique -

- Inflammations spécifiques de l'intestin -

Dysentérie

Inflammation ulcéreuse du gros intestin très vraisemblable de nature microbienne -
D. aiguë & D. chronique

Dysenterie aiguë. MM. C. et R. décrivent une forme bénigne et une forme grave qui ne différaient que par leur intensité et leur étendue, bien qu'ils rapportent la f. grave à la dysenterie des pays chauds ou à la d. épidémique.
- Lésions que ces auteurs attribuent à la f. bénigne :
- aspect macroscopique -
- Examen microscopique -
- mortification limitée de la muqueuse lorsque l'inflammation est intense.
- Un autre MM. C. et R. décrivent la d. aiguë grave avec les lésions histologiques indiquées par Relsch sur lesquels nous allons bientôt revenir.
- Depuis Virchow les Allemands considèrent la dysenterie comme une inflam. diphthéritique caractérisée par l'infiltration d'un exsudat fibrineux solide entre les éléments de la couche muqueuse superficielle qui congestionne les V. et produit des phénomènes de mortification.

Description de Ziegler concernant les cas récents : muqueuse fortement congestionnée, généralement infiltrée de petites extravasations sanguines ; surface épithéliale recouverte d'un mucus glaireux strié de sang ; puis mucus plus visqueux plus limité de sang, entremêlé de bacilleux et de pellicules de fibrine bacillaire indiquant la nécrose superficielle qui entraîne pas à se manifester sous forme de décollement de parties de substance

- Sous le même auteur il y aurait lieu d'admettre une forme catarrhale et une forme diphthérique avec passage immédiat d'une forme à l'autre.
- Sièges de substance superficielle ou profondes jusqu'à détruire toute la couche glandulaire.
- Le tissu nécrosé est réduit à une masse granuleuse trouble dans laquelle la structure des éléments et les noyaux des cellules cessent bientôt d'être reconnaissables.
- Leucocytes sous-jacents infiltrés fortement de cellules dans tous les cas.
L'infiltration peut s'étendre à toute l'épaisseur de la muqueuse et peut envahir à la longue les couches musculaires.
- Les follicules prennent part au processus et sont souvent ulcérés.
(La description des lésions diphtérique semble semblable à celle de Mikulicz et R.)
- Les lésions décrites par les auteurs comme se rapportant au début de l'affection sont plutôt indiquées par induction.
- Observation personnelle de lésions sur un homme qui a succombé au 4e ou 5e jour de la maladie.
- Ex. de l'intestin à l'œil nu -
- Ex. des préparations microscopiques
Congestion, infiltration de globules sanguins dans la couche glandulaire et à son voisinage direct dans le tissu s. muqueux, destruction moléculaire de la couche glandulaire en divers points, cellules lymphatiques et [illegible] abondant plus.
~~Description des~~ lésions macroscopiques d'une dysentérie durant de 15 à 20 jours.
- Examen des préparations
- Lésions de l'intestin après : indépendamment des lésions semblables à celles signalées intestin qu'on peut observer dans les cas internes, lésions catarrhales et atrophiques du tissu (Rehlich).
- Examen de selles aux différentes périodes de la maladie
- Lésions concomitantes de la Vessie, du Foie, des ganglions lymphatiques, etc.

O^e Leçon
juin 1888

Dysentérie chronique. Comparée à la d. aiguë ou chronique d'emblée, pouvant durer des mois, des années.
- description des lésions d'après C. et R.
- Nature ~~et~~ [illegible] de la Dysentérie

Choléra

Lésions particulières et marquées au niveau de la fin de l'iléon et consistant surtout dans des phénomènes de congestion et d'inflammation avec prédominance bien marquée, ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ intérêts des phénomènes nécrotiques.
- Lésions initiales du sang qui offre des caractères particuliers.
- Présence constante du bacille-virgule de Koch (1884) dans l'intestin, soit dans le liquide diarrhéique, soit dans l'épaisseur de la muqueuse.
- Aucune observation n'a rencontré le bacille dans le sang ou dans les viscères.
- Divers expérimentateurs ont déterminé la mort des animaux (cobayes et lapins) par l'injection dans le duodénum d'une culture pure de bacilles-virgule, alors que l'injection de substances septiques brutes ne produit pas le même effet.
- Ulcérations de l'intestin dans l'Urémie.

1re Leçon
3 juin 1888

Lésions de l'intestin dans la fièvre typhoïde.

- avec constantes pour être regardées depuis le travail de Louis comme la caractéristique de cette fièvre.
- Remarques à ce sujet -
- Elles consistent essentiellement dans une inflammation nécrosique des follicules et des parties qui les environnent, accompagnée d'une inflam. catarrhale de toute la muqueuse.
- Siège dans l'iléon et parfois aussi dans le gros intestin.
- Sous Mr C. et R. 4 périodes : 1° état catarrhal de la muqueuse ; 2° gonflement et ulcération des plaques de Peyer ; 3° eschares d'élimination ; 4° cicatrisation.
- Remarques relatives à la 1re période admise par ces auteurs.
- Sous Hanemann, 2 périodes : 1° développement du processus typhique ; 2° retour du processus et phénomènes de réparation.
- L'évolution des lésions ne saurait être considérée comme aussi régulière que Bretonneau et Trousseau l'admettent (dothiénentérie) ...
- Ex. macroscopique des lésions vers la fin du premier septenaire. Ulcérations des follicules isolés et agrégés ...
- Ex. microscopique. On voit que les lésions consistent essentiellement en une infiltration du tissu adénoïde, du tissu conjonctif de la muqueuse et même des parties sous-jacentes par des cellules lymphatiques -

- C'est du 9e au 12e jour en moyenne qu'on commence à observer l'ulcération des plaques et des follicules isolés, notamment près de la valvule iléo-cæcale, à la suite de la mortification d'une partie ou de la totalité d'un follicule ou d'une plaque.
- Ex. microscopiques.
- Dans les follicules, toutes les plaques ne sont pas affectées au même degré; à côté d'escharres en voie d'élimination, ulcérations qui commencent à se produire, tandis qu'autres ne présentent plus d'escharres et sont en voie de réparation (dans le cours du 3e septenaire).
- Ex. des préparations microscopiques.
- Lésions profondes pouvant donner lieu à de la péritonite localisée et aussi à des perforations.
- Rougeur réticulée des bords.
- Production des hémorrhagies lors de l'élimination des escharres.
- Hémorrhagies au début de la fièvre.
- Matières diarrhéiques.
- Phénomènes de réparation vers la fin du 3e septenaire: aplatissement et rétrécissement de l'ulcération. Cicatrice déprimée depuis ex. microscopique.
- Certaines ulcérations mettent un temps très long à se cicatriser.
- Tout malade qui succombe à une f. typhoïde même au bout de plusieurs présente toujours qqs ulcérations non cicatrisées à côté d'autres point cicatrisés.
- Les altérations primitives des follicules et des plaques peuvent se terminer par résolution.
- Répartition des lésions dans les différentes portions de l'intestin grêle et du gros intestin.
- Altération concomitante des ganglions mésentériques.
- Nature de la maladie. Bouillaud d'Eberth.

Lésions tuberculeuses de l'intestin.

- Fréquentes chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire, chez les 9/6 d'après Louis.
- Elles se présentent avec sous la forme d'ulcérations qui peuvent siéger sur tout l'intestin, mais qu'on trouve surtout au niveau de la partie inf. de l'iléon.
- Ce sont les plaques de Peyer et les follicules isolés qui sont particulièrement atteints.
- Description macroscopique -
- Examen microscopique
- Lésions profondes et accidents consécutifs possibles
- Marche et terminaison.
- Lésions des ganglions mésentériques. Caseux.
- Les lésions tuberculeuses du gros intestin donnent lieu à de la péricolite, à la formation d'abcès caséeux, puis de fistules.
- Bacilles de la tuberculose au niveau des lésions de l'intestin.
- Production de ces lésions au contact des crachats pouvant donner le tube digestif ou de la même manière que les autres lésions tuberculeuses.

Lésions syphilitiques de l'Intestin.

— Indépendamment des plaques muqueuses et muqueuses de l'anus, rétrécissement syphilitique du rectum que l'on observe surtout chez la femme concomitant à des lésions s. de l'anus et de la vulve.

- C'est une ulcération de la partie inf. du rectum remontant jusqu'à 8 ou 10 cent. au dessus de l'anus.

- gomme de l'intestin, assez rare.

- Hémorrhoïdes - Dilatation vasqueuse des veines de l'extrémité inf. du rectum et de l'anus avec ou sans flux sanguin.

- H. internes et externes.

Tumeurs de l'Intestin.

— Adénomes - sous la forme de polypes muqueux dans l'intestin grêle et surtout dans le rectum, particulièrement chez les enfants.

- Petites tumeurs molles, rouges ayant l'aspect du tissu glandulaire et constituées par une hyperplasie glandulaire simple.

- Ex. microscopique.

— Fibromes. Les véritables fibromes sont rares. Il n'en est pas de même des papillomes.

— Myomes. M. polypiformes du tube digestif d'abord interstitiels, puis internes ou externes.

- Ex. microscopique d'une préparation.

— Lipomes - Le plus souvent d'après C. et R. appendices épiploïques du gros intestin du côlon, les valvules.

Lymphosarcome.

— Lymphadénome — Sur tout le tube digestif, mais surtout au niveau de la portion inf. de l'intestin grêle, là où le tissu adénoïde est plus abondant.

— aspect macroscopique —

— Ex. microscopique —

— Lésion limitée au tissu adénoïde contenu — à l'opinion de Mm. C. & R.

— Cancer de l'Intestin — comprenant l'Epithéliom à cellules cylindriques désigné aussi sous le nom d'adénome destructif ou d'adéno-carcinome & le Carcinome.

— Deux affections bien distinctes pour Mm. C. & R. & qui ne diffèrent pour les auteurs allemands que par la nature des cellules contenues dans le stroma fibreux.

— Sous les uns comme pour les autres l'aspect macroscopique ne permet pas de les distinguer & nous verrons qu'au point de vue histologique il existe une transition graduelle entre ces deux.

— Les régions le plus communément atteintes sont: le rectum, l'S iliaque, les courbures splénique & hépatique du colon ainsi que le caecum.

— Cancer de l'intestin grêle très rare. Toutefois on le rencontre plutôt dans le duodenum au voisinage de l'ouverture du canal cholédoque.

- Le cancer du rectum se développe ord. soit au niveau du sphincter, soit à 8 ou 10 cent. au dessus, s'étendant jusqu'aux parties situées autour de l'anus ou envahissant les viscères des cavités pelvienne et abdominale.

- Aspect macroscopique.

- Ex. microscopique. - Epithélioma à cellules cylindriques avec stroma fibro-musculaire épais. - type glandulaire dans les portions récentes et formation de nids de cellules plus ou moins larges dans les parties anciennes, avec cellules cylindriques à la périphérie.

- Lésions de transition entre l'épithélioma à cellules épaisses et le carcinome.

- Le carcinome proprement dit des auteurs français qui au point de vue macroscopique correspond à une forme squirrheuse, se rencontre plus souvent dans l'intestin.

- C'est plutôt sous la forme de cancer colloïde qu'on a l'occasion de l'observer le plus souvent dans le rectum.

- Aspect de ces lésions

- Ex. microscopique

- Le carcinome mélanique de l'intestin n'est observé que dans les métastases.

Lésions des couches profondes de la paroi intestinale et notamment de la séreuse.

- Généralisation surtout dans les ganglions, dans le péritoine, dans le foie.

- Cancroïde de l'anus avec les mêmes caractères que les tumeurs du rectum.

43e Leçon
8 juin 1888

Lésions du foie

- Altérations cordaviniques.
+ - Anémie du foie -
- Congestion du foie. active ou passive.
- Congestion active ou hyperémie congestive
- Congestion ou hyperémie passive.
- aspect du foie congestionné (foie noix-muscade).
- Ex. microscopique -
- à un degré très avancé, atrophie rouge de Virchow.
- En même temps congestion de la rate, de l'estomac, de tout l'intestin avec des dilatations vasiques, des ectasies veineuses etc
+ Atrophie et Hypertrophie du foie -
- Dégénérescence granulaire du foie.
- Dégénérescence graisseuse du foie -
- Caractérisée par une infiltration des cellules hépatiques par des granulations graisseuses ou des gouttelettes huileuses.
- On ne saurait distinguer la surcharge de la transformation graisseuse des cellules.
- à l'état de santé le foie contient toujours un peu de graisse.
- Surcharge graisseuse des cellules hépatiques dans l'allaitement et à la fin de la parturition (accumulation de la graisse dans les cellules du centre de l'îlot hépatique.

Dans les surcharges graisseuses de la digestion et dans tous les états pathologiques où la dégénérescence graisseuse est partielle, on trouve les graisses dans les cellules de la périphérie des lobules.

- Quelquefois la graisse peut exister partout....
- Dans ce dernier cas analogie des corps du foie gras avec celles de tissu cellulo-adipeux.
- aspect du foie gras...
- modifications survenues dans la sécrétion biliaire.
- maladies dans lesquelles on rencontre le foie gras.
- Il est probable que l'organisme est incapable à brûler les matériaux hydrocarbonés provenant de la digestion ou provenant de la transformation des substances albuminoïdes dans les diverses parties de l'organisme.

— <u>Atrophie jaune aiguë du foie</u>. caractérisée par une dégénérescence du foie dépendant d'une rapide désintégration du protoplasma albuminoïde des cellules hépatiques.

- affection encore mal connue avec processus étiologique qui n'est pas le même dans tous les cas. En tout cas elle paraît être d'origine infectieuse.

— <u>Empoisonnement par le phosphore</u>.
- Depuis l'état trouble des gros cellules hépatiques et la production de gros globules huileux jusqu'à la désintégration graisseuse de toute la substance hépatique.

— <u>Dégénérescence amyloïde du foie</u>.
- anémie...
- congestion...

44e Leçon
30 juin 1888

Inflammation purulente du foie
abcès hépatiques.

- Cette inflam. reconnaît pour cause la pénétration de microorganismes provenant de l'extérieur ou de quelque partie du corps.
- Leur pénétration peut avoir lieu de plusieurs manières : directement par une plaie pénétrante de l'abdomen, par l'extension au foie d'une suppuration d'un organe voisin, par les lymphatiques et le plus souvent par le sang. (Par la V. porte surtout, mais aussi par l'a. hépatique, exceptionnellement par la V. cave et les V. sus-hépatiques). Infection du foie des nouveau-nés par la plaie de la V. ombilicale.
- ainsi se forment les abcès dits métastatiques et les grands abcès.
- Les abcès peuvent encore être produits à la suite d'une phlébite suppurative et aussi d'une inflam. des canaux biliaires.
- 1° abcès métastatiques du foie.
- Ex. macroscopique
- Ex. microscopique
- 2° Grands abcès du foie - formés suivant les auteurs par la réunion de petits abcès ou parfois destruction en masse d'une portion considérable du foie sous l'influence d'un thrombose de la V. porte (Sevran).

- Mais l'infection purulente ne donne pas lieu à de grands abcès et ceux-ci se forment très lentement pour provenir d'une thrombose de la V. porte suivie d'un embolie dans le foie.
- Infection directe et peut-être embolie par suite de la thrombose des V. mésaraïques (Virchow).
- Parois du foyer ± irrégulières, constituées par du tissu hépatique si la production du pus est très rapide, mais le plus souvent par une paroi conjonctive irrégulière.
- Vers époque, jaunâtre granuleux vers débris du tissu hépatique.
- Plus tard parois de la poche formées par du tissu embryonnaire se continuant autour de l'abcès dans le parenchyme pulmonaire en suivant les branches de la V. porte et les cloisons interlobulaires.
- Agrandissement de l'abcès par la fonte suppurative de la membrane pyogénique et du tissu conjonctif enflammé qui l'environne, ainsi que par des caparassons sur le trajet de la V. porte avec ou sans endophlébite.
- Propagation de la lésion à distance par les veines.
- Coloration gris ou gris rosé de la paroi interne des abcès.
- Rarement abcès gangréneux.
- Épaississement progressif de la paroi à l'entourage de l'abcès.
- Pus jaune, brun, noirâtre.
- Siège dans toutes les parties du foie, mais surtout dans le lobe droit et à sa face supérieure.
- Forme sphérique avec tendance à se porter à la surface externe.
- Volume très variable et continuellement croissant, à moins de complications.
- Ouverture des abcès, à l'extérieur spontanément ou avec aide du côté ou du poumon, vers un viscère du ventre abdominal avec péritonite, adhérence, etc. à travers le diaphragme, le plèvre, le poumon, l'estomac, le duodénum, le côlon, les canaux biliaires, vessie, etc. dans le péritoine, l'estomac, le duodénum, le côlon, les canaux biliaires, vessie, etc.

3° Phlébite suppurative. - Suppuration au centre de la veine dont les parois sont enflammées. C'est une endophlébite suppurative.
- Survient toujours consécutive à des lésions du gros intestin (typhlite, dysenterie); plus rarement produite par des lésions de la voie de la veine splénique.
- aspect macroscopique.
- Ex. microscopique

4° Abcès biliaires. Petits abcès disséminés autour pour siège les conduits biliaires interlobulaires ou la veine veinule (veine conjonctif ou parenchyme hépatique) secondairement.
- Ils contiennent ord. des petits calculs sous forme de sable biliaire.
- En même temps calculs plus volumineux ou plus nombreux obstruant les canaux hépatiques et cholédoque.
- Ictère hépatique et ord. ictérique.
- aspect de ces abcès et ex. microscopique
- Surfaces abcès plus ou moins volumineux (opinion de Mémoire)
- On peut encore observer la suppuration à l'état diffus formant les abcès dits miliaires, miliformes, lenticulaires ou avoisinant le volume variant d'un petit pois à une noisette.
- Ils peuvent être très nombreux, disséminés dans tout le foie, surtout vers la surface de l'organe.
- Ils peuvent être groupés, souvent les uns dans les autres de manière à produire des foyers purulents multiloculaires.
- Ils résultent en raison de son mélange avec la bile.
- Sciangiocholite concomitante.
- Ex. microscopique.
- Etat variable du parenchyme hépatique.
- Capsule de Glisson enflammée au niveau des foyers purulents.
- Surfaces péritoniques à ce niveau et adhérences ou ouverture dans le péritoine.
- Rétraction de ces abcès en bas le canal cholédoque (Charcot et Gombault)

4e Leçon
3 juillet 1888

Cirrhose hépatique

Hépatite interstitielle - Sclerose du foie

- Hyperplasie conjonctive avec lésions secondaires des diverses parties constituantes du foie.
- Inflammation ordinaire chronique, parfois subaiguë.
- Elle paraît se développer sous l'influence d'une cause irritante qui atteint l'organe par les vaisseaux surtout, mais aussi par les voies biliaires.
- La nature de tous les agents nuisibles est encore peu connue.
- La plupart des poisons proviennent des substances absorbées dans l'intestin; mais l'alcool paraît jouer lui-même un rôle important.
- Il faut aussi tenir compte des dispositions individuelles.
- Enfin production de cirrhoses généralisées ou partielles sous l'influence des différentes lésions qui peuvent atteindre le foie.

Cirrhose généralisée

- aspect du foie cirrhotique à l'œil nu.
- Foie atrophié, hypertrophié ou de volume normal.
- altérations de la capsule de Glisson.
- aspect des coupes du foie.
- Ex. microscopique: caractères et siège des lésions.
- Cirrhoses dites monolobaire et multilobaire.
- Erreur commune sur cette interprétation des lésions.
- Explication fournie par M. Salomin et admise par MM. C. et R.
- Objections basées sur l'observation des faits.
- Examen des lésions des différentes parties constituantes du foie.

- Lésions du tissu conjonctif de la capsule de Glisson.
- au premier degré infiltration des espaces interlobulaires par des cellules hypertrophiées qui se répandent ensuite dans les lobules.
- infiltration généralisée ou prédominante par place surtout.
- Formation de nouvelles fibres conjonctives sous forme de fibrilles qui s'épaississent de manière à former des faisceaux denses serrés, homogènes ou comme un rapprochement entre les faisceaux d'laquelle on peut distinguer des cellules hépatiques sous divers aspects.
- bravés cellulaires dessinés surtout au voisinage des espaces portes.
- Cellules hépatiques diminuées dans le tissu conjonctif qui au premier abord paraît homogène.
- Le tissu conjonctif prend alors au contraire très dense de forme de bandes très serrées d'une épaisseur variable.
- Les bandes fibreuses se remarquent surtout dans les cas anciens; mais on peut observer des cas anciens avec des cellules embryonnaires et des formes latentes avec faisceaux fibreux.
- L'hyperplasie conjonctive est surtout interlobulaire, mais elle est aussi intralobulaire, atteignant parfois les V. sus-hépatiques à un léger degré lorsque le lobule persiste.
- Epaississement de l'adhérence de la capsule de Glisson.
- Sténose souvent atrésie adhérence - sténose ou rendent.
- Lésions des vaisseaux sanguins.
- Sténoses, inflam. sur le trajet des vaisseaux portes à un moindre degré des V. sus-hépatiques.
- Obliterations vasculaires et dilatations vasculaires.
- circulation supplémentaire - V. portes accessoires de Sappey.
- Exceptionnelle thrombose de la V. porte.
- Dilatation de V. de toute dignité - hypertrophie de la rate.

– Lésions des canalicules biliaires.

– Canalicules plus ou moins nombreux au niveau des bandes conjonctives de la cirrhose.
– Leur aspect et leur disposition variables.
– nature de ces canalicules – canalicules biliaires ou tubes de sang
– hypothèses des auteurs relatives à leur mode de production.
– En tout on observe deux espèces de canaux dans le tissu cirrhotique : d'une part, canalicules de même volume que les canalicules interlobulaires normaux ou d'un volume supérieur probablement par rétention des produits sécrétés ; d'autre part, petits canalicules à une ou deux rangées de cellules ou à cellules irrégulières qui sont très nombreux dans certains cas, surtout dans ceux où il y a une production abondante de tissu conjonctif et dont la nature et le mode de production nous paraissent encore à démontrer.

– Lésions des cellules hépatiques.

Parfois elles restent en partie normales, en petits groupes ou isolées ou disposées en bourgeons ; parfois disposition tout à fait irrégulière.
– Elles sont aplaties, déformées, atrophiées, infiltrées de granulations graisseuses.
– Elles rarement elles sont infiltrées par la bile, par un pigment noir et tout à fait exceptionnellement par la substance amyloïde.

46e Leçon
9 juillet 1888

Variétés de Cirrhoses

- Suivant le volume du foie.
- Suivant les altérations prédominantes.
- Suivant la cause présumée de l'affection et le point de départ des lésions.
- Quelques types se rapportent à ces divisions, mais elles n'ont rien d'absolu.
- Toutefois on peut admettre trois variétés principales qui peuvent se subdiviser.
- 1° Cirrhose orthophrique vulgaire ou C. de Laennec dont la cause d'irritation a pénétré dans le foie probablement par la V. porte et qui a pour point de départ les espaces portes.
- 2° Cirrhose biliaire ord. hypertrophique, parfois avec ictère dont le point de départ réside dans les lésions des canalicules biliaires.
- 3° Cirrhose cardiaque avec peu de modification dans le volume du foie dont les altérations et le point de départ seraient dans les V. sus-hépatiques.
- Cirrhose hypertrophique pigmentaire de M. M. Hanot et Gilbert et Salomon mais les variétés précédentes peuvent être accompagnées de pigmentation pigmentaire.
- Cirrhose hypertrophique des diabétiques.

1° Cirrhose vulgaire - C. de Laennec

- Description macroscopique - f. atrophique.
- Ex. microscopique : Son caractère dominant est de présenter la forme annulaire.
- Altérations des différents éléments constitutifs du tissu hépatique.
- Altérations secondaires des autres organes.
- L'atrophie du foie est-elle précédée d'une période d'hypertrophie ?
- Cependant C. hypertr. avec évolution rapide sous l'influence de l'alcool.
- Production expérimentale de cette cirrhose alcoolique.

2° Cirrhose biliaire - C. hypertrophique.

C. hypertrophique avec ictère de Hanot.

- Caractères macroscopiques et microscopiques sur lesquels M. Charcot a particulièrement insisté.
- Production expérimentale de cette variété de cirrhose par la ligature du canal cholédoque.

3° Cirrhose cardiaque - Caractères macroscopiques.

Ex. microscopique - Opinion des auteurs -

Il résulte de nos observations que les lésions siègent surtout au niveau de la capsule de Glisson et ~~[illegible]~~ une sclérose diffuse et que les lésions prédominent toujours au niveau des espaces portes soit à ce niveau, soit dans les autres parties du foie.

- Cirrhoses graisseuses dans les trois variétés passées précédemment en revue.
- Cirrhose hypertrophique des diabétiques
- Wilks et Stockvis ont décrit une cirrhose du diab. avec augmentation de poids de l'organe et hépatite interstitielle.
- La plupart des diabétiques ne présentent pas de cirrhose et quelques uns sont des alcooliques qui peuvent devenir cirrhotiques.
- Hanot et Chauffard, puis Hanot et Schachmann ont décrit une cirrhose pigmentaire dans le diabète sucré.

Cirrhoses partielles

Hépatite interstitielle localisée dans les points où le foie est le siège d'une pression permanente ou répétée et surtout dans les points où il existe des lésions comme les tubercules, la syphilis, les abcès, les kystes, les tumeurs.

Dans tous ces cas les lésions sont entourées de tissu conjonctif qui envoie des prolongements dans les cloisons interlobulaires.

47e Leçon
7 juillet 1888

Tuberculose du foie

- Deux formes principales : tuberculose miliaire et hépatite tuberculeuse chronique.
- Le plus souvent avec la tuberculose aiguë généralisée - Ils paraissent constants avec la péritonite tuberculeuse - moins souvent avec la tuberculose pulm. chroniq.
- Description des granulations qu'on peut observer à l'œil nu.
- Le plus souvent grande difficulté pour les apercevoir et parfois impossibilité sans le secours du microscope.
- Ex. des préparations microscopiques.
- Petits nodules isolés ou groupés siégeant plutôt au voisinage des espaces portes, mais peuvent se rencontrer partout.
- nodules plus volumineux, jamais très volumineux. Les plus gros, mais tout très manifestement constitués par des amas de petits nodules.
- nodules caséeux très rares. Sur le ramollissement.
- hépatite périnodulaire et hépatite interlobulaire concomitantes.
- Oïdeïdes de Rock dans la tuberc. hépatique. Expérimentale.
- L'hépatite tuberculeuse chronique est caractérisée par une hyperplasie diffuse du tissu fibreux sous forme de bandes conjonctives dans lesquelles se rencontrent des nodules tuberculeux.

Syphilis du foie

— Hépatite & de Gommes —

Hépatite interstitielle syphilitique — H. portale fibreuse — foie lobulé — foie syphilitique —

— Ne pas confondre cette forme avec la cirrhose commune qu'on peut rencontrer chez des gens qui ont eu la syphilis.

— Foyers en nombre variable disséminés dans les espaces interlobulaires avec prédominance du tissu conjonctif de nouvelle formation autour des vaisseaux et des canaux biliaires

— Bien cicatriciel rétracté en rapport avec une dépression de la surface du foie dont la capsule de Glisson est épaissie à niveau

— cirrhose plutôt diffuse (type intercellulaire de Charcot).

— Ces caractères ne suffiraient pas à faire reconnaître la nature de la maladie, si l'on ne trouvait pas en même temps des traces récentes ou anciennes de syphilis tertiaire

— Parfois complication de dégénérescence amyloïde.

— cette hépatite a aussi été observée chez les nouveau-nés.

— Parfois avec de petites gommes.

— Gommes syphilitiques du foie —

— On peut les rencontrer à l'état récent chez l'enfant et seulement dans des circonstances exceptionnelles chez l'adulte.

— Constitution des gommes récentes et anciennes

— Ex. microscopiques

— On peut ne rencontrer qu'un léger degré de sclérose concomitante mais il n'en est pas toujours ainsi

— Gommes avec hépatite diffuse —

— Ex. macroscopiques et microscopiques —

— Cirrhose diffuse avec les caractères d'hépatite syphilitique —

[illegible] — Tendance des gommes à la régression — [illegible]

8e Leçon
juillet 1888

Tumeurs du foie

- Les tumeurs primitives sont rares, celles secondaires très communes.

— Angiome Cavernueux —

- Lumen formé par des vaisseaux de nouvelle formation.
- Tissu contenu dans un système lacunaire qu'on a comparé au système caverneux des organes érectiles (tissus érectiles de Dupuytren).
- Volume variable depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à la moitié du volume du foie.
- Aspect extérieur et sur les coupes.
- Lumen end. multiples.
- Ex. microscopique. — Réfutation de l'opinion de Mess. C. et R.
- Hyperplasie conjonctive au voisinage des lacunes.
- On peut injecter les tumeurs par l'a. hépatique.
- Se rencontrent fréquemment, plutôt chez les personnes âgées.
- Mode de développement.
- Opinion de Rokitansky, de Ziegler, de Rindfleisch, de Cohnheim.
- Objections.
- On voit prendre en bloc le voisinage de la principale tumeur avec les caractères qu'elle a sur tous les points.
- Elle prouve aussi qu'elle tend à s'étendre.

— Fibromes et Sarcomes très rares, mêmes comme tumeurs secondaires.

— Sarcome mélanique s'observerait moins souvent d'après les auteurs.

- Ces tumeurs secondaires ne sont pas très rares et doivent même nous être considérées comme des tumeurs d'origine épithéliale.
- Mess. C. et R. décrivent aussi des tumeurs lacunaires que nous n'avons pas eu l'occasion d'observer jusqu'à nous, mais qui se rencontrent à la fois dans le système lacunaire et dans les lymphatiques.

Adénome. Généralement considéré comme une affection rare.

- Nodules multiples du volume d'un grain de millet à celui d'une cerise, de coloration grise, jaune ou verte.
- Constitués d'après Rindfleisch par des tubes anormaux et anastomosés ressemblant aux tubes du rein avec un enveloppe fibro-vasculaire.
- Description de mm. C. et R. d'après Salomon qui en dessine quin de la cirrhose.

Carcinome primitif ou secondaire.

1° Carcinome primitif. 3 formes décrites par Zeigler:
- a. nodules dévoiment dans une région quelconque du foie et surtout dans le lobe droit.
- b. infiltration ou dégénérescence cancéreuse diffuse.
- c. nodules cancéreux situés dans le tissu conjonctif interlobulaire.
- Dans ces différentes formes cellules épithéliales disposées sous la forme d'acinus ou de nids sans type particulier ou suivant le type glandulaire, la périphérie des nids étant limitée par une couche de cellules cylindriques.
- Il résulte de nos observations que le cancer nodulaire du foie était toujours secondaire.
- Quand il était primitif nous avons vu une tumeur principal accompagnée de nodules en plus ou moins grand nombre.
- 2°. microscopique. Disposition des cellules rappelant disposition [illegible]

L'Carcinome secondaire ou métastatique.

- très commun surtout avec le C. primitif de l'estomac, de l'intestin et des poumons.
- Mais il n'est pas rare non plus avec le cancer du sein, de l'utérus, etc.
- aspect macroscopique -
- Ex. microscopique -

Préparations se rapportant à divers C. secondaires et dans lesquelles on peut reconnaître les caractères du C. primitif

- C. de l'estomac épithélioma à cellules cylindriques si le C. primitif est bien conservé.
- C. colloïde de l'estomac
- C. de l'S iliaque
- C. du rectum à cellules rondes
- C. du rectum à cellules cylindriques
- C. du rein.
- C. à épithélium pavimenteux
- C. kystique de l'ovaire.
- Lymphosarcome du médiastin -

49e Leçon
12 juillet 1888

Kystes séreux - Kystes biliaires -

Kystes hydatiques ou Kystes à échinocoques -

- Vésicules arrondies renfermant un liquide limpide et isolés du parenchyme hépatique par une paroi fibreuse doublée d'une membrane interne dite germinale sur laquelle se trouvent ord. des échinocoques qui peuvent être aussi flottants dans le liquide.

Hydatide mère et hydatides filles représentent l'une des phases du développement d'un taenia (taenia echinococcus)

- Description des Kystes.

- Echinocoques formés par une vésicule caudale adhérente à la membrane germinale au nom de 1 à 2 dizaines de milliers. (vers vésiculaires)

- On trouve ord. dans la vésicule le corps allongé de l'animal invaginé. D'autres fois celle-ci est déjà hors de la vésicule.

- La tête présente un prolosoïde, une double rangée de crochets et quatre ventouses.

- Kystes stériles désignés par Laennec sous le nom de K. acéphalocystes.

- Lorsque les échinocoques ont cessé de vivre on trouve des crochets libres dans le liquide.

- Les K. hydatiques contiennent souvent des vésicules plus petites au sein ...

- Evolution et affection -

- Lorsque hydatique multiloculaire décrite par Friedrich, Virchow.

- Evolution des échinocoques.

Lésions des Conduits et de la Vésicule biliaires.

- Concrétions et calculs biliaires. - Altération la plus commune des voies biliaires.
- Les C. biliaires sont ord. composés de Cholestérine et de matière colorante de la bile.
- Ils peuvent aussi être formés de chaux et de cholépyrine.
- On trouve aussi unis aux substances précédentes des substances faisant partie intégrale de la bile comme les acides biliaires, des sels calcaires, le carbonate et le phosphate de chaux, de la margarine et des margarates.
- Coloration variable suivant la composition du calcul.
- Volume - forme, nombre, situation -
- Mucocele du Calcul qui n'est jamais produit par une condensation de la bile, mais qui résulte d'une décomposition de ce liquide. Il est composé tantôt de chaux et de cholépyrine avec du mucus condensé, tantôt de cholestérine.
- Parfois corps étrangers pour noyau.
- Un calcul de cholestérine peut être résorbé si la bile avec laquelle il est en contact n'est pas déjà saturée de cholestérine.
- Inflammation de la Vésicule et des conduits biliaires -
- Dilatation et rétrécissement des voies biliaires -
- Rétrécissement et oblitération des voies biliaires -
- Tumeurs de la Vésicule et des conduits biliaires.
- Carcinome épithéliom cylindrique ou tumeur primitive. ord. colloïde, d'autre fois mélanoïde, rarement squirrheux.
- Carcinome secondaire avec le caractère de la tumeur primitive. L'envahissement paraît se faire par la surface péritonéale.
- Adéno-carcinome du duodénum décrit en mirant à l'angiome de Wirchow.

Lésions du pancréas

Sclérose par propagation d'une inflammation voisine.

Cancer primitif ou secondaire

C. primitif, a son siège au niveau de la tête du pancréas, il offre les caractères du carcinome ou de l'épithélioma cylindrique ce qui a fait admettre deux formes principales de cancer épithélial à Mr. M. Board et Rie : C. E. glandulaire et C. E. excrétoire.

- Quelles que soient les idées théoriques qui peuvent guider dans la détermination des formes de cancer, nous trouvons pour le pancréas les mêmes types de tumeurs que pour les autres glandes.

- Forme mixte qu'on pourrait aussi admettre pour les autres glandes.

- analogie avec ce qu'on observe pour le sein.

- Symptômes du pancréas décrit par Mr. Cornil et Lépine

- Cancer secondaire avec les caractères de la tumeur primitive

- Cancers de l'estomac parfois peu développés et propagés aux ganglions envahissant le pancréas avec un gd développement atteignant ou non le pancréas lui-même et intestins adhérents à lui de près pour des cancers du pancréas - Obs. de Mr. Lépine

6e Leçon
janv. 89

Inflammation

Depuis Celse, chaleur, rougeur, tuméfaction & douleur.
De tout temps rôle principal aux troubles circulatoires.
Depuis 60 ans environ étude plus approfondie : début de l'inflam. caractérisé par hyperémie, dilatation des V. et exsudation & attribué à une influence nerveuse primitive (Th. neuroparalytique, neurospasmodique).
Cause initiale caractérisée par une augmentation de l'attraction normale des tissus pour le sang (Virchow). Stimulus inflammatoire qui a le plus grand rapport avec l'ancienne théorie de l'exsudation.
— Inflam. produite par un agent irritant extérieur ou intérieur, pour les uns avec Kiss, Virchow, cet agent irritant tout d'abord les cellules à multiplier ; tandis que pour les autres, avec Cohnheim, l'altération porte d'abord sur les V. et que les cellules qui se trouvent dans le liquide exsudé proviennent non de la multiplication des cellules fixes du tissu conjonctif, mais des globules blancs du sang qui ont traversé les parois vasculaires pour s'répandre dans les tissus.
Expérience sur laquelle repose la théorie de Cohnheim relative à la migration des globules blancs par diapédèse.
Comment se produit l'issue des globules sanguins hors des V. ?
Th. de Arnolds, Cohnheim & Samuel, Thoma.
Recklinghausen avait déjà observé la migration des cellules lymphatiques dans le tissu conjonctif et Waller avait même constaté la migration des globules blancs à travers les V.
Les auteurs sont partagés entre la Th. de Virchow & celle de Cohnheim ou bien ils admettent les deux Th., c'est le cas de nos charges.

Phénomènes qui caractérisent l'inflam. : dilatation des V., stase sanguine bientôt suivie de l'exsudation d'un liquide (liquide plasmatique, lymphe coagulable) et de l'émigration des globules blancs principalement.

Dénaturation trouble des cellules.

Action destructive de l'exsudat sur les cellules et sur les différentes parties constituantes des tissus.

— Exsudation variable suivant la cause de l'inflam. et l'état général du malade.

- Séreux ou séro-fibrineux : la sérosité infiltre dans les tissus ou épanchée dans les cavités séreuses.

- purulente ou fibrino-purulente : la sérosité dans les séreuses ou les mucqueuses, dans les tissus où elle donne lieu aux abcès, aux ulcères.

- putride, liquide putride ou sanieux.

Dans toutes les formes d'exsudation on peut trouver du sang et des mucus.

Comme conséquence l'inflam. s'entraîne après destruction de l'épithélium superficiel de la peau ou des muqueuses ou bien on observe la nécrose de coagulation, la cosification de la gangrène, mais surtout la perte de substance avec formation d'abcès.

Terminaison variable suivant sa nature, son siège, son intensité et l'état général du malade.

Résolution complète, retour ad integrum.

Retour à l'état normal sur une partie nécrosée si elle est très limitée et portant sur des tissus susceptibles de reproduire.

Les parties non susceptibles de reproduction détruites sont remplacées par un tissu dit tissu inflammatoire, tissu de granulation ou tissu de cicatrice.

15e Leçon
29 janv. 89

Inflammations spécifiques.

Toutes les inflammations spontanées peuvent être rangées sous ce chef, en raison de ce que nous savons déjà de la production de certaines inflammations sous l'influence d'un agent microbien.

Inflammations nodulaires : { Tuberculose, Syphilis, Lèpre, morve, actinomycose }

Caractères de ces inflammations : tendance à la régression au centre avec marche envahissante à la périphérie. — Extension par le système lymphatique et phénomènes de prolifération (granulations infectieuses).
agent infectieux microbien étiqueté chaque inflammation.

Tuberculose

Beale - Laënnec - Eberth. Reinhardt - Virchow.

Dualisme et Unicité.

Exp. de Villemin en faveur de l'unicité et démontrant en même temps le caractère infectieux de la maladie (1866)

Retour à l'Unicité depuis les travaux de Grancher et Hanot, mais surtout depuis la découverte de Koch (1882).

Caractères de la tuberculose aiguë.

Examen microscopique de nodules tuberculeux isolés de zygomatiques coïncidés d'une maladie générale et de lésions périphériques concomitantes.

Démonstration de préparations de tuberculose aiguë du poumon, du foie, du péricarde, de la peau.

8e Leçon
février 87

Evolution des lésions tuberculeuses

Tendance à la formation du tissu conjonctif à la périphérie des tubercules et à la cicatrisation.

- Démonstration d'une préparation de tubercules avec tendance à la formation de tissu conjonctif.

Indépendamment de cette forme où ~~il y a seulement~~ prédominent de tissu embryonnaire, on observe fréquemment la production de tissu fibreux ou tissu de cicatrice remplaçant les produits tuberculeux ou les englobant d'une manière plus ou moins complète.

Cette dernière altération peut s'observer avec la précédente, mais surtout dans les formes lentes de la tuberculose et particulièrement ~~dans~~ les cas d'infiltration du poumon par des poussières de charbon, de pierre, de sels métalliques, etc. (pneumonokoniose d'autrefois)

- Démonstration d'une préparation de tuberculose ancienne.

Tendance de la tuberculose à la production de lésions caséeuses, que l'on peut observer même sur les nodules tuberculeux les plus petits.

Cette altération domine dans les formes où l'infiltration est plus étendue et donne lieu à des lésions massives. Il y a toujours dégénérescence caséeuse et tendance à la désintégration des parties centrales pendant que les parties périphériques tendent à la lutte d'une nouvelle production de cellules embryonnaires.

Formation d'ulcérations de caractères plus ou moins limités.

Tendance à l'envahissement de proche en proche par la voie lymphatique et par les vaisseaux. Généralisation

Maladie infectieuse, contagieuse - Bacilles de Koch -

Point d'entrée de la tuberculose -

Syphilis

Maladie infectieuse contagieuse de l'homme à l'homme et probablement de l'homme au singe. Bacille de Lustgarten.
Sorte d'entité, plaie ulcéreuse de la peau ou des muqueuses.
chancre induré comme accident primitif, syphilis qui varie
du processus de la porte d'entrée de la syphilis (Rollet).
envahissement des ganglions voisins.
accidents secondaires - accidents tertiaires.
- Démonstration d'une préparation de plaques muqueuses de la peau.
- Démonstration d'une préparation de gommes du foie.

21e Leçon
2 février 89

Tumeurs

Difficultés pour définir les tumeurs.
Longtemps toute transformation était considérée comme une tumeur.
à la suite des travaux de Bichat, de Dupuytren on divisa les tumeurs en deux grandes classes : formations nouvelles accidentelles et productions sui generis
Homoeoplasie et hétéroplasie de Lobstein.
Hypothèses sur la nature parasitaire des tumeurs, sur la présence dans les tumeurs d'une substance chimique particulière, sur la production d'éléments histologiques spéciaux.
Leon J. Müller dont les idées sont généralement adoptées aujourd'hui, le tissu qui forme une tumeur a son type dans un tissu de l'organisme à l'état embryonnaire ou à l'état de développement complet.
Virchow s'est efforcé de démontrer qu'un type qui en général régit le développement et la formation de l'organisme, régit également le développement et la formation des tumeurs, qu'il n'existe nulle part un type différent, nouveau, indépendant.
Homologie ; hétérologie. ces termes ont perdu à peu près toute valeur.
Manière de voir différente des auteurs pour lesquels les tumeurs sont toutes homologues ou hétérologues.

c'est la réunion des caractères opposés signalés par les auteurs qui nous paraissent caractériser principalement les tumeurs

Définition nouvelle pour établir l'étiologie parasitaire.

Nous désignerons sous le nom de tumeur un tissu nouvellement formé sous cause connue jusqu'à ce jour, constitué par une production exubérante locale et anarchique extrême d'éléments anatomiques à des degrés divers de développement, avec des modifications plus ou moins marquées, dont la structure est analogue à celle d'un tissu normal, mais en diffère toujours sous quelque rapport.

Cette définition ne partite que provisoire dont le but que de s'entendre actuellement sur ce qu'on doit désigner comme tumeur, sans préjuger leur nature qui est encore inconnue.

On arrivera certainement à les limiter davantage.

Les tumeurs tératoïdes de Virchow (angiomes ou nævi congénitaux et kystes dermoïdes) doivent figurer au nombre des malformations congénitales, en raison de l'époque ou de leur production, de leur constitution et de la manière dont elles évoluent.

Angiomes simples, anévrysmes cirsoïdes, hémorrhoïdes ne sont pas des tumeurs.

La division de Virchow des tumeurs en t. histoïdes et t. organoïdes, sur ce qu'elles sont constituées par un tissu simple ou composé ne doit pas être maintenue, car il n'y a pas de tissu simple à proprement parler.

Deux grandes classes de tumeurs admises par les auteurs suivant qu'elles tirent d'origine appartient au feuillet moyen ou aux feuillets internes de l'embryon : t. de nature conjonctive et t. épithéliales. Rapport intimes avec les sarcomes.

aspect des tumeurs sous la forme nodulaire ou à l'état d'infiltration.

forme très variable

Croissance rapide ou lente, parfois avec des temps d'arrêt absolus ou relatifs.

Tumeurs ord. solitaires ou début s'étendant par les lymphatiques, pouvant être portés au loin par les V. rarement à produire les métastases.

- E. bénigns et malignes.

- Cachexie cancéreuse.

altérations régressives : E. graisseux, mucoïde, colloïde, nécrose, calcification et calcification, désintégration, gangrène, etc.

Des processus de destruction peuvent produire ulcérations, hémorragies, E.

Sarcomes

Leurs caractères macroscopiques et microscopiques

S. globocellulaires et S. fusocellulaires ou fasciculés.

à petites et à grandes cellules;

Démonstration de préparations:

1°- Sarcome globocellulaire à petites cellules (ostéosarcome du ~~fémur~~).

2°- Sarcome globocellulaire à petites cellules (lymphosarcome du médiastin)

3°- Sarcome fasciculé de la cuisse

Fibromes

4°- Fibrome du cuir chevelu

17e Leçon
6 février 1887

Tumeurs épithéliales.

1: Tumeurs ayant pour origine la peau et les muqueuses.

2: Tumeurs d'origine glandulaire.

Démonstration de préparations

1: Epithélioma de la lèvre.

2: Epithélioma de la verge.

3: Cancer de l'estomac.

4: Cancer du rectum.

Lyon
nov. 89

Explications au sujet de l'organisation du cours.

—

Cours essentiellement pratique avec motifs à l'appui.

—

Période de transition en raison de ce que les constructions de l'Hôtel-Dieu sont inachevées.

—

Salle pour la démonstration des préparations devenue trop petite cette année, sera plus que doublée l'année prochaine. Mais pour cette année cours dans le laboratoire où seront déposés un certain nombre de préparations à examiner avant ou après la leçon.

—

Voilà pour la leçon du mardi qui portera sur l'anatomie pathologique générale.

—

Leçon du jeudi - (Kiriéyeh)
Démonstration d'autopsie qui sera faite à l'H.D. et qui cette année sera à la Faculté.

Leçon du ~~samedi~~ - au laboratoire
Démonstration de pièces pathologiques recueillies pendant la semaine, de telle sorte qu'au bout du semestre vous aurez vu les lésions les plus importantes des principaux organes.

~~Semestre~~ d'été. M. Ordonneau travaux pratiques d'histologie pathologique sur les organes en particulier

---

Ainsi dans l'espace d'un an, vous aurez ~~pu~~ vu la plupart des lésions macroscopiques et microscopiques qui se le plus communément. Il sera à vous à tout avec vos leçons les notions que vous aurez acquises et que vous en pourrez pour étendre à l'étude de l'anatomie pathologique.

Enfin laboratoire ouvert tous les jours [illegible]

1re Leçon
nov. 89

Anatomie pathologique générale

Étude des lésions communes aux divers organes envisagés d'une manière générale.

~~L'anatomie~~ path. va pour base l'anat. générale. De même que les symptômes peuvent être considérés comme une déviation des fonctions de l'organisme, les lésions ne sont constituées que par une déviation dans les éléments anatomiques, soit dans leur constitution, soit dans leur rapport ou dans leur arrangement.

– Les éléments anat. sont continuellement le siège ~~Déchanges~~ ou de renouvellement en rapport avec leur nutrition & leur fonction.

– Différent aux différentes époques de la vie.

– à toutes les périodes ils peuvent être augmentés, diminués ou pervertis sous l'influence de causes extérieures.

L'embryon ou fœtus de l'organisme maternel est soumis aux mêmes lois.

Dans les 3 premiers mois qui correspondent aux phases principales du développement du fœtus, troubles pour raison pour défaut pouvant donner lieu à des malformations dû à des monstruosités.

Cours de Anatomie pathologique

Ces altérations ressortissent à l'anat. path., mais intéressent surtout l'anatomiste pour l'embryogénie, l'accoucheur et le chirurgien au point de vue pratique. — Plus tard dans la vie intra-utérine ou dans l'enfance bien jeune peuvent occasionner un trouble dans le développement et des déformations plus ou moins prononcées, mais qui diffèrent absolument des monstruosités.

On a plutôt cherché à assimiler à ces dernières productions les tumeurs rencontrées dans les divers tissus à toutes les époques de la vie ou les considérant comme un vice de développement (théorie de Cohnheim sur laquelle nous reviendrons) bouleversant ainsi un ensemble des hypothèses que les théories microbiennes sont comme à battre en brèche.

En cause de la production des tumeurs est encore inconnue et nous continuons à l'ex. de la plupart des auteurs à les étudier après les lésions résultant d'un trouble de nutrition ou d'un processus inflammatoire d'autant que ces différentes altérations se rencontrent souvent ensemble.

Avant de commencer cette étude remarque relative au rôle que joue l'hérédité dans la production des tumeurs. Elle crée surtout une prédisposition ; le transmission héréditaire directe étant très rare.

Evolution de l'organisme en périodes de formation, d'état et de déclin. Le dernier lieu atrophie générale de l'organisme (~~diminution de volume et du poids~~ de tous les organes d'une de toutes les parties du corps), puis mort physiologique de l'organisme.

La cause de l'atrophie peut être rapportée à ce que les cellules perdent peu à peu leurs facultés assimilatrices ou à ce que l'apport sanguin est diminué.

Cet état confine à l'état pathologique, d'autant qu'il l'atrophie ou constate aussi d'autres lésions.

Atrophies partielles pouvant aussi être considérées comme physiologiques (vaisseaux ombilicaux, canal artériel, thymus, organes génitaux) et produites par la cessation de fonction.

Pour les vaisseaux ce n'est pas douteux; mais encore il y a un cas spécial.

Pour le thymus qui suivit le type d'atrophie par cessation de fonction, cette cessation.

Pour les organes génitaux coïncidence de l'atrophie de la cessation de fonction; mais l'atrophie de ces organes est en rapport avec celle des autres organes. Elle peut se produire avant l'âge habituel par suite de phénomènes pathologiques; tout d'union qui les relie aux atrophies pathologiques.

La retraite de l'utérus après l'accouchement et des mamelles après l'allaitement n'est pas une atrophie.

Hypertrophie et hypertrophie monstrueuse

Hypertrophie des éléments de ces organes au moment où ils remplissent passagèrement une fonction.

Atrophie seulement lorsqu'ils ne sont plus aptes à remplir leurs fonctions. Mais à la mort là seulement qu'ils n'ont plus leur volume habituel.

La division des atrophies en actives et passives est irrationnelle.

L'atrophie est anat. caractérisée par la diminution de volume des éléments constituants d'un organe et notamment de ses éléments spécifiques qui peuvent diminuer au point de disparaître.

Atrophie généralisée à la suite de l'inanition, de maladies aiguës et chroniques.

Atrophie localisée par immobilisation ou cessation de fonction, par compression, par interruption de l'action nerveuse ou action trophique, par diminution de l'apport de sang.

Sous cette dernière cause rentre la sénilité. C'est elle qui jouerait le rôle principal dans les autres causes énumérées précédemment.

Atrophie simple et atrophie avec production de graisse et d'hyperplasie conjonctive.

La production de graisse est acid. secondaire et on peut en donner diverses explications fournies par l'état local et général.

L'hyperplasie conjonctive est manifestement secondaire dans certains cas (atrophie musculaire d'origine nerveuse)

Souvent on ne peut décider si elle est secondaire ou primitive et dans ce dernier cas si elle n'a pas donné lieu à l'atrophie des éléments spécifiques de l'organe (sclérose des centres nerveux et de certaines glandes)

Souvent aussi la sclérose est manifestement la cause de l'atrophie et mène de la disparition des éléments spécifiques d'un organe. Nous reviendrons sur ce point très important à propos de l'inflammation.

Atrophie sans altération apparente des éléments qui diminuent peu à peu jusqu'à disparaître, mais le plus souvent elle est précédée d'altérations diverses qui [illegible] atrophie dont nous allons étudier.

4e Leçon
2 nov. 89

Dénutrition trouble

- altération des cellules décrite par Virchow
- augmentation de volume et production de fins granulations de nature albuminoïde (solubles dans l'a. acétique, insolubles dans l'éther et les alcalis).
- aspect des cellules ainsi affectées (foie, rein)
- dans les maladies infectieuses - avec les divers affections du rein.
- terminaison par résolution ou par dégénérescence.
- association avec la dégénérescence graisseuse.
- nature de l'altération d'après Virchow (processus hypertrophique et processus dégénératif)

Dégénérescence graisseuse

Virchow assimile toutes les productions pathologiques de graisse à sa production physiologique dans trois conditions particulières.

1° surcharge graisseuse
Le tissu ~~conjonctif~~ lache sous-cutané, inter-musculaire, sous-séreux, moelle osseuse, etc. (gouttes huileuses dans les cellules du tissu conjonctif)

L'augmentation anormale constitue l'obésité, la polysarcie, désignée aussi sous le nom d'adipose, et lipomatose.

Les cellules habituellement graisseuses sont distendues par de grosses gouttes huileuses et on en trouve aussi dans des cellules qui d'ordinaire n'en contiennent pas (gouttes huileuses dans le tissu conjonctif situé entre les faisceaux musculaires du cœur).

trois grands physiologiques (Virchow) et pathologiques à un léger degré et à un degré avancé.

2: Dégénérescence graisseuse proprement dite dans laquelle les éléments infiltrés de graisse sont détruits.

Sécrétion du lait et du sebum cutané.

Dans le rein dégénérescence graisseuse avec production de granulations fines se réunissant parfois en gouttelettes plus grandes, mais jamais aussi grandes que dans la surcharge graisseuse des cellules du tissu conjonctif. Souvent dans le rein on peut trouver des gouttelettes huileuses avec vacuoles.

Rein graisseux avec gouttelettes graisseuses volumineuses à la place des cellules refoulant le noyau.

Dégén. de l'épith. des divers plexus.

Dégénérescence graisseuse des ~~[illegible]~~

Dégén. des tubes nerveux.

Dégén. des membranes vasculaires.

Dégén. des globules du pus et des exsudats coagulés, etc.

Caractère de cette altération en général qui est produite par trouble de la nutrition

3° Dégén. graisseuse sénile [illegible] par la nutrition [illegible]

Corps jaune dans l'ovaire (physiologique).

Foyers athéromateux des artères.

- Carie osseuse.

- Ramollissement cérébral. Corpuscules de Gluge.

- Dans les tissus peuvent subir cette transformation.

Comment la graisse est-elle produite?

Dans la surcharge graisseuse, production plus grande de graisse ou consommation moins grande; peut être les deux cause simultanément.

Dans la dégén. on admet généralement, quoique cela ne soit pas prouvé, que les matières albuminoïdes des cellules sont transformées en graisse ou empêchent la consommation de la graisse produite ou encore les deux hypothèses.

Dégénérescence amyloïde

ainsi dénommé et particulièrement étudiée par Virchow
auparavant affection décrite par Rokitansky sous les
noms de foie lardacé ou cireux, rate lardacée ou lang.

après la découverte des corps amylacés dans le système
nerveux, Virchow trouva semblable matière dans la rate,
d'où le nom de dégén. amyloïde.

Meckel trouva une substance dans les reins, le foie, l'intestin.

Virchow dans les ganglions lymph. le tube digestif, les
muq. des organes urinaires, dans les appareils mamelon, dans les vaisseaux,
dans les cartilages.

aspect à l'œil nu.

Les organes principaux (rate, foie, reins) peuvent être
envahis en entier et présenter en même temps une dégén. graisseuse.

Réactifs qui décèlent la substance amyloïde, même dans
les cas où l'altération est peu prononcée.

Réaction de l'iode indiquée d'abord par Virchow.

Réaction de violet de Méthylaniline indiquée par Jürgens

Réaction d'autres couleurs d'aniline indiquée par Cornil

+ Pour Meckel substance analogue aux graisses

Pour Virchow analogie avec amidon et cellulose sans identification.

Pour Friedreich et aujourd'hui pour la plupart des auteurs substance albuminoïde
par Wagner metamorphose regressive des albumines des auteurs substance albuminoïde
par Ziegler matière de nature protéique modifiée peut-être par un phénol ou le gaz d'un acide.

+ Quel que soit l'organe affecté, substance amyloïde

le lang. du vaisseau principalement (Virchow)

Pour Rindfleisch siège primitif dans les cellules, apparition d'autre, dans les tissus conjonctifs

C'est l'opinion de Virchow qui est en rapport avec l'observation des faits.

Il a vu chez les cachectiques ; phthisie et suppuration osseuse, syphilis, invétérée.

Processus progressif d'altération d'abord des plus organes secrétoires et
par suite de stase. de l'obliter. des petits v. troubles de nutrition etc.

Coloration du corps amyloïde.

2e Leçon
9 nov. 89

Dégénérescences muqueuse, colloïde, hyaline ou vitreuse.

Dégénérescences qu'on distingue ord. les unes des autres et qui d'autres fois ne sont pas nettement caractérisées.

1° Dégénérescence muqueuse, représentée à l'état physiol. par le mucus que sécrètent les membranes muqueuses, les glandes et les cellules de revêtement des membranes synoviales.
ramell. muq. - infilt. muq.

Mucus formé par le protoplasma des cellules caliciformes des membranes muq. et des cellules épithéliales des glandes muq. Il se gonfle, devient transparent, les granulations du protoplasma se réunissent en grosses ou en stries et il est ensuite expulsé. Les corpuscules muq. ne sont que des leucocytes ayant subi la dégén. muqueuse à l'état pathologique; dans le catarrhe des muqueuses, le protoplasma des cellules est transformé et présente des amas de cette substance incolore dans laquelle se trouvent des traînées de fines granulations avec le noyau ord. à la périphérie, dans les kystes de l'ovaire altération des cellules caliciformes qui constituent l'épithélium de revêt.; dans les autres tumeurs de nature épithéliale.

D'après les auteurs tous les tissus de nature conjonctive peuvent subir la dégén. muqueuse.

L'aspect que prennent les tissus ainsi affectés est rapproché par d'autres auteurs à la dégén. colloïde.

2° Dégénérescence colloïde consistant dans une transformation gélatiniforme des substances protéiques des parties affectées.

différence de réaction du mucus et de la matière colloïde : ~~muqueux~~ mucus précipité par l'a. acétique et qui ne se redissout pas dans un excès d'acide (mucine de Virchow); précipité aussi par l'alcool comme l'albumine, mais la mucine se gonfle beaucoup dans l'eau comme le mucus. La matière colloïde n'est coagulée ni par l'a. acétique, ni par l'alcool

Exemple de la matière colloïde dans la glande thyroïde des personnes âgées. Substance gélatiniforme dans les vésicules des lobules qui à l'œil nu donnent l'aspect des ~~[illegible]~~ grains de sagou jaunâtres ou brunâtres. Cette altération peut être prononcée (goître colloïde)

Substance colloïde constituée par une substance amorphe, homogène avec peu d'éléments cellulaires. Petits globules (dans les cellules des alvéoles) qui se réunissent pour former des blocs plus ou moins volumineux.

Les tumeurs de nature épithéliale et notamment les tumeurs du tube digestif peuvent présenter cette altération . . . .

On a aussi décrit des masses colloïdes dans les tubuli des reins; mais il s'agit plutôt de ce qu'on a désigné sous le nom de tubes hyalins.

3° Dégénérescence hyaline ou vitreuse tient le milieu entre la dégén. colloïde et la dégén. amyloïde ~~altération rencontrée dans l'inflamm. chronique des muqueuses~~ ~~C'est là peut-être dans le chapitre des dégén.~~ surtout dans la néphrite chronique. Cylindres hyalins dans les tubes coupés perpendiculairement et longitudinalement. Se présente altération des cellules et des vaisseaux d'où l'analogie avec la dégén. amyloïde.

Parties atteintes tuméfiées, brillantes, translucides, n'éprouvent aucune modification sous l'influence de l'eau, de l'a. acétique, de l'éther, du chloroforme comme pour la substance colloïde, d'où l'assimilation faite par certains auteurs. Distinction avec la substance amyloïde par le défaut de la réaction caractéristique de cette dernière substance, mais aboutit peut-être à une différence dans le degré de l'altération.

On a signalé aussi l'altération dans la plupart des tumeurs où on la confond certainement avec la dégén. colloïde.

C'est là peut-être dans le chapitre des dégén. muq. et coll. la dégén. vitreuse des muscles ([illegible]) qui est considérée par d'autres auteurs comme une nécrose de coagulation.

Infiltration des tissus pour des sels calcaires.

Infiltration pour des sels variés, mais ord. pour des carbonates et phosphates de chaux (dépôts calcaires ou crayeux).

à l'état physiologique, l'ossification du cartilage est précédée par la production de sels calcaires.

à l'état pathologique, les concrétions, d'après MM. C. et R., consistent dans l'infiltration d'une substance albuminoïde quelconque par des sels de chaux. Ces sels détruits par l'a. chlorhydrique, la substance infiltrée n'offre aucun rapport avec la trame osseuse.

Sous l'action modification nécrosique de l'albumine qui possède alors une affinité spéciale pour les sels de chaux.

Sous Kyber ces sels se combinaient aussi bien avec les acides gras.

Concrétions dans les régions les plus variées sous forme de granulations isolées, de corps globulaires ou d'une pétrification.

à l'état physiologique : plexus choroïdes de l'adulte, mamelons du cerveau de la vieillesse, cartilages costaux des vieillards.

Dépôts dans la substance fondamentale, puis dans les cellules. Leur blanchâtre et dureté caractéristique.

à l'état pathologique, dans les parties qui ont cessé de vivre, dépôts encore dans les tissus vivants, dans le produit des sécrétions glandulaires avec rétention, dans les produits infl. anciens surtout de l'appareil circulatoire, des séreuses, dans les tendons et les muscles, autour des foyers d'arthritis chez des vieillards, dans des produits tuberculeux anciens, dans un grand nombre de tumeurs de nature diverse, dans les kystes.

Infiltration uratique dans les tissus.

Dans la goutte d'urates (de soude le plus souvent) sous la forme de granulations fines ou globulaires, réfringentes ou de cristaux en aiguilles facilement décomposés par les acides les plus faibles, rendant libre l'a. urique sous la forme de cristaux rhomboïdaux.

Dépôts dans les cartilages, les ligaments, les os, la peau et les reins donnant lieu à des masses blanchâtres parfois très abondantes (tophus).

D'après C. et R. apparition primitive de l'infiltration uratique dans les cellules, d'où la diffusion avec la calcification.

Urate de soude dans le sang des goutteux avec apparence de crème (procédé du Dr Gaucher).

Infiltration de pigments dans les tissus

- à l'état physiologique, pigment au niveau de certaines régions dans les tissus épithéliaux et fibreux sous la forme de granulations jaunes, brunes ou noires ou d'une teinte uniforme qui imprègne les tissus (épithélium de la rétine, couche profonde de réseau de Malpighi, pie-mère, choroïde, sclérotique peau et même tissu conjonctif du muscle cardiaque).
- à l'état pathologique, maladie d'Addison où la pigmentation siège de des muqueuses est en rapport avec la tuberculose des capsules surrénales.

Pigmentation des muscles atrophiés.

Pigmentation dans les néoplasmes (nævi et tumeurs mélaniques)

Pigments hématogènes. - Ils proviennent de la matière colorante du sang surtout lorsque celui-ci est sorti de vaisseaux.

Coloration des vaisseaux épanchements sanguins : bleu brunâtre, opaline et jaune.

Dans les parties profondes tissus changements de coloration analogues suivant l'étendue de l'épanchement, son degré de résorption ou son enkystement.

Dans tous les cas changements de coloration dus aux transformations de l'hémoglobine.

Cette dernière est composée d'une matière protéique et de la matière colorante ou hématine donnant lieu à des pigments amorphes ou cristallisés (hématoïdine analogue à la bilirubine).

Coloration due aussi à la présence de l'oxyde de fer.

Epanchement petit, tout le sang peut être résorbé.

— plus abondant, pendant longtemps on trouve traces de l'épanchement.

— très abondant, enkystement et pénétration de la matière colorante ou modifiée.

Phases principales qu'on peut observer dans ces cas :

une partie du sang (plasma et globules) peut être résorbée immédiatement et emportée par les lymphatiques sans changement.

modifications des globules rouges qui restent épanchés : diffusion de l'hémoglobine et fragmentation, puis résorption du stroma.

L'hématine donne lieu aux changements de coloration indiqués précédemment. Ce pigment sanguin semblable au pigment biliaire est en partie résorbé et excrété dans l'urine, une autre partie forme dans les tissus des cristaux d'hématoïdine (tabl. rhomboïdal, d'aiguille, de cholestérine, ou rouge-rubis) qui se modifient ultérieurement sous le pigment amorphe.

Dans les gds épanchements globules fragmentés qui n'ont pas été résorbés pénètrent avec de pigment amorphe sous forme de masses brunes.

Ces parties infiltrées dans les tissus peuvent encore être emportées par les lymphatiques, à moins qu'elles ne soient infiltrées.

Les cellules migratrices chargées de produits de désintégration des globules et du pigment sanguin peuvent se désintégrer et le pigment se redrise alors bleu dans les tissus.

donc coloration locale due au pigment amorphe dans p. cristallisé.

Pigmentation secondaire d'organes plus ou moins éloignés (ganglions, rate, moelle).

Ne pas confondre la coloration des épanchements sanguins avec la coloration ictérique, surtout au vomissement intestinal digestif par la production du sulfure de fer. (combinaison du fer de l'hémoglobine avec l'hydrogène sulfuré).

Pigments biliaires. acides de la bile, ictère; pigments à l'état diffus dans les tissus colorés; pigment amorphe et cristallisé surtout dans le foie et les reins.

Dans l'ictère des nouveau-nés les tissus contiennent des cristaux de bilirubine absolument semblables à ceux d'hématoïdine, d'où les théories diverses sur la production de cet ictère.

Exp. de Kütner. objection de Kunkel.

Pigments étrangers. Particules colorées dans les tissus. Les voies d'introduction sont la surface de peau, le mucus des voies aériennes et celle du tube digestif.

1° par la peau (tatouage), indigo, vermillon, charbon.

2° par les voies aériennes, poussières de charbon, particules de fer ou de vermeil ou de pierres etc

3° par les voies digestives, moins nombreuses que ci-dessus, mais en petite quantité, sels d'argent.

Lyon
6 nov. 89

Nécrose

mort locale portant sur un groupe de cellules, sur une portion de tissu ou d'organe.
Nécrose ou mortification – nécrobiose de groupes

Deux sortes de causes :

1° actions mécaniques, chimiques et thermiques.

2° obstacles à la nutrition.

Les premières causes agissent en détruisant directement les tissus.

Parmi les ~~secondes~~ se trouvent toutes les causes qui troublent profondément la circulation, amènent un arrêt ou une stase du sang pendant un certain temps, à plus forte raison d'une manière permanente (~~Occlusion~~ thrombose, embolie, ligature, compression, inflammation, hémorragie ou par une affection quelconque) ~~Lesions pathologiques~~ produisent la nécrose

variable suivant les organes et les conditions dans lesquelles ils se trouvent. Les tissus spéciaux meurent plus rapidement que les tissus conjonctifs.

Influences générales et locales diverses.

aspect des parties nécrosées variable suivant les mêmes causes.

~~Indication des principales formes~~.

Quelle que soit la partie nécrosée, les formes et les causes, inflammation périphérique secondaire, dite éliminatrice, qui est d'autant plus prononcée que la partie nécrosée se décompose facilement, qu'elle est plus vascularisée, que l'état général du malade est plus satisfaisant.

Mode de terminaison variable suivant les cases, le siège et l'affection, son étendue.

Indication des principales formes de nécrose –

Nécrose de Coagulation

Expression employée par Cohnheim pour désigner la mort locale d'un tissu où se trouvent en nombreux des liquides coagulés.

Deux formes :

1° Coagulation granuleuse, fibrilleuse ou homogène dans le sang, la lymphe et les liquides exsudés des V. (H. v. Schmidt)

Sous Waldeyer coagulation due à l'action des liquides altérés sur les globules du sang. Le plasma hors des V., c.à.d. mort, jouerait sur les globules blancs le même rôle que les agents chimiques et les micro-organismes.

Sous Hayem hématoblastes et sous Bizzozero Blutplättchen ; mais la nature et le rôle de ces corpuscules ne sont pas nettement déterminés.

Cette forme de nécrose de coagulation s'observe surtout dans les exsudats inflammatoires qui renferment une gde quantité de fibrine (pneumonie)

2° Seconde forme surtout étudiée par Weigert. Coagulation directe des substances albuminoïdes qui constituent les éléments d'un tissu sous l'influence d'une certaine quantité de liquide contenant de la substance fibrinogène, mis en rapport avec la substance fibrino-plastique qui renferment les cellules mortes.

Apparence hyaline des parties altérées, mais aspect sous-jacent variable en raison de la composition des parties nécrosées et de la quantité de substance fibrinogène répandue.

Les cellules sont toujours détruites et ggfs. après dégén. graisseuse.

Nécrose de coagulation sous l'influence des circonstances nombreuses comprises dans les causes indiquées précédemment.

Un des types les plus répandus est fourni par l'infarctus anémique du rein ou de la rate.

Dégén. circonv. des muscles (de Zenker).

Processus inflam. à la surface de la peau des muqueuses et dans les parenchymes (Diphthérie, variole, infiltration des plaques de Peyer des ganglions lymphatiques, condylomes pulmonaires)

Toutes les parties molles sont susceptibles de subir la nécrose de coagulation sous certaines circonstances, les parois vasculaires qui subsistent les dernières.

Caséification. — Nécrose ordinaire en cellules ayant l'aspect qui lui a valu son nom, se présentant dans des conditions pathogéniques diverses.

Souvent l'affection débute par la nécrose de coagulation. ~~La nécrose~~ des cellules ne sont plus visibles. Les cellules sont réunies en une masse homogène ou plutôt finement granuleuse. Il n'existe plus de V. et c'est apparemment la cause principale de la nécrose.

Transformation graduelle de toute la masse ou altération en des points isolés qui se réunissent, ou encore liquéfaction du tissu, résorption d'une partie du liquide et condensation des parties solides en ~~masse~~ caséeuse.

Le plus souvent caséification plus ou moins molle, composée de détritus albuminoïdes et graisseux, sans éléments cellulaires et ayant de la tendance à se ramollir et à se liquéfier pour être absorbés ou pour être éliminés par une autre voie. — Calcification.

Nécrose avec ramollissement. Nécrose de coagulation comme point de départ; mais production de beaucoup de liquide et liquéfaction des parties nécrosées. Ramoll. cérébral, infarctus d'autres organes, etc.

Gangrène

Nécrose des parties exposées à l'air avec action des micro-organismes, survenant sous l'influence de causes diverses.

Gangrène sèche ou mommification. Nécrose des parties exposées à l'air sous l'influence de troubles circulatoires, de gelures, de substances toxiques.

Exemple physiologique : cordon ombilical qui tombe aux enfants.

Parties d'abord gorgées de sang, d'où l'organe violacé, livide. après la mortification des parties, celles-ci prennent une teinte rouge sombre due à la transmutation dans les tissus de la matière colorante du sang. Son évaporation diminue graduel des tissus qui peuvent devenir tout à fait secs, noirs et cassants.

à l'ex. microscopique, on trouve les éléments du tissu rétractés, démêlés, au point d'être parfois méconnaissables.

Gangrène humide ou sphacèle. Nécrose suivie de la décomposition putride des tissus par les micro-organismes. Elle peut devenir telle en continuant à être humide.

Parties engorgées, tuméfiées, livides, avec soulèvement de l'épiderme, puis désintégration du tissu qui se liquéfie et produit des gaz.

Dans les cas d'infiltration de gaz dans les tissus le processus évolue très rapidement (gangrène gazeuse).

Destruction plus ou moins rapide des tissus, d'abord des parties molles, puis des vaisseaux plus grands, des filets élastiques, des tendons, des cartilages et des os.

Les parties constituantes, et en premier lieu les cellules, deviennent troubles, granuleuses, se fragmentent et se dissolvent.

nombreux organismes septiques.

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

Hypertrophie - Hyperplasie

L'hypertrophie est l'augmentation anormale du volume d'un organe sans altération de structure, mais sous ce nom on a désigné et on désigne encore à tort de affections désordonnées.

On admet avec Virchow une hypertrophie simple et une hypertrophie numérique ou hyperplasie (hypergénie de Robin); et que les 2 processus peuvent se produire simultanément dans cet organe. Il n'y a pas d'hyperplasie sans hypertrophie; mais on trouve l'hypertrophie seule.

Exemples physiologiques: utérus et glandes mammaires pendant la gestation et la lactation.

Hyperplasie simple non douteuse; mais la preuve de l'hyperplasie est difficile à faire à l'état physiologique et à l'état pathologique.

Hypertrophie des muscles, des glandes (cœur, foie, ganglions, reins etc). Cause difficile à faire du cœur d'emblée.

En tout cas l'hypertrophie ne peut comprendre que l'augmentation de volume et de nombre des éléments avec conservation de la structure normale, sous l'influence d'un fonctionnement plus intense, d'une nutrition plus active; avec cette condition que tous les éléments constituants de l'organe soient augmentés de volume.

Cause et mécanisme qui entraînent des organes creux, vessie, glande thyroïde, etc.; hypertrophie par action augmentée sous l'influence d'un obstacle à l'urine pour la vessie et pour les glandes par augmentation de la sécrétion ~~dans l'inflation~~ d'une nutrition normale ou pour suppléer un autre organe.

Ces hypertrophies dites fonctionnelles doivent être attribuées en partie à l'augmentation de l'activité vitale des cellules, en partie à l'augmentation de ~~nutrition~~.

Opinions de Virchow et de Cohnheim ...

Relation étroite entre l'augmentation de fonction d'un organe et l'accroissement de sa nutrition.

Dans que les cellules s'hypertrophient, il faut qu'elles soient douées d'une activité plus grande et d'une nutrition en rapport avec cette activité.

Point de départ dans les conditions physiologiques des éléments cellulaires.

C'est ainsi que Dragendorff avait déjà rangé les hypertrophies dans les chapitres des irritations sous le titre d'irritations nutritives.

Les cellules sont irritées non seulement à la mesure du travail, mais aussi à la reproduction

Inflammation

Celse. Color, rubor, tumor, dolor.

Galien attribuait la rougeur à une augmentation de l'afflux sanguin et la tuméfaction aux liquides exsudés des V.

De tout temps on a cherché le caractère de l'inflam. dans les troubles circulatoires et plus particulièrement encore depuis 40 ans.

Théories neuroparalytique et neurospasmodique.

attraction normale des tissus pour le sang (Virchow); augmentation de cette attraction par augmentation de l'activité des cellules sous l'influence d'un stimulus particulier des stimulus inflammatoires. M. de Bary

Inflamm. produite par un agent irritant interne ou externe; mais pour Hüss, Virchow, etc. cet agent incite les cellules à multiplication, tandis que pour Cohnheim altération primitive des V. non émigration des gl. blancs.

– Expériences de Cohnheim sur la membrane de la grenouille – Sur la membrane enflammée émigration des globules blancs par diapédèse au niveau des veines et des capillaires, mais non des artères.

En même temps émigration de gl. rouges et ~~[illegible]~~ d'un liquide albumineux.

Explications relatives à l'émi des globules hors des vaisseaux: Stigmates d'Arnold; mais substance unissante des cellules endothéliales pour Cohnheim et Samuel altération préalable de la paroi vasculaire pour Thoma les globules possèdent en outre un pouvoir de locomotion.

L'altération vasculaire serait produite par un agent nocif arrivant dans le sang directement ou provenant de l'extérieur et intéressant en même temps les différents éléments constituants des tissus. – L'action primitive serait d'abord loin des V., ce qui permet d'expliquer les altérations qui se succèdent dans l'inflam. des tissus non vasculaires. Exp. d'inflam. de la corne (Cohnheim)

Du reste pour Cohnheim l'arrêt de la circulation suffit à amener une altération de la paroi qui peut favoriser l'émigration des globules et les phénomènes de l'inflam. peuvent être expliqués par sa théorie.

Recklinghausen avait déjà observé la émigration des ~~[illegible]~~ globules blancs à travers les parois d'un conjonctif et Waller avait constaté la migration des gl. blancs à travers les V.; mais c'est Cohnheim qui a le mérite d'avoir bien important cette migration dans les phénomènes pathologiques et notamment dans l'inflammation.

Ch. de Cohnheim vivement attaqué par Robin et ses élèves qui admettent l'issue hors des V. d'un blastème à pourtant perdu vaisseaux devenus ; par Böttcher et Stricker, par Morel, Duval et Strauss, etc. qui n'ont pas pu observer les faits signalés par Cohnheim et qui tiennent pour la multiplication des cellules plasmatiques.

Feltz nie aussi la diapédèse des gl. blancs, mais il n'a pas contesté les transformations dans les cellules du tissu conjonctif.

Hoffmann et Recklinghausen admettent les deux théories et du canal de Ranvier ainsi que Rindfleisch.

objections tirées du peu de probabilité de processus différents pour arriver au même but : Dans l'un exagération de l'activité formative et nutritive des cellules ; tandis que dans l'autre les éléments, noyaux des cellules, -sont en activité cellulaire, ce qui permet qu'on nomme des phénomènes de reparation.

Conclusions von Hayem et Vulpian : la théorie de Cohnheim « est la seule qui ait mis sur la forme des faits nets, précis, bien vérifiés ».

Difficulté de définir l'inflammation en dehors des phénomènes complexes. D'après Rokitansky « C'est un travail morbide qui, débutant par la stase, aboutit à l'exsudation » ; mais en dehors de cette phénomène important il faut ajouter que l'évolution et le mode de terminaison de l'inflammation peuvent être variables suivant la cause, son siège, son étendue, etc.

En effet, ce qui caractérise d'abord l'inflam. c'est la dilatation des V. et la stase sanguine bientôt suivie de l'émigration des globules blancs principalement et de l'exsudation d'un liquide (liquide plasmatique, lymphe coagulable), d'où l'apparition des symptômes color, rubor, tumor, dolor.

L'activité des cellules n'est pas augmentée. La transformation trouble qu'on observe tout d'abord peut précéder si l'inflam. est légère ; mais dans le cas contraire elle est suivie de la désintégration des cellules par suite des troubles circulatoires et de l'infiltration des cellules par l'exsudat. Les autres éléments subissent le même sort en raison toujours de l'action destructive de l'exsudat.

Il n'y a pas non plus de retour des éléments à l'état embryonnaire ; les jeunes cellules sont constituées par les globules blancs nouvellement exsudés.

16e Leçon
10 Xbre 89

Inflammation (suite)

On admet différentes formes d'inflam.

1° suivant la cause (traumatique ou infectieuse)

2° suivant la nature des exsudats (inflam. séro-fibrineuse, fibrineuse, purulente, putride, hémorrhagique)

3° suivant l'altération des tissus (inflam. catarrhale, vésiculeuse, ulcéreuse, gangréneuse)

4° suivant le siège de l'inflammation dans les organes et les tissus (inflam. de la peau des muqueuses, des séreuses, de l'appareil circulatoire, des appareils glandulaires, des organes, des nerfs, des muscles, etc.)
(inflam. superficielle et profonde)
(inflam. interstitielle et parenchymateuse).

5° suivant sa marche dans tous les cas (aiguë ou chronique)

Types d'inflammation aiguë

1 – Pleurésie ou péricardite à ses divers degrés et avec les différents exsudats qu'on peut rencontrer.

1' – Pneumonie à un léger degré, pneumonie fibrineuse, pneumonie purulente.

2 – Broncho-pneumonie.

3 – Bronchite.

~~Pleurésie~~.

19e Leçon
7 Xbre 89

Inflammation (suite)

Inflammation aboutissant à la formation d'un abcès — abcès miliaire du rein.

Inflammation aboutissant à l'ulcération — ulcération de l'intestin dans la fièvre typhoïde — ulcère cutané de la jambe — Plaie du pied.

Phénomènes de réparation —

Formation du tissu embryonnaire et des vaisseaux — Cicatrice.

Dans toute inflammation tendance à la production de tissu conjonctif qu'on trouve — dans toute inflammation aiguë, d'autant plus abondante que la durée de l'affection a été plus longue.

Cette production de tissu conjonctif est la caractéristique de l'inflammation chronique, moins tout que la maladie évolue on trouve en même temps une plus ou moins grande quantité de cellules embryonnaires.

Sclérose de la peau de la jambe à l'suite d'œdème.

Cirrhose hépatique

néphrite chronique

Anatomie pathologique générale

3 périodes dans l'évolution de l'organisme : p. de formation, p. d'état, p. de déclin.

à toutes les périodes les éléments anat. sont le siège d'échanges ou de renouvellement en rapport avec leur nutrition et leur fonction. Ils peuvent être augmentés diminués ou pervertis sous l'influence des causes extérieures. Exceptons la période de déclin qui amène l'atrophie générale de l'organisme et aboutit à sa mort physiologique et celle qui confine le plus à la pathologie.

On peut donc noter des atrophies partielles physiologiques par cessation de fonction ou par diminution de l'apport nutritif.

Atrophie par diminution de volume des éléments constituants d'un organe et notamment de ses éléments spéciaux qui peuvent disparaître.

Atrophie généralisée ~~à la suite d'inanition, des maladies aiguës et chroniques~~.

Atrophie localisée par compression, par immobilisation ou cessation de fonction, par interruption de l'action nerveuse ou action trophique, par diminution de l'apport du sang.

Nous commencerons cette année comme est la seule.

Le plus souvent l'atrophie est précédée d'altérations diverses que nous allons étudier, celles ces altérations sont considérées comme ~~étant~~ un des modes de défense de l'organisme.

Dénaturation trouble

sera étudié à propos de l'inflammation dans la prochaine séance.

Dégénérescences mucoïde, colloïde, vitreuse ou hyaline

cette étude sera prise place ~~lorsque~~ nous nous occuperons de tumeurs.

Dégénérescence graisseuse

3 formes admises par Virchow, qui correspondent à des états physiologiques : Surcharge graisseuse, infiltration graisseuse des éléments qui sont détruits, dégénérescence graisseuse nécrobiotique.

Démonstration d'une préparation de foie gras.

Dégénérescence amyloïde

aspect des lésions à l'œil nu – Dégén. graisseuse concomitante.
Réaction de l'iode et du violet de Méthylaniline.
Siège des lésions – causes –
Démonstration d'une préparation de rein amyloïde.

Nécrose

mort localisée par ~~actions~~ mécaniques, chimiques, thermiques;
2° par obstacles à la nutrition –

Nécrose de Coagulation – Dégénérescence caséeuse nécrose anfractueuse – gangrène sèche
Démonstration d'une préparation de ~~nécrose de coagulation~~ [illegible]

12e Leçon
Jeudi 90

Inflammations nodulaires

Inflammations décrites aussi sous le nom d'inflam. spécifiques. Mais toutes les inflam. spontanées peuvent être rangées sous ce chef en raison de leur production par des agents microbiens.

Les inflammations nodulaires comprennent :

la tuberculose
la syphilis
la lèpre
la morve
l'actynomicose.

Inflammations caractérisées surtout par la formation de granulations présentant une tendance à la regression au centre avec une marche envahissante à la periphérie.

Extension par le système lymphatique et par le sang.

Inoculabilité d'où le nom de granulations infectieuses.

Leur cause réside dans un agent infectieux microbien déterminé pour chaque maladie.

Nous ne nous occuperons que de la tuberculose et de la syphilis.

Tuberculose

Bayle, Laënnec, Louis, Andral, Cruveilhier, Lebert, Reinhardt, Virchow. – Dualistes et Unicistes.

Exp. de Villemin (1866) démontrant à la fois la caractère infectieux de la maladie et l'unicité des lésions.

Retour à l'Unicité depuis les travaux de Grancher et de Ohaon (1872), mais surtout depuis la découverte de Koch (1882).

Le tubercule est caractérisé par la présence dans les tissus affectés de tubercules ou nodules tuberculeux.

Caractères qui présentent ces nodules à l'œil nu et au microscope. Situation –

Cellules géantes et cellules épithéliales.

Zones constituant le tubercule. Cellules et tissu intermédiaire parfois réticulé; d'où l'opinion de Forster et de Rindfleisch qui considèrent le tubercule comme un tissu à cellules lymphatiques.

Tubercules isolés et agglomérés.

Etat du tissu péri ou inter-nodulaire. Cellules lymphatiques plus ou moins abondantes au niveau des V. du tissu affecté et tendance à la sclérose à ce niveau et même au loin.

Dans la production des cellules qui constituent le tubercule, quelle part aux cellules conjonctives, aux cellules endothéliales, aux globules blancs du sang?

~~Tuberculose bacillaire et généralisée~~

Evolution des lésions tuberculeuses -
Phénomène de caséification de plus en plus prononcé (nécrose de coagulation) envahissant tout le nodule qui s'agrandit d'autre part par l'extension de la zone embryonnaire dont les cellules présentent les caractères des cellules des tubercules jeunes avec cellules géantes.

Lorsque les cellules de la zone embryonnaire sont nombreuses et tassées de telle sorte que leur nutrition est en souffrance, elles subissent à leur tour la dégénérescence caséeuse et une nouvelle zone embryonnaire se forme en même c'est toujours la même zone qui paraît s'agrandir.

Fusion de plusieurs tubercules ou nodules pour former des masses plus ou moins volumineuses et présentant toujours la même disposition.

La production tend ainsi à se détruire et à détruire en même temps le tissu qui en est le siège.

25e Leçon
4 janv. 90

Tuberculose (suite)

Les tubercules n'ont pas seulement une tendance à la destruction, ils présentent aussi une tendance à la réparation qui peut aller jusqu'à la guérison. Comme ces phénomènes sont produits par la zone embryonnaire et jeune.

Examen de préparations :

- Tuberculose miliaire du poumon avec tendance immédiate à la production de tissu conjonctif à la périphérie des nodules.
- Tuberculose fibreuse du poumon.
- Tuberculose du foie, agglomération de petits nodules au milieu d'un tissu conjonctif élégant constituant des tubercules assez volumineux à l'œil nu.
- Tubercules des follicules de l'intestin avec production de tissu conjonctif à la périphérie.
- Tubercules du rein avec nephrite interstitielle concomitante
- Tubercules cérébraux avec production d'un tissu conjonctif vasculaire autour des masses caséeuses en vue de détruire
- Tuberculose anthracosique avec sclérose pulm. très prononcée
- cicatrice fibreuse du sommet du poumon.
- Paroi de caverne pulmonaire.
- Caverne pulmonaire guérie.

- Extension de la tuberculose de proche en proche et surtout par les voies lymphatiques.
- Généralisation de l'affection par la circulation sanguine, donnant lieu alors à la tuberculose miliaire aiguë.

Mais tous les organes ne sont pas également atteints en raison des conditions anatomiques des organes et surtout de leur situation par rapport au siège primitif de l'affection.

tuberculose aiguë ordinaire précédée de lésions primitives tuberculo-caséeuses ou scrofuleuses (opinion de Nimoye). Toutefois possibilité de tuberculose aiguë d'emblée.

La tuberculose peut aussi être déterminée à distance sur les muqueuses par le fait du contact prolongé de la matière infectieuse surtout lorsque la muqueuse est altérée.

Si l'estomac et le duodénum sont en général indemnes, cela est dû probablement aux sécrétions des glandes de ces organes et à la présence de l'acide qui s'oppose au développement des bacilles.

La tuberculose est donc inoculable à distance sur le même individu; ceci prouve bien que l'affection ne confère pas l'immunité pour une autre détermination.

Elle est encore inoculable de l'homme aux animaux, des animaux aux animaux et très vraisemblablement de l'homme à l'homme.

Les exp. de Willemin confirmés par de nombreux expérimentateurs ont définitivement clos la tuberculose parmi les maladies infectieuses malgré des expériences contradictoires en apparence.

Il restait à trouver l'agent infectieux. Découverte du bacille tuberculeux par Koch en 1882. Démonstration par les méthodes tinctoriales. Bacilles dans toutes les lésions tuberculeuses et dans les crachats, ainsi que dans les lésions dites scrofuleuses; dans la tuberculose de l'espèce bovine et dans la tuberculose produite expérimentalement.

– Préparation du bacille tuberculeux.

Les bacilles cultivés dans le sérum du sang de bœuf et inoculés aux animaux produisent la tuberculose.

D'après Koch le bacille ne pourrait être engendré qu'entre les températures de 30° à 41°, ce qui permet d'admettre que il n'y a guère de chance pour qu'il se multiplie en dehors du corps.

Dans les différents organes multiplication lente et plutôt dans les régions où il n'est pas exposé à des déplacements, d'où l'immunité relative à certains tissus.

Par contre des altérations inflammatoires antérieures sont favorables à son développement.

Enfin certaines dispositions individuelles ou une constitution héréditaire particulière constituent une prédisposition à l'affection, de même que certaines espèces d'animaux sont plus favorables que d'autres à l'inoculation.

La nature infectieuse de la tuberculose n'est donc pas douteuse. Les bacilles viennent du dehors, ils pénètrent plus ou moins facilement dans l'organisme par les muqueuses et produisent une inflammation ordinairement nodulaire.

Terrain favorable ou non.

30e Leçon
28 janv. 90

Syphilis

Maladie infectieuse dont la transmission a lieu de l'homme à l'homme et peut être de l'homme aux singes.

Porte d'entrée : petite plaie ou érosion de la peau ou des muqueuses. De ce niveau production d'un chancre induré quelle que soit la provenance de la porte d'entrée du virus (Rollet). C'est l'accident primitif.

Envahissement des ganglions voisins ; puis le virus se répand dans toute l'économie dans le cours de 1 à 2 mois en moyenne il se produit des manifestations du côté de la peau et des muqueuses : ce sont les accidents secondaires.

Enfin dans un temps beaucoup plus variable il peut survenir des lésions plus profondes des mêmes organes, ainsi que des lésions osseuses et viscérales qui constituent les accidents tertiaires.

Accident primitif : chancre induré.

aspect à l'œil nu.

Examen microscopique de préparations de chancre du prépuce,

chancre syphilitique cicatrisé,

induration chancreuse.

Inflammation nodulaire constituée par un tissu de granulation sur épaisseur des parois des vaisseaux : agglomération très confusionnée de petites cellules rondes d'apparence [illegible] on peut rencontrer aussi des cellules géantes [illegible]

Partout on trouve un tissu de granulation avec une tendance à la sclérose et par conséquent un épaississement des parois des vaisseaux.

D'après C. et R. l'induration serait due à la cohésion de la substance fondamentale amorphe ou fibrillaire au milieu de laquelle se trouvent les cellules embryonnaires; mais elle semble plutôt résulter de cette tendance à la sclérose ainsi que de l'infiltration du tissu conjonctif ancien par une grande quantité de cellules.

Ces productions ne peuvent jamais un grand développement une portion est détruite par ulcération et par résorption, puis les cellules périphériques contribuent à former une cicatrice.

Accidents secondaires.

Les ganglions voisins du chancre sont d'abord infectés. Ils siège d'une tuméfaction indolente qui ne suppure pas.

Les lésions dites secondaires de la peau et des muqueuses consistent surtout dans la production de papules et de condylomes ou plaques muqueuses dont les lésions sont identiques quant à leur nature et ne diffèrent que par l'intensité.

Ex. Microscopique de plaques muqueuses.

Infiltration de cellules et de liquide dans toute l'épaisseur de la muqueuse y compris la couche épithéliale, d'où épaississement du réseau papillaire et du derme. C. dernier est le siège de nombreuses cellules disposées entre les fibres des papilles et autour celles du derme, accumulées dans la couche corné en les parties saillantes. V. sanguins dilatés hyperémiés avec phénomènes rouges, remplis, mais pas de V. de nouvelle formation.

Les larges papules de la peau existent dans les endroits humides et ressemblent aux plaques muqueuses.

Accidents tertiaires.

Les manifestations tertiaires de la Syphilis sont surtout constituées par des gommes (Syphilomes de Wagner) que l'on peut rencontrer dans la peau et le tissu ~~cellulaire~~ adipeux sous-cutané, dans les muscles, dans le périoste et dans les os superficiels, moins souvent dans le foie, dans les testicules, plus rarement dans les reins, dans les poumons, dans l'encéphale, dans le corps thyroïde, dans la rate, dans le cœur, etc.

Inflam. interstitielle arrivant toujours à affecter la forme nodulaire, aspect variable suivant les régions. Les gommes de la peau, du périoste et de l'os sont d'abord fermes, puis elles se ramollissent et s'ulcèrent en donnant issue à un liquide muqueux ou gomme qui devient mixte purulent. Surface de suppuration fongueuse, bourgeonnante, irrégulière. Dans les autres organes les gommes sont constituées par des masses d'un gris jaunâtre et parfois rougeâtre, de forme arrondie ou irrégulière, à surface sèche. Elles sont enclavées dans un tissu inflammatoire qui ne tarde pas à devenir fibreux.

Au début elles sont constituées par une infiltration cellulaire à la fois diffuse et nodulaire du tissu dans lequel elles se trouvent, avec tendance à la dégénérescence graisseuse du centre des nodules, tandis que les cellules de la périphérie contribuent à la formation d'un tissu de granulation. On trouve en même temps des lésions d'endartérite oblitérante qui jouent très probablement un rôle dans la production de cette dégénérescence.

Examen des gommes dans divers organes.

Préparations de gommes du foie.

— — de gommes du poumon chez le nouveau-né

— — — — — — chez l'adulte.

Nature des gommes. opinion des auteurs.

Conclusion : les gommes sont constituées au début par un tissu inflammatoire dont les parties nodulaires privées de sang se nécrosent et constituent des masses en désintégration qui se liquéfient et sont en partie éliminées au dehors et en partie absorbées ou qui sont condensées et ne sont absorbées que très difficilement. Dans tous les cas il se produit à la périphérie un tissu fibreux qui devient tissu de cicatrice ou qui entoure les masses désintégrées.

Cette inflammation est de nature spécifique, comme celle des manifestations primitives et secondaires. Elle paraît déterminée par des bacilles (Sustzarten) analogues à ceux de la tuberculose.

Remarque relative aux bacilles du smegma (Alvarez et Tavel)

Existe-t-il des sclérose de nature syphilitique en dehors de la sclérose concomitante des affections précédemment décrites ?

Sclérose du foie ? Sclérose des Reins ?

Sclérose des centres nerveux ?

Ces sclérose sont fréquentes chez les syphilitiques ou plutôt chez les personnes ayant eu la syphilis et non chez celles qui ont des manifestations syphilitiques. Ces inflam. ne sont pas ~~nodulaires~~ et sont au contraire diffuses. Enfin le tissu spécifique qui réunit dans toutes les autres manifestations syphilitiques ne paraît pas avoir d'influence sur elles. Donc les personnes ayant eu la syphilis sont seulement prédisposées à ces sclérose.

53e Leçon
4 février 90

Tumeurs

Opinion de Virchow relative à l'impossibilité de dire ce qu'est en réalité les tumeurs.

Difficultés déjà très grandes lorsque il s'agit de dire en quoi consiste une tuberculose et comment elle se distingue des autres productions morbides.

À la suite des travaux de Bichat, de Dupuytren deux grandes classes de tumeurs: formations nouvelles accidentelles et productions sui generis.

Homoeoplasie et hétéroplasie de Sobotta.

Hypothèses sur la nature parasitaire des tumeurs, sur la présence dans les tumeurs d'une substance chimique particulière, sur la production d'éléments histologiques spécifiques.

Dans J. Müller dont les idées sont généralement adoptées aujourd'hui le tissu qui forme une tumeur a son type dans un tissu de l'organisme à l'état embryonnaire ou à l'état de développement complet.

Virchow s'est efforcé de démontrer qu'il le type qui en général régit le développement et la formation de l'organisme régit également le développement et la formation des tumeurs qui n'existe nullement un type différent, nouveau, indépendant.

Homologie et hétérologie.

Ces termes ont perdu à plusieurs toute valeur. Manière de voir différente des auteurs pour lesquels les mêmes tumeurs sont toutes homologues ou hétérologues. C'est la réunion des caractères opposés signalés par les auteurs qui nous paraît caractériser principalement les tumeurs dites ayant leur cause inconnue.

Remarques relatives aux théories de Cohnheim et des autres auteurs qui admettent des restes embryonnaires.

Nous désignerons sous le nom de tumeur un tissu nouvellement formé sans cause connue jusqu'à ce jour, constituée par une production exubérante locale et en général extensive d'éléments anatomiques, à des degrés divers de développement, avec des modifications plus ou moins marquées, dont la structure est analogue à celle d'un tissu normal, mais en diffère toujours sous quelque rapport.

Définition provisoire et qui n'a d'autre but que de s'entendre actuellement sur ce qu'on doit désigner comme tumeurs sous prétexte leur nature encore inconnue.

Les hématomes et les kystes par rétention ne sont pas des tumeurs.

On arrivera certainement à les limiter davantage et à faire aussi classer parmi les tumeurs des lésions encore mal connues.

Les tumeurs tératoïdes de Virchow (angiomes ou nævi congénitaux et kystes dermoïdes) doivent plutôt figurer au nombre des malformations congénitales en raison de l'époque ou des lieu de leur production, de leur constitution et de la manière dont elles se volument.

les angiomes simples, les anévrysmes cirsoïdes ne sont pas des tumeurs.

La division des tumeurs de Virchow en t. histoïdes et t. organoïdes suivant qu'elles sont constituées par un tissu simple ou composé ne doit pas être maintenue ; car il n'y a pas de tissu simple à proprement parler.

Deux grandes classes de tumeurs admises par les auteurs suivant que le tissu d'origine appartient au feuillet moyen ou aux feuillets internes dérivés de l'embryon : t. de nature conjonctive et t. épithéliales.

Remarques relatives aux sarcomes : Sous Virchow ils sont constitués par du tissu conjonctif embryonnaire ; pour Mons. C. et R. par du tissu embryonnaire, sans indication de provenance, conformément à la loi de Müller.

Robin avait déjà décrit ces tumeurs sous le nom de tumeurs embryoplastiques.

M. Brand a proposé de rapporter les sarcomes de chaque tissu à des formations embryonnaires pouvant provenir de chaque élément qui le compose et ayant des caractères particuliers en rapport avec leur provenance.

C'est rationnel en adoptant la loi de Müller, mais le plus souvent les cellules n'ont rien de caractéristique par le fait qu'elles sont embryonnaires. De suite dans un tissu déterminé on peut observer des tumeurs avec des cellules dites embryonnaires qui peuvent offrir des aspects variés du même tissu et différents qu'il n'est guère possible de les considérer comme des formes correspondant à celles de la période évolutive physiologique.

à l'état pathologique les cellules embryonnaires comme les cellules adultes et peut être plus qu'elles, subissent des déviations variées qui en modifient nécessairement le type d'une manière plus ou moins prononcée.

La substance intermédiaire est encore plus sujette à présenter des variations multiples.

Toutefois ces tumeurs présentent des caractères qui permettent généralement de les rapporter à leur tissu d'origine ; mais il est souvent difficile de dire quels sont les éléments qui en sont le point de départ.

Nous commencerons à étudier les sarcomes qui correspondent, autant qu'on peut le croire dans l'état actuel de la science, aux tumeurs embryonnaires des différents tissus quelle que soit leur provenance. Nous étudierons ensuite les tumeurs dites de nature conjonctive et enfin les tumeurs épithéliales.

Classification provisoire. Il est à attendre et de grouper autant que possible les faits observés suivant les données actuelles, de manière à rendre leur étude plus facile et à favoriser les recherches ultérieures.

Aspect des tumeurs : sous la forme nodulaire ou à l'état d'infiltration.

Forme très variable –
Croissance rapide ou lente, parfois avec de temps d'arrêt absolus ou relatifs.
Tumeurs ord. solitaires au début s'étendant par les lymphatiques, les germes pouvant être portés au loin par les V. de manière à produire les métastases.
B. bénignes et malignes –
Cachexie cancéreuse
altérations régressives ..... ulcérations, bourgeons, etc.

Sarcome

Siège des sarcomes en rapport avec l'opinion de Virchow, dans la peau et le tissu cellulo-adipeux sous-cutané, dans les aponévroses, le tissu fibreux intermusculaire, périoste, les tissus cartilagineux et osseux, le tissu lymphoïde et le tissu nerveux (remarquons à ce sujet, les tissus de ces organes considérés comme des sarcomes ayant des caractères particuliers qui les distinguent des sarcomes des autres régions et permettent d'assimiler les productions cellulaires nouvelles aux cellules de ces organes). Il y a aussi des tumeurs à forme sarcomateuse qu'on désigne comme sarcomes du sein, de l'ovaire, du testicule. Enfin les sarcomes sont considérés comme très rares dans les autres organes.

Des sarcomes peuvent aussi avoir pour point de départ les productions congénitales cutanées qui ont l'aspect de naevus ou de taches pigmentaires.

Sarcomes constitués par des cellules qui ont plutôt l'aspect des cellules jeunes et presque seulement pour des cellules (Foster range les sarcomes dans les tumeurs cellulaires).

Substance intercellulaire souvent rare, molles, friables, mais elle peut être aussi fibrillaire ou même fibreuse.

Aspect plutôt mollasse, d'un blanc laiteux ou d'un gris blanc, rougeâtre, translucide sur la coupe et d'un aspect uniforme à moins de dégénérescence lorsqu'elles contiennent beaucoup de cellules (forme médullaire) elles sont dures, d'un blanc jaunâtre, brillantes et d'un aspect rappelant le tissu fibreux, renfermant peu de cellules avec prédominance d'une substance intercellulaire fibreuse (forme fibreuse).

volume des ~~[illegible]~~ tissus variables, associés formes cellulaires qui acquièrent ord. le plus gd. volume ~~[illegible]~~ qui contiennent en général le plus de V. ~~[illegible]~~ qui ont le plus de tendance à la généralisation, souvent avec altérations régressives.

Étude des S. suivant les principales formes de leurs cellules.

Deux formes principales :

Sarcomes globocellulaires

Sarcomes fusocellulaires ou S. fasciculés.

Chaque forme peut se présenter avec des petites ou des gdes cellules. Fréquemment réunion des deux formes avec le volume divers des cellules. C'est la prédominance des uns ou des autres qui caractérise la tumeur.

On peut observer des cellules géantes à noyaux multiples qui, lorsque elles sont nombreuses, font donner à la tumeur le nom de S. mycéloïde en raison de leur analogie avec le mycéloplaxe.

Lorsque le S. est leur point de départ dans le système lymphatique on trouve le sarcome vésiculé comme dans ce tissu auquel il présente le plus gde analogie (lympho-sarcome qui se différencie du lymphoadénome par la nature de la gaine).

Lorsque les cellules ont l'aspect épithélial et sont réunies par ponts qui séparent des alvéoles fibreux, elles constituent le S. alvéolaire qui en outre paraît s'éloigner beaucoup du S. proprement dit. Cette remarque s'applique également au S. mélanique et mélanoblastique. Enfin on admet encore des S. fibreux, myxomateux, lipomateux, ossifiés, microkystiques, angiolithiques, constitués en partie par des cellules embryonnaires, en partie par du tissu adulte qui les caractérise.

Classification : 1° Sarcomes globo-cellulaires à petites ou à grandes cellules.

2° Sarcomes fuso-cellulaires ou fasciculés à petites ou à grandes cellules.

3° Lympho-sarcome et Gliome

4° Sarcome mélanique.

26e Leçon
Février 90

Myxome

On désigne sous ce nom des tumeurs constituées par un tissu analogue au tissu muqueux représenté à l'état physiologique par le cordon ombilical.

Confusion possible avec les variétés tumeurs ayant subi la dégénérescence mucoïde ou colloïde.

à l'œil nu, tumeurs gélatiniformes, molles, tremblotantes d'aspect translucide, le plus souvent lobulées, contenant peu de vaisseaux. Sur le vivant, liquide analogue à l'albumine.

au microscope, substance hyaline, mucoïde avec des cellules à prolongements anastomosés, kystes, cellules rondes isolées ou en amas et aussi le plus souvent des fibres élastiques et des cellules adipeuses. - Réseau de V. capillaires à larges mailles.

Variétés suivant la prédominance des éléments.

Le myxome peut naître dans le tissu conjonctif, surtout dans le tissu conjonctif sous-cutané de la cuisse, du dos, des parties génitales externes de la femme, dans le tissu conjonctif intermusculaire du cou et de la face, dans le périoste de la mâchoire inférieure, dans la gaîne des nerfs, dans le sein, moins souvent dans les autres glandes.

Dans les muqueuses forme papillaire, pédiculée (polypes muqueux).
Myxomes hydatiformes du placenta (môles hydatiques).
Tumeurs bénignes de volume variable, non de généralisation, pouvant être multiples.
Récidives rares après ablation complète. Pas de généralisation de récidive.

Fibrome

Tumeurs constituées par du tissu conjonctif qu'il faut distinguer des productions inflam. et des autres tumeurs.

Elles peuvent naître dans le tissu conjonctif du tégument, dans les aponévroses, la gaîne des muscles, le périoste, l'utérus, les ovaires, les glandes.

Forme nodulaire ; volume très variable. Ils peuvent atteindre jusqu'à plusieurs kilogrammes.

Ordinairement à l'état isolé mais généralement pas microscopiquement multiples.

Consistance souvent variable, dure ou molle.

Ex. univ. Dans les f. fermes, résistants, faisceaux fibreux rectilignes ou ondulés entre lesquels se trouvent des cellules ou noyaux fusiformes d'autant moins nombreux et plus pauvres en protoplasme que les faisceaux fibreux sont plus nombreux et plus développés.

Dans les f. molles, plus grande quantité de cellules ovalaires, fusiformes à noyaux brillants, anastomosés, disposés en faisceaux dont les directions sont moins ord. entrecroisées.

Fibro-sarcome. Fibro-myxome. Fibro-lipome.

Suppuration et ulcération du tissu des fibromes surtout dans les fibromes mous.

Le malheureux Noir de la peau présente aussi cet œdème.

Dégénérations. Ulcérations. Calcification.

Certains fibromes sont peu vasculaires, tandis que d'autres présentent des V. en grand nombre. Tumeur caverneuse de Kindfleisch.

Angiome caverneux

Considéré par la plupart des auteurs comme altération spéciale des V. Virchow pense que le point de départ des angiomes réside dans la formation d'un tissu de granulation dans lequel se forment les vaisseaux et les lacunes qui caractérisent ces tumeurs. C'est l'hypothèse la plus vraisemblable.

Angiomes surtout dans la peau et le foie, mais aussi dans d'autres organes.

Angiomes lymphatiques ou lymphangiomes très rares.

Ex. univ. Lepra cutanée, amyloïde, les uns avec les autres de contenant du sang. Siège de altérés constitués par du tissu fibreux.

Difficulté pour saisir le mode de formation de ces tumeurs.

Lipome

Les lipomes sont constitués par un tissu analogue au tissu cellulo-adipeux sous-cutané.

Lobules de forme mal limités par des filets conjonctifs V. qui renferment des grappes de cellules graisseuses.

Les lobules sont plus volumineux qu'à l'état normal et il est rare de trouver des cellules dont la constitution est celle des cellules normales. En outre les travées conjonctives diminuent surtout au point des travées fibreuses épaisses.

Volume des lipomes très variable.

Forme ord. circonscrite, parfois pédiculée; solitaire ou multiple.

Siège dans les tissus conjonctifs sous-cutanés, s. muqueux, s. aponévrotiques, intermusculaire, s. séreux, intradermique de la mamelle.

Dans le tissu cellulaire du derme il sont souvent pédiculés. On peut les trouver sous cette forme dans l'estomac et dans l'intestin. On peut les rencontrer dans le tissu s. muqueux qui n'a pas disparu à l'état normal.

Petits lipomes dans les appendices épiploïques du gros intestin et dans les grandes synoviales articulaires.

Les lipomes dits capsulaires pour la graisse accumulée autour des reins ou des ganglions lymphatiques, ne sont pas des lipomes.

accroissement central du lipome, d'où son développement lent.

Formation de grappes graisseuses nouvelles aux dépens des grappes préexistantes. Développement concomitant des V. par un mécanisme analogue à celui de la formation vasculaire dans les papilles (Ribbert)

D'après Foerster le lipome se développait aux dépens d'un tissu embryonnaire qu'on trouve parfois au centre du lipome et dont les cellules s'infiltraient de graisse. multiplication des cellules graisseuses. Sous Virchow le tissu lipomateux procède du tissu muqueux. Du tissu graisseux déjà dans des cellules embryonnaires en jeune.

Espèces ou variétés d'après C. et R. : L. pur - L. myxomateux ou lipomyxome L. fibreux ou fibrolipome - L. osseux (ou cas obs. par MM. C. et R.) - L. crétacé ou crétacé ou muqueux.

Dégénérescence granulo-graisseuse de nécrose, infiltration calcaire, etc.

Forme bénigne ou se généralisant pas, ne récidivant pas après ablation.

analogie que présente la coupe du lipome avec celle du foie gras

Chondrome

Tumeurs constituées par du tissu cartilagineux plus ou moins modifié. Ex. mier. mémoire pour la caractéristique.

Les productions cartilagineuses ayant pour origine le tissu cartilagineux préexistant ne constituent que des productions hyperplastiques (ecchondroses de Virchow)

Origine des vrais chondromes dans l'os, le périoste (chondromes périostiques), dans la parotide, le testicule, très rarement dans les autres régions.

Les tumeurs peuvent présenter les caractères du cartilage hyalin, du fibro-cartilage, du cartilage à cellules ramifiées en étoile. C'est le tissu du cartilage hyalin qu'on rencontre le plus fréquemment. Après prédominance longue le tissu offre en divers points les différents types du tissu cartilagineux.

Les cellules de forme arrondie ou ovalaire sont isolées ou réunies par paires ou par groupes, entourées de la substance intermédiaire caractéristique.

Les cellules possèdent ou non une capsule. Elles se modifient surtout à la périphérie de la tumeur où le tissu devient graduellement du tissu plus ou moins spécifique ou tissu conjonctif ordinaire. Dans la tumeur conjonctif ordinaire à la base de la tumeur. Les cellules se vacuolisent, plus nombreuses, de type des cellules à plusieurs noyaux. Le tissu conjonctif peut constituer lui-même une partie de la tumeur comme substratum fondamental avec des cellules cartilagineuses + ou - rapprochées, fusiformes, stellées, ramifiées.

Le chondrome est ord. une t. lobulée, rarement constituée par un seul lobe. Lobules juxtaposés de volume variable, mais ord. petits, plus ou moins gd nombre. Consistance molle ou dure avec tous les intermédiaires suivant la prédominance des cellules ou des éléments intercellulaires.

Variétés de nutrition surtout dans les grosses tumeurs. Dégén. graisseuse ou muqueuse.

Variété de chondrome minimal quand t. est composée d'un ou de plusieurs lobes de forme et de volume différents, suivant que le tissu cartilagineux est hyalin, fibro-cartilagineux ou muqueux. Le minimal qu'on trouve des lobes avec des aspects divers.

Chondromes ossifiants (chondromes ostéoïdes, osteo-chondromes) surtout sur les os longs. - t. ord. volume de deux

Ex. C. de R. démontre comment le chondrome diffère (de suite après des phénomènes path. chir. de nutrition)

Chondro-sarcome de Virchow. - Fibro-chondrome de Sanerbruch -

Ce sont les tumeurs qui offrent le plus de gravité. Les autres chondromes se développent lentement et ne présentent des phénomènes de résorption qu'exceptionnellement.

Ex. Ex. C. de R. développé par du tissu embryonnaire avec dépôts de tissu osseux et de tissu cartilagineux. Le fondamental de la tumeur formation des cellules en cellules cartilagineuses.

Origine des chondromes dans des îlots cartilagineux au sein des os et des glandes (Virchow)

C'est la théorie que Cohnheim a émise appliquée à l'origine de tumeurs de tissu

Ostéome

Tumeur constituée par du tissu osseux ayant son siège sur les os, mais pouvant aussi siéger sur des organes plus ou moins éloignés, vraisemblablement sur du tissu d'origine conjonctive.

Ostéomes compacts ou éburnés et Ostéomes spongieux.

L. de forme des volumes variables.

Les ostéomes sont produits par la périoste ou par la moelle osseuse.

Difficulté pour les distinguer des exostoses et des ostéophytes.

Odontome

On désigne sous le nom des tumeurs constituées par de la dentine siégeant le plus souvent sous forme de petites taches analogues à des gouttes de cire qui se trouvent fixées à la surface de la dentine, au niveau de collet ou de couronne.

Myome

Tumeur constituée par du tissu musculaire de nouvelle formation.

Rabdomyomes et Léiomyomes (Zenker).

Les Rabdomyomes n'ont encore été rencontrés que comme tumeurs fœtales sur la langue et sur le cœur. Les cas signalés chez l'adulte sont plus ou moins douteux.

Les Léiomyomes désignés ord. sous le nom de Myomes peuvent se rencontrer partout où il y a des fibres lisses, le moins souvent dans l'utérus où ils sont très fréquents.

On les rencontre exceptionnellement dans les parois des tubes digestifs, dans la prostate, dans le scrotum, dans la glande mamaire.

En somme ce sont les Myomes utérins surtout que l'on décrit.

Tumeurs ord. multiples, rarement uniques, le plus souvent sous la forme nodulaire, plus rarement sous celle de masses irrégulières, diffuses.

Volume très variable. Siège dans l'utérus, parois; il peut être interstitiel ou sous-muqueux soit du côté de la cavité utérine, soit du côté de la cavité péritonéale ou le pédicule.

Sur la coupe aspect fibreux ou charnu
Le plus souvent bombés blanches brillantes entremêlés avec
une substance blanche grisâtre ou rosée. Il y a souvent
plutôt d'aspect fibreux, d'où l'ancien dénomination de t. fibreux.

Du reste il y a toujours + – de tissu fibreux. Lorsque ce
dernier prédomine c'est un fibro-myome. Moins souvent
il y a peu de fibres musculaires, celles-ci suffisent pour caractériser la tumeur.

Les fibres musculaires bien ~~des~~ tissus sont analogues
à celles de l'utérus; leur disposition est aussi analogue.
Moins il n'y a pas similitude comme l'indique les auteurs.

Parfois difficulté pour distinguer les fibres musculaires lisses des fibres
conjonctives – moyens pour activer de l'a. azotique ou de la potasse caustique.

Les myomes peuvent contenir des V. volumineux.

Myosarcomes lorsque il y a une gd. quantité de cellules embryonnaires
avec les cellules musculaires.

Dégénérescence graisseuse-graisseuse, désintégration et calcification rapides.

Parfois calcification. –

Fréquence des petits myomes qui passent inaperçus –

Effets de la ménopause sur les myomes.

Métastases rares; tumeurs bénignes, mais les myomes volumineux
peuvent occasionner des accidents graves et déterminer la mort.

Névrome

Tumeur constituée par du tissu nerveux de
nouvelle formation.

Virchow divise les névromes en 1° N. médullaires ou ganglionnaires
2° N. fasciculés.

Les auteurs classiques considèrent les premiers comme rares, ne
considérant comme tels que certaines tumeurs rencontrées dans les Rgtes dermoïdes
ou dans des malformations congénitales.

Sous Robin il y avait aussi les gliomes sous le nom de tumeurs à Myélocytes.
Nous admettons aussi avec Malassez que les gliomes proviennent du tissu nerveux.
Nous avons toujours cru que les N. fasciculés myélinisés ou amyélinisés
étaient contestables, n'ayant jamais pu rencontrer que des fibres ~~[illegible]~~
~~fasciculés~~ sur le trajet des nerfs. – préparations.

41e Leçon
25 février 90

Tumeurs épithéliales

Tumeurs ayant pour origine les tissus provenant des feuillets externe et interne de l'embryon.

Elles sont constituées par la prémissa de cellules se rapportant plus ou moins à l'un des types physiologiques des cellules qui recouvrent la peau et les muqueuses ou qui tapissent les glandes. Le stroma est formé par du tissu conjonctif vasculaire qui est parfois si abondant qu'on a pu lui faire jouer le rôle le plus important dans certaines tumeurs.

Virchow et C. de R.

Hannover, Ebinsch et Waldeyer.

Rindfleisch : Carcinome épithélioma et C. glandulaire.

Le mot carcinome équivaut alors à celui de cancer, mais on trouve ici l'application qu'on a aussi d'origine glandulaire dont le type s'éloigne notablement du type normal.

Ziegler considère les carcinomes comme le premier degré du processus de formation glandulaire, en les opposant aux adénomes qui correspondent à un type glandulaire défini. M. Bard a adopté cette manière de voir dans sa classification.

Il n'y a pas de type physiologique pour d'une glande ressemblant au carcinome où les cellules sont de forme variée et ~~[illegible]~~ plus volumineuses qu'à l'état normal et amas stroma non comparable aux parois glandulaires physiologiques.

Certaines tumeurs des muqueuses présentent lorsqu'elles sont récentes des caractères qui se rapprochent du type normal, tandis que les plus anciennes offrent le type qu'on associe à un type physiologique pour.

On doit admettre l'association de l'élément ~~cellulaire~~ des tumeurs aux éléments épithéliaux des surfaces internes et glandulaires tenant aux conditions physiologiques que les cellules mises à jour dans tous les points de la tumeur.

1° Tumeurs ayant pour origine la peau et les muqueuses (épithéliomas de la peau et des muqueuses)

2° Tumeurs d'origine glandulaire (épithéliomas glandulaires ou cancers)

L'ancienne distinction n'est pas aussi simple qu'elle semble au premier abord en raison des rapports des glandes de la peau, des muqueuses avec le tégument. Elle n'est qu'une division artificielle et admissible seulement pour employer les mêmes termes que les plupart des auteurs. Elle encore dans les premiers on a classé parfois que les tumeurs se rapportant à la peau et aux muqueuses à épithélium pavimenteux, tandis que les tumeurs des muqueuses à épithélium cylindrique sont désignées sous le nom de carcinome.

Nous verrons que ces divisions sont absolument arbitraires.

Épithéliomas de la peau et des muqueuses à épithélium pavimenteux

Cancroïdes, cancers ou carcinomes épithéliaux

C. de R. : 3 variétés :

1° Ep. lobulé ; 2° Ep. perlé ; 3° Ep. tubulé

C'est l'ep. lobulé qu'on rencontre habituellement. Variétés à signaler, mais peu importantes.

Aspects macroscopiques et microscopiques que présentent les tumeurs. Envahissement de l'épaisseur de la couche épithéliale par l'enfoncement des processus interpapillaires et moins à constituer des lobules sur un ou plusieurs épidermiques de formation de lobules isolés offrant les mêmes dispositions. Altérations concomitantes des papilles et du derme entre les lobules épithéliaux où l'on trouve non seulement de la sclérose, mais aussi des cellules épithéliales en voie de prolifération dans le tissu conjonctif, surtout dans les altérations diffuses ou voisines des points ulcérés.

altération des autres parties constituantes de la peau (follicules pileux, glandes sébacées, glandes sudoripares).

On s'est demandé si l'épithélioma ne pouvait pas avoir un point de départ soit dans l'épithélium de revêtement, soit dans celui des glandes?

Ehrlich aurait observé un cas développé au niveau des glandes sudoripares et les glandes sébacées pourraient être intermédiaires lorsque elles sont atteintes en grand nombre.

On ne peut que faire des hypothèses sans rien prouver, en raison des connexions et de l'origine des parties atteintes et de la concomitance habituelle des lésions.

Incidemment il est bon de savoir que les tumeurs présentent des caractères en rapport avec celui de la peau ou des muqueuses dans lesquelles elles ont pris naissance. C'est ainsi que les épithéliomas de la peau des joues et de la muqueuse linguale offrent des types d'épithélioma corné, contrairement à l'épithélioma de la vulve dont les cellules ont une coloration beaucoup moins prononcée en rapport avec la production de matière sébacée que fournit la muqueuse balano-préputiale. Les papilles nombreuses sont développées dans cet épithélioma du gland par l'exagération de l'état normal.

Comment se produisent les bourgeons épithéliomatés?

Ehrlich et Billroth: accroissement de l'épithélioma par la division des cellules.

Köster: accroissement par apposition des cellules endothéliales lymphatiques qui se métamorphosent (vaisseau lymphatique de dessus rempli de cylindres de cellules épithéliales comme on peut le voir sur les coupes horizontales).

Rindfleisch: prolifération des cellules en partie par apposition de cellules embryonnaires à la périphérie sur les limites de l'épithélium et du tissu conjonctif et en partie agrandissement et division répétée des cellules qui occupent le centre de la couche épithéliale.

C. et D. mon opinion en ajoutant que les cellules s'accroissent en profondeur.

C. et D. se heurtent en cours.

cet accroissement ne peut se faire par la division des cellules coincidée comme l'exagération d'un fait normal ; car les cellules se développent des parties profondes aux couches superficielles, non de bas en haut ; c.a.d. dans un sens absolument opposé.

Ce qu'il y a de positif, c'est la production de nouvelles cellules à la périphérie des lobules comme à la partie inf. de la couche de Malpighi et parfois la confusion de ces parties. Les cellules de la périphérie ou les plus profondes sont les plus jeunes.

Cependant du système lymphatique non doutera moins sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir la multiplication des cellules endothéliales pour fournir aux autres parties.

Parfois disposition des cellules dans le tissu conjonctif, de manière à présenter l'aspect du carcinome, généralement tendance à une certaine malignité qui n'existe pas pour la plupart des tumeurs ; la généralisation s'observe rarement.

Extension de l'épithélioma par continuité aux tissus voisins (aux muscles, aux os). Il y a toujours accumulation de cellules embryonnaires avec destruction des tissus nouveaux et formation d'un tissu épithélial qui reste entouré de cellules embryonnaires avec tendance persistante à l'accroissement du nouveau tissu pathologique.

Extension des lésions aux ganglions voisins (ganglions inguinaux).

Les métastases viscérales sont rares ; cependant on peut les observer dans les divers organes (poumons).

Plus les tumeurs présentent de jeunes cellules, plus elles contagionnent suivant la loi commune à toutes les tumeurs, et les tumeurs des muqueuses sont en général plus graves que celles de la peau.

Tumeurs épithéliales n'offrant pas de gravité se présentant sous la forme de papillomes cornés (verrues, poireaux, cornes) de muqueuses (simples ou compliqués, villeux) – difficulté de la différencier du pédicule simple (inflammatoire) des papillomes ordinaires, et surtout les autres de siège d'un épithélioma. Il nous semble que c'est une raison de plus pour la considérer comme des tumeurs véritables.

44e Leçon
4 mars 90

Epithéliomes à cellules cylindriques
Epithéliomes glandulaires (carcinomes)

Désignés aussi sous le nom d'adénome destructif ou d'adéno-carcinome par les Allemands pour les tumeurs malignes et comprenant aussi des tumeurs bénignes sous le nom ~~d'adénomes~~ adénoïdes, d'adénomes, de polypes muqueux.

Rindfleisch fait remarquer que les tumeurs de la gencive sont considérées par Förster comme des papillomes destructeurs tandis que Kelsch les regarde comme des adénomes prolifères.

Les papilles et les glandes sont tapissées d'un épithélium à cellules cylindriques et c'est aux dépens de cet épithélium que se produisent les néoformations.

Sur toutes les muqueuses à épithélium cylindrique se rattachent aussi celles de l'estomac et de l'intestin.

Aspect macroscopique des tumeurs.

Début par la muqueuse et la sous muqueuse. Bourgeon constitué par un produit épithélial ressemblant à des glandes en tubes et tapissé d'un épithélium cylindrique ....

Le type glandulaire peut disparaître en partie et on peut n'observer que des nids cellulaires de forme irrégulière et n'ayant de cellules cylindriques qu'à la périphérie, tandis que les cellules du centre sont devenues polymorphes par leur accumulation en position réciproque.

Stroma fibreux alvéolaire plus ou moins épais.

On peut aussi rencontrer en plus ou moins grand nombre des points où les cellules sont infiltrées dans le tissu conjonctif sous forme d'amas ou de nématoïdes tout comme dans le carcinome proprement dit.

Différence de ~~la~~ constitution des tumeurs surtout en rapport avec les différences que présentent les muqueuses affectées; car ainsi que le dit Rindfleisch « toutes les muqueuses possèdent chacune une forme spéciale de cellules épithéliales ».

Épithéliomes de l'estomac, de l'intestin
- Dégénérescence colloïde.
Tumeurs dites adénoïdes ou adénomes de t. kystiques ou épithéliales.
Dans la muqueuse de l'estomac, de l'intestin,
des fosses nasales, de la cavité utérine.
Kystes prolifères de l'ovaire (épithéliomes muqueux de Malassez et Sauvage)
Maladies kystiques de la mamelle, du testicule, du rein.
Épithéliomes glandulaires proprement dits ou carcinomes.

Tumeurs caractérisées par la présence de cellules de volume et de forme variés, disposées irrégulièrement en amas dans des alvéoles de dimension variable et dont les parois sont constituées par des travées conjonctives plus ou moins épaisses.

Il a pour origine les cellules des glandes comme la mamelle, le pancréas, le rein, etc. ou des viscères qui renferment des glandes comme l'estomac, l'utérus, etc. et nous avons vu que certains épithéliomes de la peau et des muqueuses pouvaient prendre les caractères attribués au carcinome.

Description du carcinome en général :

1° Carcinome simple
2° C. médullaire ou encéphaloïde
3° C. fibreux ou squirrhe
4° C. colloïde ou muqueux
5° C. mélanique

on peut mêmes admettre d'autres variétés et des variétés moins importantes.

Dépendances se rapportant aux tumeurs observées le plus souvent dans les divers organes.

Métastases dans les ganglions des organes.
phénomènes de dégénérescence et de réparation.

1re Leçon
9 1841

Anatomie pathologique générale

Etude des lésions communes aux divers organes envisagés d'une manière générale.

L'anat. path. générale a pour base l'anat. générale. Les lésions doivent être considérées comme une déviation des éléments anatomiques, ~~dans leur~~ Comme tout continuellement le siège d'échanges ou de renouvellement, ~~leur~~ constitution dans ou rapport avec une nutrition ~~leur rapport, ou leur arrangement, leur~~ fonction. De telle sorte que sous l'influence de causes extérieures ou intérieures connues ou encore inconnues, ~~leur vitalité~~ ou ~~leur~~ ~~fonctionnement~~, ~~il~~ se produit dans ces éléments des ~~modifications~~ portant sur leur constitution, leur rapport ~~et~~ leur arrangement réciproque. ~~Ils~~ Les parties altérées peuvent ~~en~~ être détruites, ~~et reconstituées~~ ~~rapport~~ mais on observe encore une ~~reconstitution~~ plus ou moins parfaite ou une ~~tendance~~ tendance à cette reconstitution et en tout cas à des phénomènes de réparation. Car les éléments anatomiques sont continuellement le siège d'échanges de renouvellement et cette ~~fonction~~ manifestation de l'activité vitale permet à des degrés divers aux milieux des phénomènes pathologiques, de sorte qu'à côté des phénomènes de destruction, il y a toujours à considérer des phénomènes de réparation, même lorsque la maladie a tué [illegible]

Les lésions anatomiques reconnaissent pour cause l'action d'agents physiques ou chimiques ou encore de micro-organismes dont la connaissance nous a été révélée par Pasteur qui a ainsi ouvert une ère nouvelle pour la médecine.

Si nous n'avons pas à nous occuper dans ce cours de l'étiologie des maladies, nous ne pouvons pas nous désintéresser de leur pathogénie et notamment du mode de production des lésions anatomiques dont nous devons faire l'étude.

La médecine clinique avait déjà spécialisé bien des maladies; mais les recherches modernes ont permis de pousser plus loin cette spécialisation par la découverte d'agents microbiens caractéristiques.

Mais pour plusieurs maladies les résultats des recherches contiennent contradictoires. Sous d'autres on a encore bien trouvé, aussi notre étude portera principalement sur les lésions vraies, qu'elle soit un ou un microorganisme quelle qu'soit la cause.

Cette altération de V. peut reconnaître une cause externe ou interne.
Reflexe nerveux produisant secondairement la dilatation vasculaire.

Activité propre des leucocytes : Phénomène, mouvement de Bordet (chimiotaxisme).
Effet, action des solutions salines, du chloroforme et de la paraldehyde.
Action des produits solubles de certains microbes pathogènes, introduits dans le sang ou injectés dans le tissu cellulaire sous-cutané. Empêchant ou favorisant la diapédèse par action sur les centres nerveux (Bouchard, Arloing, Charrin & Gley) Leucocytose. anesthésie et cetasine.
multiplication des cellules par Kassotkinine et autres (Flemming ?)
Rôle de la formation des cellules par chimiotaxisme et de la diapédèse.
Que devient

Théorie de Metchnikoff (phagocytisme).
— de Ribbert (les leucocytes forment autour des bactéries une barrière infranchissable).

Il paraît évident que les nouvelles cellules exsudées sont chargées de débarrasser les parties affectées des substances étrangères (liquides exsudés, matière colorante des globules rouges ou les globules rouges entiers, portions mortifiées des tissus, etc. et enfin microbes et produits microbiens)
« D'après les recherches de Bard et Manard confirmées par celles

de Gabritchevsky et Buchner, les substances les plus attractives pour les leucocytes sont les humeurs animales chargées de produits de désassimilation morbide et à un plus haut degré encore les sécrétions de certaines bactéries.

Phénomènes concomitants à l'inflammation :

Résolution.

suppuration. ... action des microbes dits pyogènes : staphylocoques orangé et blanc ainsi que de nombreuses variétés difficiles à distinguer et qui ne sont pendant différents que par leurs propriétés chromogènes (chaux) ; streptocoque ; bacilles pyogènes fétides de Bard, les micrococcus pyogènes tenues, le pneumocoque, le pneumobacille de Friedlander, les organismes de la morve, de la tuberculose, de la f. typhoïde, le bacillus coli communis, les bacilles saprogènes 2 et 3 de Rosenbach.

microbes isolés ou associés.

Production de pus sans intervention de microphytes. mercure, huile de croton, essence de térébenthine, chloroforme, glycérine, nitrate d'argent.

mortification —

5e Leçon
7 nov. 91

Inflammation (suite)

Les auteurs admettent différentes formes d'inflammation,

1° suivant sa cause (traumatique, ~~chimique~~, ou infectieuse)

2° suivant la nature des exsudats (séro-fibrineux, fibrineux, purulents, putrides, hémorrhagiques).

3° suivant l'altération des tissus (catarrhale, nécrotique, ulcéreux, gangréneux).

4° suivant le siège de l'inflam. dans les organes et les tissus (inflam. de la peau et des muqueuses, des séreuses, de l'appareil de la circulation, des appareils glandulaires, des organes, des nerfs, des muscles, etc.)

(inflam. superficielle et profonde)

(inflam. interstitielle et parenchymateuse)

5° suivant le résultat de l'inflammation (inflam. degénérative et productive) etc.

6° suivant sa marche dans tous les cas (aiguë et chronique).

ces divisions ne se rapportent pas à des types immuables d'inflam, et on peut parfois observer des transformations d'une forme en une autre. Il peut être ainsi très difficile dans certains cas de déterminer exactement à quelle forme appartient une inflam.

Et cependant il est impossible de mettre compte que des conditions étiologiques de l'inflam, qui semblent donner le plus d'unité à une division et constituer la division la plus rationnelle. En effet, on commence seulement à connaître la cause de certaines inflam et pour la plupart cette cause est encore inconnue ou bien est rapportée aux vaguement. Enfin l'agent nocif connu partagé d'une manière bien différente suivant les cas, indépendamment du siège de l'inflam, de son étendue, de sa marche, etc.

Mais si les divisions des auteurs ne suffisent pas à caractériser absolument des formes ~~par la description des~~ inflam, elles peuvent ~~[illegible]~~ au moins à décrire les principales

Le temps dont nous disposons pour ces leçons ne nous permettra pas d'entreprendre la description de toutes les formes et variétés d'inflam. Nous nous contenterons de l'étude des types principaux, sauf à revenir sur certains points particuliers à propos des pièces que nous aurons l'occasion d'examiner

Inflammations aiguës & chroniques

Inflammations aiguës avec exsudations séreuses, séro-fibrineuses, muqueuses & purulentes.

— Préparations microscopiques se rapportant:

- à une inflam. de la peau (œdème érysipélateux de la jambe)
- à une inflam. des séreuses (péricardite & pleurésie aiguës).
- à une inflam. des muqueuses (coryza, bronchite & bronchopneumonie)
- à une inflam. parenchymateuse (pneumonie catarrhale & fibrineuse) remarquer aussi rapport de l'épithélium.

Ce terme d'inflam. parenchym. peut être conservé pour indiquer le siège de l'inflam. dans un organe, ainsi que l'admet Ziegler, mais encore il prête à la confusion en raison de la distinction faite par Virchow qui oppose les inflam. parenchymateuses aux inflam. interstitielles. Nous aurons bientôt l'occasion de revenir sur ce point & de vous démontrer que le processus inflammatoire est toujours & partout le même.

12e Leçon
Ve Xbre 1891

Inflammation (suite)

Phénomènes de réparation

- Résolution -
- Formation d'un tissu de cicatrice -

Lyon
nov. 90

Anatomie pathologique générale

Étude des lésions communes aux divers organes envisagées d'un point de vue général.

L'anat. path. gén.e a pour base l'anat. générale. De même que les symptômes peuvent être considérés comme une déviation des fonctions de l'organisme, les lésions ne sont constituées que par une déviation dans les éléments anatomiques, soit dans leur constitution, soit dans leur rapport ou dans leur arrangement.

Les éléments anat. sont continuellement le siège d'échanges ou de renouvellement en rapport avec leur nutrition et leur fonction.

Bien qu'ils ne soient pas identiques à toutes les époques de la vie, ils peuvent à toutes les périodes être augmentés, diminués ou pervertis sous l'influence de causes extérieures.

L'embryon ou bébé de l'organisme est soumis aux mêmes lois.

Dans les 3 premiers mois qui correspondent aux phases principales du développement du fœtus, troubles pathologiques ou par défaut peuvent donner lieu à des malformations ou à des monstruosités.

ces altérations ressortissent à l'anatomie pathologique, mais intéressent surtout l'anatomiste au point de vue de l'embryogénie, l'accoucheur et le chirurgien au point de vue pratique.

Plus tard dans la vie intrauterine et même dans l'enfance, les lésions peuvent occasionner un trouble dans le développement des déformations plus ou moins prononcées, mais qui diffèrent absolument des monstruosités.

On a plutôt cherché à assimiler à ces dernières les tumeurs rencontrées dans les divers tissus à toutes les époques de la vie en les considérant comme un vice de développement (théorie de Cohnheim sur laquelle nous reviendrons). Toutefois ce sont là que des hypothèses que les théories microbiennes ont commencé à battre en brèche.

M. Bouchard a démontré récemment que le diapédèse de la phagocytose peut être entravée par les produits solubles de certains microbes pathogènes. MM. Massart et Bordet ont aussi trouvé que le chloroforme et la paraldéhyde avaient une action paralysante sur les leucocytes. Ces auteurs attribuent aux microbes pathogènes le pouvoir d'attirer les leucocytes hors des vaisseaux ? (Chimiotaxisme)

Il est certain que les agents irritants peuvent agir sur la paroi en arrivant dans le sang directement ou en provoquant de l'œdème et en intervenant en même temps les tissus. Ils peuvent agir aussi loin des v. par l'intermédiaire du système nerveux.

Même explication pour les tissus non vasculaires.

Exp. de Cohnheim sur la cornée de grenouille après injection préalable de bleu d'aniline.

Pour Cohnheim l'arrêt ou le ralentissement de la circulation suffit à amener une altération de la paroi qui permet la sortie d'éléments d'exsudation.

Sa théorie lui permet d'expliquer tous les phénomènes.

Avant lui Recklinghausen avait observé la migration des cellules lymphatiques dans le tissu conjonctif et Waller avait constaté la migration des globules blancs à travers les vaisseaux. Mais Cohnheim a montré cette migration sous un jour nouveau en supprimant le rôle contrôle important dans les phénomènes pathologiques et dans l'affection

Th. de Cohnheim vivement attaquée.
Rolin – Bottcher et Stricker, Morel, Duval et Strauss, etc – Seitz.

Hoffmann et Recklinghausen, Cornil et Ranvier, Rindfleisch, etc. admettent les exp. de Cohnheim, mais prétendent qu'il se fait en outre une prolifération des éléments plasmatiques, ce que Cohnheim, exposant absolument Recklinghausen a vu la production de cellules nouvelles dans un cloaque lié à l'exception
Grawitz, Ziegler, Marchand (congrès de Berlin 1890) admettent bien la diapédèse des globules blancs dans l'inflammation, mais ils admettent aussi que les phénomènes de réparation doivent être attribués aux cellules fixes conjonctives. Nous revendrons ce point.

Observations de C. et R. dans l'inflam. exp. de la cornée, du cartilage, du gd épiploon, de l'ostéomyélite, s. cutané. Cellules en voie de multiplication, c.a.d. à plusieurs noyaux. – On peut aussi expliquer la présence de ces cellules par l'absorption religieuse des épithélies.

Division directe d'abord, indirecte maintenant.
Quant à moi, c'est en vain que j'ai cherché à la voir ni l'homme et les animaux.

C. et R. admettent la multiplication des cellules épith. dans l'infl. du gd épiploon et d'autres par la transformation des cellules embryonnaires pour la formation de l'épithélium devenir ou dessin des bourgeons charnus. En cas ils admettent vivement les cas la Th. de Cohnheim et celle de Virchow ou les deux en même temps.

objection très du peu de probabilité de deux processus différents pour arriver au même but.

Sous réserve de Hayem la théorie de Cohnheim « est la seule qui ait en sa faveur des faits très précis, bien vérifiés ».

Difficulté de définir l'inflam. en raison des phénomènes complexes. On pourrait dire avec Rokitansky que c'est « un travail morbide qui, débutant par la stase, aboutit à l'exudation, mais en laisse de côté des phénomènes importants. Il faut ajouter que l'évolution de la mode de terminaison peuvent être très variables suivant sa cause, son siège, son étendue, etc.

En effet ce qui caractérise d'abord l'inflam. c'est la dilatation des v. et la stase sanguine, bientôt suivie de l'émigration des globules blancs principalement et de l'exudation d'un liquide (liquide plasmatique, lymphe coagulable).

Sous beaucoup d'auteurs activité augmente des cellules (activité nutritive, formative et par conséquent fonctionnelle).

Sous Virchow le premier effet de l'irritation serait d'augmenter l'activité des cellules et de faire de hardinoïd anatomique par la transformation hoble.

L'observation ne confirme pas ses idées théoriques. Des troubles circulatoires engendrent des troubles de nutrition et des troubles fonctionnels correspondants. Évolution des cellules à l'état de transformation trouble. Le retour des cellules à l'état embryonnaire n'est plus soutenable.

L'exsudat a aussi une action destructive sur le tissu conjonctif (Billroth, Rindfleisch).

Il est certain qu'un tissu infiltré perde sa cohésion et tend à se ramollir. Le tissu peut se liquéfier et disparaître tout entier. Voir un processus analogue de calcification de l'os enflammé et transformation de ses éléments constituants.

Mais en même temps activité augmentée dans les cellules de la périphérie jusque à production des phénomènes de réparation.

Toutes les phases du processus peuvent être expliquées par la persistance des phénomènes normaux et la tendance à la réparation, en prenant pour base la théorie de Cohnheim.

ouvrir l'occasion d'examiner.

4e Leçon
11 7bre 90

Inflammation (suite)

On admet différentes formes d'inflam.

1° suivant la cause (traumatique ou infectieuse).

2° suivant la nature des exsudats (inflam. séro-fibrineuse, fibrineuse, purulente, putride, hémorrhagique)

3° suivant l'altération des tissus (inflam. catarrhale, nécrotique, ulcéreuse, gangréneuse).

4° suivant le siège de l'inflam. dans les organes et les tissus (inflam. de la peau et des muqueuses, des séreuses, de l'appareil circulatoire, des appareils glandulaires, des organes, des nerfs, des muscles, etc.).

(inflam. superficielle et profonde)

(inflam. interstitielle et parenchymateuse)

(inflam. dégénératrice et productrice), etc.

5° suivant sa marche dans le cas (voir ci-dessus)

+ de suite...

nous ne pouvons pas entreprendre la description de toutes les formes et variétés que l'inflam. peut présenter, le cours entier n'y suffirait pas. nous nous contenterons de l'étude des types principaux, sauf à revenir sur certains points particuliers ~~à propos~~ des pièces que nous aurons l'occasion d'examiner.

Du reste ces divisions proposées par les auteurs ne se rapportent pas à des types immuables d'inflam. et on peut facilement observer des transformations d'une forme en une autre ou bien il peut être difficile de déterminer exactement à quelle forme appartient une inflam. et cela ~~[illegible]~~ dépendra des conditions multiples qui peuvent se présenter pour changer forme par le fait des circonstances multiples et variées qui seraient établir les divisions. Et cependant il est impossible de ne tenir compte que des conditions étiologiques de l'inflam. qui semblent donner le plus d'unité à une division, car autre ~~[illegible]~~ que l'on commence seulement à connaître le point de départ de certaines inflam. ~~pour le moment~~ il est encore inconnu. Et même l'agent nocif comme agit d'une manière bien différente suivant les cas, indépendamment du siège de l'inflam., de son étendue, de son marche, etc. ; mais ces divisions ne faites par la description des inflammations ne permettent à caractériser une inflammation donnée mais ne pouvons pas entreprendre ...

Inflammations aiguës.

avec exsudations séreuses, muqueuses, purulentes (fibrineuses, hémorragiques)

- Inflammation de la peau : œdème erysipélateux de la jambe (préparation) - ~~Exsudat séreux oppressant~~ - ~~hémorragie, etc.~~
- Inflammation des séreuses : Péricardite et pleurésie aiguës (préparation) exsudat séreux et purulent.
- Inflammation des muqueuses : Bronchite et broncho-pneumonie (préparation) exsudat muqueux et muqueux-purulent.
- Inflammation parenchymateuse

Ce terme peut être conservé pour indiquer le siège de l'inflam. dans un organe, aimé que l'admet Ziegler ; mais encore il prête à la confusion, en raison de la distinction faite par Virchow qui oppose les inflam. parenchymateuses aux inflam. interstitielles.

L'altération des épithéliums peut exister avec ou sans phénomènes inflam., et ces phénomènes peuvent se produire sous que les épithéliums soient sensibles à effets. Nous reviendrons sur ce point à propos de l'inflam. chronique.

Pneumonie catarrhale et p. fibrineuse (préparations)
Pneumonie purulente.

7e Leçon

Inflammation (suite)

18 nov. 70

Inflammation donnant lieu à un exsudat purulent

L'exsudat inflammatoire, quel que soit son siège peut être purulent, séro-purulent, fibrino-purulent, muco-purulent.

Caractères macroscopiques et microscopiques des exsudats purulents.

Les exsudats purulents, comme les exs. plastiques, ne suffisent pas pour être démontrés.

Causes qui donnent lieu à la suppuration.

Cocci pyogènes (staphyl. et strept.) agents phlogogènes et pyogènes.

Abcès aseptiques produits par des agents chimiques et par des alcaloïdes d'origine animale (ptomaïnes et leucomaïnes). Sepsine de Panum et Bergmann. D'après Bouchard ces substances seraient élaborées par les microbes.

Propriétés pyogènes et pathogènes

En tout cas si les produits microbiens suffisent à donner lieu à la production de pus, les microbes ont une action beaucoup plus active.

— Catarrhes muco-purulents —

— Suppurations de pleurésie purulente aspect des plèvres viscérale et pariétale

— Suppurations d'hépatisation grise du poumon en voie de formation.

- Rép. d'abcès du foie.
- Rep. d'abcès métastatiques du poumon et du rein.

Inflammation donnant lieu à l'ulcération
- ~~Rep~~ Réparation d'un ulcère de la jambe.
- Réparations de plaques de Peyer en voie d'ulcération et ulcérées (in f. typhoïd).
- Rép. d'ulcérations du gros intestin dans la dysentérie.

Inflammation diphtéritique qui ne doit pas être confondue avec l'inflam. croupale ou plastique des allaitements.

C'est une inflam. nécrotique portant sur les parties superficielles des muqueuses ou des téguments.

Caractères qui présentent les pseudomembranes.

Réparations de diphtérie larynguée (croup, etc.)

Les autres inflammations nécrotiques qui portent sur des étendues plus ou moins considérables des organes et des tissus ne sont à proprement parler que des inflam. accompagnant la nécrose, la gangrène, et nous nous en occuperons en traitant de bénéfices et dégénérescences.

10e Leçon
25 nov. 90

Inflammation (~~suite~~)

Phénomènes de réparation.
Résolution de l'inflammation.

Retour à l'intégrité. Dans les cas d'inflam. légère et lorsque la cause productrice a disparu si les vaisseaux récupèrent rapidement leur fonction, on peut l'observer égale et dans les cas de lésions plus intenses lorsque les portions nécrosées sont très limitées et portent sur des tissus susceptibles de se reproduire (épithélium, os). Et encore la régénération n'est elle pas parfaite si l'altération atteint les tissus de manière à modifier profondément la nutrition; car la circulation ne se reproduit pas de la même manière il en résulte des modifications plus ou moins profondes dans la partie reconstituée.

Certains éléments détruits ne se reproduisent pas, comme les cellules des centres nerveux, le tissu musculaire chez les mammifères, des portions d'organes (foie, rein, etc.) lorsque même dans ces cas, on peut observer une tendance à la reproduction des éléments constitutifs de ces organes.

13e Leçon
2 Xbre 90

Inflammation (suite et fin)

Inflammation interstitielle qu'on observe communément au sein des parenchymes, à l'état aigu ou à l'état chronique, suivant que l'action de l'agent irritant a lieu d'une manière rapide ou lente ou encore par suite de la répétition de la cause d'irritation, sans altération appréciable des éléments spécifiques de chaque organe, ou avec des altérations plus ou moins profondes de ces éléments ou au contraire avec une hypertrophie ou hypergénèse.

Les inflammations interstitielles diffèrent des inflammations que nous avons étudiées précédemment en ce qu'elles n'aboutissent pas à la suppuration. Elles ont la plus grande analogie avec les inflammations terminées par résolution, mais avec prédominance de tissu conjonctif qui existe toutes les fois que l'inflamm. a persisté tout soit peu ou s'est reproduite à plusieurs reprises.

nous avons vu que l'inflam. aiguë de la plèvre, même après une résolution rapide laissait, un peu d'épaississement ou de sclérose de cette membrane. Ce même phénomène peut se produire d'une manière insensible, c.a.d. par un processus plus lent, avec des exudats moins abondants qui aboutissent surtout à la pleurésie sèche qui est à proprement parler une inflam. interstitielle de la plèvre semblable à celle qu'on observe au sein du parenchyme.

L'examen d'une préparation de bronchite chronique permet bien de voir l'analogie qui existe entre une b. aiguë et une b. chronique, ainsi que la transition de l'une à l'autre forme d'inflammation.

De là à la sclérose pulm. il n'y a qu'un pas. Nous ~~avons~~ avons ~~abord~~ un des types d'inflam. interstitielle. Ce qui la caractérise, c'est sa diffusion à une portion plus ou moins étendue du parenchyme pulm. Son prédominance dans les lésions dans les voies lymphatiques et que correspond là où prédomine [illegible]

En considérant une préparation de sclérose dermique produite par un acide minéral, on peut voir que n'étant la perméabilité de la couche de malpighi, on pourrait croire qu'on a affaire à une plaie en voie de cicatrisation, autour des cellules abondantes qui se trouvent à la superficie de la peau et des productions conjonctives dans les parties profondes.

Du reste quel que soit l'organe où l'on rencontre de l'inflam. interstitielle, celle-ci est partout caractérisée par la production d'une quantité plus ou moins grande de jeunes cellules et de tissu conjonctif.

préparation de néphrite interstitielle où ces deux éléments se trouvent en abondance.

Mais il peut se faire que le tissu conjonctif soit l'élément prédominant et que de plus abond il semble ne pas y avoir de productions cellulaires anormales.

autre préparation de néphrite interstitielle.

mois dans le dernier cas, on peut quand même trouver des points où il y a un peu plus de tissu conjonctif et où se trouvent des cellules en plus ou moins grand nombre.

Il n'est pas douteux que dans le cas le processus soit le même que dans le cas précédent, dont il ne diffère que par un processus plus lent ou parce qu'il s'agit d'une lésion dont l'évolution a cessé, par suite de l'action moins forte ou moins persistante de la cause d'irritation ou encore par suite de la résistance plus grande du tissu aux causes d'inflam.

Dans la cirrhose surtout où l'inflam. interstitielle a lieu d'une manière ordinaire lente, on peut trouver des types les plus variés, depuis la production abondante de cellules avec très peu de fibres conjonctives jusqu'aux productions abondantes de tissu conjonctif dans les cirrhoses scléreuses et hypertrophiques. Mais dans ce cas là encore les cellules embryonnaires sont toujours en plus ou moins grand nombre.

Etat des éléments spécifiques dans les inflam. interstitielles.

Lorsque l'inflam. interstitielle a une marche aiguë et se produit sous l'influence de certains agents chimiques ou dans le cours de certaines maladies, on peut observer des altérations plus ou moins profondes de ces éléments spécifiques et notamment des cellules glandulaires qui sont alors considérées par certains auteurs comme des inflam. parenchymateuses et on dit alors qu'il s'agit d'une inflam. mixte, c'est-à-dire, à la fois interstitielle et parenchymateuse.

Déjà à propos des inflammations aiguës je me suis élevé contre cette hypothèse d'une inflam. propre des cellules, en dehors des phénomènes d'inflam. concernant tous les tissus et caractérisés par les troubles vasculaires, les phénomènes d'exsudation, etc. Il n'est pas plus

rationnelle d'admettre a priori particulière
hypothétique d'inflam. dans ces cas.
Il ne s'agit ayant d'altérations cutanées
plus ou moins marquées suivant des
circonstances nombreuses, (ex. de préparations) dans certains
cas ces altérations sont manifestes, bien
plus souvent, il est difficile de dire
si elles existaient en réalité sur le
sujet dont on examine la pièce, en
raison des particularités nombreuses
qui peuvent donner lieu à des erreurs.
(durée de la maladie et notamment de l'agonie
avec ou sans élévation de la température, circonstances
favorisant la décomposition cadavérique et
temps qui sépare la mort du moment de
l'autopsie et même de l'examen, en raison
de l'altération facile des épithéliums, préparations
employées, manipulations, &c.)

La sclérose peut exister également dans
deux cas en apparence semblables au point
de vue de la cause et du degré de lésions avec
des altérations cellulaires différentes, mais il est impossible
de révéler des conditions d'autopsies pour permettre la comparaison
de l'attitudinal d'une lésion parenchymateuse inorganique

ce qu'il y a de certain, c'est qu'on peut trouver des altérations très prononcées au pourtour des éléments spéciaux (~~[illegible]~~ bronchite, ~~[illegible]~~)

Ce n'est ayant donné les cas de sclérose étendue au point d'étouffer les éléments spéciaux qu'on ~~peut voir~~ cependant plus ou moins atteints, mais ils paraissent plutôt atrophiés qu'en voie de dégénérescence. Ainsi petites cellules et petits tubes au sein d'une plaque de sclérose dans lesquels on voit même dans les organes glandulaires des éléments cellulaires qui augmentent aussi de volume ~~[illegible]~~ une tendance à la formation d'éléments nouveaux qui sont plus ou moins modifiés.

Dans les muscles sclérose avec atrophie ou hypertrophie musculaire.

Dans les nerfs sclérose avec atrophie ou persistance des éléments nerveux.

~~Il est~~ il reste encore à déterminer pourquoi une inflam. chronique peut procéder de deux mécanismes aussi différents. Pour le moment on ne peut faire que des hypothèses à ce sujet.

C'est surtout au sujet du ramollissement et du rôle que les opérations de l'inflammation parenchymateuse primitive, ou comme d'inf. intercurrente, est souvent posée. Mais de ce que le ramollissement ou le rôle peuvent éprouver des phénomènes de dégénérescence trophique ou par défaut de fonction qui sont suivis d'inflamm. interstitielle, il ne s'en suit pas que les premiers phénomènes observés soient des phénomènes d'inflamm. On peut parfaitement expliquer les altérations des organes spéciaux qu'elles soient primitives ou secondaires sans les considérer comme résultant d'un processus inflamm. particulier aux organes.

Ex. du ramoll. cérébral et de dégénér. où l'on trouve de suite les signes de dégénér. suivis des phénomènes d'inflamm. secondaires.

Le processus inflamm. est donc le même pour tous les tissus et tous les organes. Il n'y a de différences que dans la évolution et la terminaison.

Inflammations nodulaires.

Inflam. décrites aussi sous le nom d'inflam. spécifiques. Mais toutes les inflam. spontanées peuvent être rangées sous ce chef en raison de leur production par des agents microbiens.

Les inflam. nodulaires comprennent :

La Tuberculose

La Syphilis

La Lèpre

La Morve

l'Actinomycose

Ce sont des inflam. caractérisées surtout par la formation de granulations qui présentent au centre une tendance à la dégénérescence et à la périphérie une marche envahissante.

Extension des lésions de proche en proche et au loin par le système lymphatique et le sang.

Elles sont inoculables d'où le nom de granulations infectieuses.

Leur cause réside dans un agent infectieux microbien déterminé pour chaque maladie.

Nous ne nous occuperons que de la tuberculose et de la syphilis, en raison de la rareté des autres affections dont nous ne possédons, du reste, aucune pièce.

Tuberculose

Beale, Laennec, Louis, Andral, Cruveilhier, Lebert, Reinhardt Virchow : - Dualistes et unicistes.

Exp. de Villemin (1866) démontrent à la fois le caractère infectieux de la maladie et l'unicité des lésions.

Retour à l'unicité depuis les travaux de Grancher et de Thaon (1872), mais surtout depuis la découverte de Koch (1882).

La tuberculose est caractérisée par la présence dans les tissus affectés de tubercules ou nodules tuberculeux.

Caractères que présentent ces nodules à l'état récent sous la forme de granulations grises demi-transparentes ou jaunâtres (granulations miliaires).

Examen des lésions à l'œil nu . . . .

Examen microscopique : constitution du tubercule typique simple par une partie centrale où se trouvent des cellules épithélioïdes avec ou sans cellule géante et par une zone périphérique de jeunes cellules, dite zone de prolifération.

Présence ou absence de bacilles de Koch.

Tubercules isolés et ordonnés et agglomérés.

Disposition des cellules - amas arrondis, multiples dans les nodules les plus petits - abouts des vaisseaux.

Etat du tissu péri ou inter-nodulaire. Cellules lymphatiques ± abondantes au niveau des vaisseaux du tissu affecté et tendance à la sclérose diffuse du tissu avec prédominance près des tubercules et le long des vaisseaux.

Pathogénie —

19e Leçon
16 Xbre 90

Tuberculose (suite)

Caséification du tubercule

Nécrose de coagulation qui se produit au niveau de la cellule géante et des cellules épithélioïdes, puis dégén. granulo-graisseuse et désagrégation moléculaire des cellules.

Si le processus se produit sur des points limités et lentement, on voit ~~des~~ ~~phénomènes~~ des phénomènes de réparation que nous étudierons prochainement.

Mais si le processus est plus ou moins étendu et rapide, il se produit des ~~amas~~ amas caséeux compactes ou en voie de ramollissement et qui peuvent donner lieu à des pertes de substance désignées sous le nom d'ulcérations à la surface des tissus et de cavernes dans les parenchymes.

Pour que ces divers phénomènes se produisent il faut que les amas caséeux soit plus ou moins volumineux.

on s'est demandé alors si ces masses étaient formées par des granulations réunies en grand nombre ou diminuées dans un temps où elles avaient donné lieu à un processus inflammatoire de même nature ou encore s'il s'agissait d'un autre processus inflam.

C'est la comparaison de la tuberculose unique du poumon avec les autres formes de tuberculose pulm. à gros tubercules diminués ou à forme pneumonique massive qui a donné lieu à ces hypothèses.

Il est certain que des granulations isolées agglomérées peuvent subir la dégén. caséeuse en se confondant. Mais il ne peut jamais en résulter que des amas caséeux peu volumineux. Certaines préparations montrent ces amas avec des granulations isolées voisines.

Par contre on voit des amas plus volumineux formés ~~[illegible]~~ ou de masses dont la constitution est analogue à celle du processus pneumonique ord. Elles diffèrent en ce que les lésions interstitielles

uniformément répartis et qu'il existe toujours des points présentant la forme nodulaire, qu'en outre ces exsudats sont immédiatement envahis par la nécrose de coagulation et transformés ensuite en matière caséeuse.

Si les foyers ne sont pas trop considérables on voit bien à la périphérie se former une zone embryonnaire avec les caractères habituels du tubercule (tubercule pneumonique de Grancher). Mais on voit aussi des amas de pneumonie caséeuse qui ne sont environnés que par un tissu ~~infiltré~~ seulement d'exsudats pneumoniques moins compacts et non encore dégénérés.

Ces pneumonies sont certainement de nature tuberculeuse (inoculables et à siège de bacilles)

Il s'agit seulement d'un processus plus rapide et produit sur une plus grande étendue, de telle sorte que les cellules exsudées en grand nombre comme dans la première ordre sont nécrosées avant d'avoir pu être évacuées comme nous l'avons vu dans la tuberculose miliaire.

Ces deux formes de tuberculose peuvent être observées aussi dans la plupart des organes.

Ce sont ces formes inflammatoires et diffuses qui doivent être le plus souvent à la production des grosses masses caséeuses et à celle des ulcérations et des cavernes.

Ces masses sont aussi produites par l'extension des premières lésions surtout lorsque elles ont les caractères d'inflam. diffuse.

Enfin l'oblitération des vaisseaux peut jouer un rôle important en raison de la mortification qui peut se produire par ce fait sur une étendue plus ou moins considérable et qui est indéniable dans certains cas où l'on voit encore toute la charpente du tissu n[illegible]

22e Leçon — Tuberculose (suite et fin)
23 X bre 90

— Tendance des tubercules à la réparation qui peut aller jusqu'à la guérison, ainsi qu'ont démontré depuis longtemps Grimm, Cruveilhier, etc. pour les lésions macroscopiques et qu'ont confirmé les examens microscopiques des auteurs contemporains. Toutefois on admet depuis Virchow l'existence de granulations fibreuses qu'on oppose aux granulations précédentes, décrites et une forme de phtisie dite phtisie fibreuse, mais le processus est le même dans tous les cas, sauf que les phénomènes de réparation dominent dans les cas où les lésions prennent l'aspect fibreux. C'est ce qui ressortira de l'étude que nous allons faire des phénomènes de réparation des tubercules sous leurs divers formes dans les tissus.

Tuberculose initiale du poumon, de la plèvre, du péritoine, du foie, du rein, etc.

Phénomènes de réparation en rapport avec la petite étendue des lésions et la présence des vaisseaux perméables.

Granulations tuberculeuses, ou mieux caséeuses, plus ou moins volumineuses entourées de ~~tissu~~ conjonctif qui tend à les isoler (tub. du poumon, du cerveau, etc.)

Dans les lésions tuberculeuses, tendance à la production d'un tubercule brûlé et étouffé

Dans certains cas la production du tissu fibreux est telle, ~~notamment~~ dans le poumon qu'on a pu lui donner le nom de phthisie fibreuse; mais le fait n'est pas spécial au poumon; on peut l'observer dans la plupart des organes, ~~notamment~~ dans le rein, dans les ganglions, dans les os, les articulations, les tissus périphériques, etc. partout il ne s'agit que d'un phénomène de réparation ou mieux de cicatrisation — au moins des parties détruites.

Cicatrisation complète au sommet des poumons, dans le rein, dans les ganglions.

Souvent la cicatrisation n'est pas parfaite — raison de l'étendue des lésions, de leur multiplicité et c'est ainsi qu'on voit le tissu conjonctif se produire en grande quantité opérant d'abord une cicatrisation complète sur les premiers points envahis et amenant des cicatrisations plus ou moins incomplètes ou n'indiquant qu'une tendance à la réparation.

En tout cas le phénomène est constant pour la plupart des lésions depuis les plus minimes jusqu'aux plus grandes et on peut même voir des cavernes complètement cicatrisées.

Ce n'est que dans certains foyers de bacilles pneumiques étendus à marche très rapide dans la période ultime que ces phénomènes de réparation paraissent avoir été empêchés.

Il peut arriver que des portions fibreuses soient frappées de mortification en bloc, probable par le fait d'oblitération vasculaire qui se produit dans les sclérosés étendues.

La présence du poumon de charbon, d'oxyde de fer, de gris, dans le poumon semble favoriser la production du tissu conjonctif, c'est-à-dire des formes lentes de la tuberculose et des phénomènes d'régression, quoique il n'y ait rien d'absolu à ce sujet.

Extension de la Tuberculose

de proche en proche et par les voies lymphatiques principales.

Généralisation de l'affection par la circulation sanguine, donnant lieu alors à la tub. miliaire aiguë, mais tous les organes ne sont pas égaux à atteindre en raison des conditions anatomiques des organes et surtout de leur situation par rapport au siège primitif de l'affection.

Aussi la tub. aiguë est-elle ord. précédée de lésions primitives tuberculo-caséeuses ou scrofuleuses (ex. de Wunderlich), mais en général dans les organes communiquant avec l'air, lorsque les lésions ne sont pas possibilité d'une tuberculose aiguë d'emblée.

La tub. peut aussi être disséminée à distance sur les muqueuses par le fait du contact prolongé de la matière infectieuse surtout si perméables sont les, lorsque la muqueuse est altérée. Les altérations inflam. antérieures sont favorables à son développement.

Si l'estomac et le duodénum sont sains, indemnes, cela tient probablement aux sécrétions des glandes de ces organes et à la présence de la bile qui s'opposent au développement des bactéries.

La tub. est donc inoculable à distance sur le même individu, ce qui prouve que l'affection ne confère pas l'immunité pour une autre détermination.

Elle est encore inoculable de l'homme aux animaux ; des animaux à d'autres animaux et probablement de l'homme à l'homme.

Les exp. de Villemin confirmés par de nombreuses expériences ont définitivement classé la tuberculose parmi les maladies infectieuses.

Découverte de l'agent infectieux par Koch. Démontrée par les méthodes bactériales. Bacilles dans toutes les lésions tuberculeuses et notamment dans les lésions suppurées en contact avec l'air, mais aussi dans les crachats. Ils ont été rencontrés, quoique en moins grand nombre, dans les lésions dites scrofuleuses. La tuberculose de l'espèce bovine paraît présenter des bacilles quelques certains autres faisant des réserves à ce sujet. Enfin on les trouve en abondance dans la tuberculose expérimentale.

Préparation des bacilles de la tuberculose.

Les bacilles cultivés dans le sérum du sang de bœuf ou de mouton préalablement stérilisé et solidifié produisent la tuberculose lorsqu'ils sont inoculés aux animaux.

D'après Koch les bacilles ne pourraient être engendrés qu'entre la temp. de 30° à 41°, ce qui permet d'admettre leur non multiplication en dehors du corps, dans les différents organes, multiplication lente et plutôt dans les régions où il s'est pris expansé à des déplacements. D'où l'importance relative de certaines régions, mais les points qui semblent être d'infection sont des lieux d'élection pour leur développement spécifique.

Enfin prédispositions héréditaires ou individuelles ; il est ainsi que certaines espèces d'animaux sont plus favorables que d'autres à l'inoculation dans certaines conditions.

24e Leçon
6 janv. 91

Syphilis

Maladie infectieuse dont la transmission a lieu de l'homme à l'homme et quelquefois de la mère à l'enfant.

accident primitif, accidents secondaires et tertiaires

accident primitif : chancre induré

aspect à l'œil nu.

Examen micr. des préparations du chancre du prépuce pelé,

chancre syphilitique cicatrisé,

induration chancreuse.

Inflammation nodulaire constituée par un tissu de granulation avec épaississement des parois des V. agglomération très confluente de petites cellules rondes. D'après les auteurs on pourrait aussi rencontrer quelques cellules épithélioïdes et même des cellules géantes.

En somme tissu de granulation avec tendance à la sclérose et épaississement des parois vasculaires.

D'après C. et R. l'induration serait due à la cohésion de la substance fondamentale amorphe ou fibrillaire au milieu de laquelle se trouvent les cellules embryonnaires, mais elle semble plutôt due à cette tendance à la sclérose, aussi quand l'infiltration du tissu conjonctif ancien par une qte quantité de cellules et de leur production abondante de tissu élastique, - lors de grand développement. cicatrisation.

accidents secondaires.

Bouffissure indolent des ganglions vision du chancre sans suppuration.

Les lésions ~~ntes~~ secondaires de la peau ne diffèrent surtout dans la production de papules de condylomes ou plaques muqueuses dont les lésions sont identiques quant à leur nature et ne diffèrent que pour l'intensité.

Ex. univ. de plaques muqueuses.

Infiltration de cellules de liquide dans tout l'épaisseur de la muqueuse y compris la couche épithéliale, d'où épaississement du réseau papillaire et du derme. Dilatation des vaisseaux.

Les larges papules de la peau, surtout dans les endroits humides sont semblables aux plaques muqueuses.

accidents tertiaires.

Les manifestations tertiaires de la syphilis sont surtout constituées par des gommes (syphilomes de Virchow) que l'on peut rencontrer dans la peau, le tissu cellulaire adipeux sous-cutané, dans les muscles, dans le périoste, dans les os, dans les ~~muq~~ muq, mais surtout dans le foie, dans les testicules, plus rarement dans les reins, dans les poumons, dans l'encéphale, dans le corps thyroïde, dans la rate, dans l'aorte, etc.

inflam. interstitielle affectant la forme nodulaire aspect variable suivant les régions.

Les gommes de la peau, du périoste et de l'os sont d'abord fermes, puis elles se ramollissent et s'ulcèrent donnant issue à un liquide muqueux ou gommeux qui devient sanieux purulent. Surface de suppuration fongueuse, bourgeonnante, irrégulière.

Dans les autres organes les gommes sont constituées par des masses d'un gris jaunâtre et parfois rougeâtre de forme arrondie ou irrégulière, à surface sèche. Elles sont enclavées dans un tissu inflam. qui va tarder pas à devenir fibreux.

Au début elles sont constituées par une infiltration cellulaire à la fois diffuse et nodulaire du tissu dans lequel elles siègent, avec tendance à la dégén. granulograisseuse du centre des nodules et de toute portion circonvoisine par la sclérose qui se produit autour du tissu de granulation périphérique, dans lequel on trouve les vaisseaux atteints d'inflamm. oblitérante qui très vraisemblablement occasionne les phénomènes de dégén. constatés dans les parties centrales.

Weillaumenet.
6 rue des Beaux Arts

Gommes des gommes dans divers organes.
Préparations de gommes du foie
— de gommes du poumon chez l'enfant
— chez l'adulte

- Nature des gommes.
Inflammation spécifique comme celle des manifestations primitives et secondaires.
Elle paraît déterminée par des bacilles (Gustafson) analogues à ceux de la tuberculose.

Remarques relatives aux bacilles des gommes (Alvarez, Demel).
Sévère syphilitique des artères (peri et endartérite obliterante).
Existe-t-il des sclérose ~~des lésions syphilitiques~~ en dehors de la sclérose consécutive des affections décrites précédemment?
Sclérose du foie?
Sclérose des reins?
Sclérose des centres nerveux?
Ces sclérose sont fréquentes chez les syphilitiques ou plutôt chez les personnes ayant eu la syphilis et non chez celles qui ont des manifestations syphilitiques. Ces inflam. ne sont pas nodulaires et sont au contraire diffuses. Enfin le traitement spécifique qui réussit dans toutes les autres manifestations syphilitiques ne paraît pas avoir d'influence sur elles.
Il semble donc que les personnes ayant eu la syphilis seraient seulement prédisposées à les sclérose. Mais dans les sclérose des centres nerveux, on retrouve toujours l'antécédent de la syphilis dans [illegible] antérieures.

97e Leçon
13 janv. 91

Tumeurs

Malgré les nombreux travaux dont les tumeurs ont été l'objet et qui ont contribué à faire connaître beaucoup de choses importantes à leur sujet ; il reste encore à découvrir leur pathogénie qui seule peut permettre de les classer.

Il est même très difficile de dire en quoi consiste une tumeur et comment elle se distingue des autres productions morbides. Surtout longtemps toute transformation était considérée comme une tumeur. On comprend de cette sorte les transformations de nature inflammatoire étant encore comprises parmi les tumeurs.

À la suite des travaux de Bichat, de Dupuytren, on divisa les tumeurs en 2 grandes classes : formations nouvelles accidentelles et productions sui generis.

Homeoplasie et hétéroplasie de Lebstein.

Hypothèses sur la nature parasitaire des tumeurs, sur la présence dans les tumeurs d'une substance chimique particulière, sur la production d'éléments histologiques spécifiques.

J. Müller a formulé sur la nature des tumeurs

des idées tout opposées qui sont aujourd'hui généralement adoptées. Sous lui le tissu qui forme une tumeur a son type dans un tissu de l'organisme à l'état embryonnaire ou à l'état de développement complet.

Virchow s'est efforcé de démontrer que « le type qui en général régit le développement et la formation de l'organisme, régit également le développement et la formation des tumeurs, que il n'existe nulle part un type différent, nouveau, indépendant »

Homologie et hétérologie.

Ces termes ont perdu à peu près toute valeur, moins de voir différents des auteurs pour lesquels les mêmes tissus sont tantôt homologues ou hétérologues, suivant la manière dont ils considèrent

C'est la réunion des caractères opposés signalés par les auteurs qui nous permet caractériser principalement les tumeurs, avec leur cause inconnue.

Nous désignerons sous le nom de tumeur un tissu nouvellement formé sans cause connue jusqu'à ce jour, constitué par une production exubérante locale et en général entachée d'éléments anatomiques, à des degrés divers ~~et de développement~~ anormaux de développement, dont la structure est analogue à celle d'un tissu normal, mais en diffère toujours sous quelque rapport.

Définition provisoire de qui n'a d'autre but que de s'entendre sur ce que on doit désigner par le mot tumeur.

Les hématoma et les kystes par rétention ne sont pas des tumeurs (Réfutation de l'opinion de Virchow à ce sujet).

Les tumeurs tératoïdes de Virchow (angiomes ou nævi congénitaux, kystes dermoïdes) doivent plutôt figurer au nombre des malformations congénitales en raison de l'époque ou du lieu de leur production, de leur constitution et de la manière dont elles évoluent.

Les angiomes simples, les anévrysmes cirsoïdes, les hémorrhoïdes ne sont pas des tumeurs.

La division des tumeurs par Virchow en t. histoïdes et t. organoïdes suivant qu'elles sont composées par un tissu simple ou composé ne doit pas être maintenue ; car il n'y a pas de tissu simple à proprement parler.

La plupart des auteurs admettent deux grandes classes de tumeurs suivant que le tissu d'origine appartient au feuillet moyen ou aux feuillets internes et externes de l'embryon : t. de nature conjonctive et t. épithéliales.

Remarques relatives aux sarcomes.

Nous les décrivons avec les tumeurs de nature conjonctive.

En dernier lieu nous décrivons les t. tératoïdes.

Classification provisoire. Le but à atteindre est de grouper autant que possible les faits observés suivant les données actuelles, de manière à rendre leur étude plus facile et à favoriser les recherches ultérieures.

aspect des tumeurs sous la peau modulées ou à l'état d'infiltration.

Forme et volume très variables.

croissance rapide ou lente, parfois avec des temps d'arrêt absolus ou relatifs.

Tumeurs ord. solitaires au début, s'étendant par les lymphatiques, dont les cellules peuvent être portées au loin par la circulation de manière à produire des métastases.

B. bénignes et malignes.

Cachexie cancéreuse.

altérations régressives ... ulcérations, hémorragies.

---

tumeurs des tissus de nature conjonctive

Sarcome

Nous désignons sous ce nom les tumeurs, ayant peu ressemblance dans les tissus dits de nature conjonctive et qui sont principalement constituées par des éléments cellulaires. (cf. à haut)

Siège dans la peau et le tissu cellulaire s. cutané, dans les aponévroses, le tissu fibreux intermusculaire, le périoste, les tissus cartilagineux et osseux.

Remarque, on qu'on appelle sarcomes du tissu pseudo du tissu lymphoïde.

Renvoyer à plus tard ce qu'on désigne comme sarcomes du sein, de l'ovaire, du testicule, du rein.

Du reste les sarcomes sont considérés comme très rares dans l'antiquité.

Remarque au sujet des sarcomes alvéolaires qui ressemblent à ceux pour les s. mélanoïques.

Donc la peau les sarcomes peuvent avoir pour point de départ les productions congénitales cutanées qui ont l'aspect de verrues ou de tractus pigmentés.

Les sarcomes sont constitués par des cellules qui ont plutôt l'aspect de cellules jeunes, mais aussi qui peuvent en différer beaucoup.

Substance intercellulaire souvent rare, molle friable; mais elle peut aussi être fibrillaire ou fibreuse.

Tumeurs plutôt molles (de la consistance de la chair) d'un blanc laiteux ou d'un gris blanc rougeâtre, translucides sur la coupe et d'un aspect uniforme à moins de dégénérescence lorsqu'elles contiennent beaucoup de cellules (forme médullaire). Elles sont dures d'un blanc jaunâtre, brillant et d'un aspect rappelant le tissu fibreux, renfermant peu de cellules avec prédominance d'une substance intercellulaire fibreuse (forme fibreuse).

Volume des sarcomes très variable. Ce sont les formes cellulaires ou médullaires qui acquièrent ordre le plus gd. volume, qui croissent en général le plus vite, qui ont le plus de tendance à la généralisation et aussi avec altérations régressives.

Etudes des sarcomes suivant les principales formes de leurs cellules. Deux formes principales:

Sarcomes globo-cellulaires

Sarcomes fuso-cellulaires ou S. fasciculés.

chacune peut avoir des petites ou de grandes cellules.

fréquente réunion des divers formes avec les variétés diverses des cellules. C'est la prédominance de tel ou de tel qui caractérise la tumeur.

On peut observer des cellules géantes à noyaux multiples qui, lorsqu'elles sont nombreuses, font donner à la tumeur le nom de S. myéloïde en raison de leur analogie avec les myéloplaxes.

Lorsque les cellules ~~sont très rapprochées~~ ~~régulières~~ ~~avec des productions de tissu bien caractérisé comme le tissu fibreux, le fibromatosis, osseux, etc~~ on décrit les t. comme des ~~fibrosarcomes, ostéosarcomes, etc.~~ ~~myxo-sarcomes~~ ~~chondrosarcomes~~ se rapportant 1° à des sarcomes globo-cellulaires à petites et à grandes cellules; 2° à des sarcomes fusi-cellulaires ou fasciculés à petites et à grandes cellules

20e Leçon
10 janv. 91

Fibrome

Après avoir étudié sous le nom de sarcome les tumeurs situées dans le tissu conjonctif où elles paraissent avoir pris naissance et être constituées par des cellules analogues à celles qu'on trouve à l'état normal dans ce tissu, nous devons étudier les tumeurs paraissant avoir le même siège et la même origine dans lesquelles prédominent les éléments conjonctifs et qui ont reçu le nom de fibrome.

Leur constitution comme celle des sarcomes a été comparée à celle des tissus inflam. dont les fibromes doivent être bien distingués.

Il faut encore les différencier des autres tumeurs d'origine épithéliale où la production conjonctive prédomine et cela n'est pas toujours facile.

On peut même se demander si l'on ne devrait pas considérer ainsi les fibromes comme des tumeurs cellulaires, tout en tenant compte des particularités relatives à la production prédominante des fibres conjonctives qui devront prendre la présenter sous des aspects divers.

Les fibromes peuvent naître dans la peau et les tissus conjonctifs sous-cutanés, dans le squelettes, le tissu des nerfs, le périoste, l'utérus, les ovaires, les glandes, etc.

Forme nodulaire ; volume très variable depuis un petit grain jusqu'à une tête de 15 à 20 kil.

On admet qu'ils peuvent naître par prolifération de la peau des muqueuses ; mais s'agit-il bien de fibromes ?

ordinairement à l'état isolé, ne se généralisant pas, mais parfois tumeurs multiples.

consistance souvent très variable. Sec dure.

Ex. micr. - Dans les tumeurs fermes, résistantes, faisceaux fibreux rectilignes ou ondulés entre lesquels se trouvent des cellules ~~avec des~~ noyaux fuiformes d'autant moins nombreux et plus pauvres en protoplasma que les faisceaux fibreux sont plus nombreux et plus développés.

Dans les tumeurs molles plus grande quantité de cellules ovalaires, fuiformes à noyaux brillants, anastomosés, disposés en faisceaux dans des directions diverses, mais ord. ~~entrecroisés~~.

Fibro-sarcomes - Fibro-myxomes - fibro-lipomes.

Infiltration adénomateuse du tissu des fibromes notamment dans les formes molles.

Le mollusceum vrai des peaux présente aussi abondance nombreuse des cellules dans le liquide interposé entre les faisceaux conjonctifs.

Dégénérations et ulcérations. Calcification.

certains fibromes sont peu vasculaires, tandis que d'autres présentent des V. en grand nombre.

Rindfleisch décrit sous le nom de t. caverneux une lésion qui n'est autre que l'angiome caverneux considéré par les plupart des auteurs comme une altération primitive des vaisseaux.

Myxome

Virchow désigna sous ce nom des tumeurs constituées par un tissu analogue au tissu muqueux représenté à l'état physiologique par le cordon ombilical et le corps vitré.

MM. C. et R. le assimilent aussi aux tissus conjonctifs en voie de formation dans les mailles desquels se trouve une quantité de substance albuminoïde liquide alors que les faisceaux du tissu conjonctif ne sont pas nettement ou qu'ils sont peu nombreux et très minces. Le tissu myxomateux de Virchow paraît arrêté dans son développement (Ranvier).

Les myxomes ainsi constitués ne se rapportent qu'à la constitution des myxomes purs suivant la division de MM. C. et R. et nulle ne sera myxomes qui renferment beaucoup de fibres élastiques (2e espèce de Malassez et Monod) et sont les plus communs ou les myxomes hippomatiques (3e espèce).

Nous les auteurs signalent la confusion possible des myxomes avec les autres tumeurs ayant subi la dégén. muqueuse ou colloïde. Or, il est possible bien que les prétendus myxomes purs ne fassent que des sarcomes ou des variétés de sarcomes avec cette transformation de éléments comme on l'observe pour les tumeurs de nature épithéliale. Les myxomes vrais naissent au contraire des tumeurs appartenant au tissu conjonctif et particulièrement à la tissu embryonnaire ordinaire ou même à ceux dont les parties sont aux productions hypermétriques.

cette manière de voir est plus conforme aux l'observation des faits et l'origine des tumeurs qu'on ne trouve jamais sur le cordon ombilical, ni dans le corps vitré.

On les rencontre dans le tissu conjonctif, notamment dans le tissu conjonctif périutérin de la cuisse, du dos, des parties génitales externes de la femme, dans le tissu conjonctif interfasciculaire du cou de la femme, dans le périoste de l'os maxillaire, dans la graisse du nez, dans le sein et plus rarement dans le testicule.

à l'œil nu, tumeurs gélatiniformes, molles, tremblotantes, d'aspect translucide, le plus souvent colorées, contenant peu de V. dans le voisinage, liquide analogue à la solution de gomme.

Ex. micr. Substance hyaline, muqueuse avec des cellules à prolongements anastomosés. Corps cellules rondes, isolées ou en amas, souvent le plus souvent avec des fibres élastiques. Des cellules adipeuses. - Réseau de V. capillaires à larges mailles.

Variétés suivant la prédominance des éléments. Quantefois nous croyons qu'on doit donner à la présence de ces éléments l'importance la plus grande et ne considérer la production de la substance muqueuse que comme un phénomène secondaire, ainsi qu'on le fait pour les cancers colloïdes, épithéliaux.

Beaucoup de ces tumeurs sont des myxo-fibromes ou des myxo-sarcomes, ou encore des myxo-lipomes. — Myxomes kystiques, ou kystes muqueux à forme papillomatoïde, des polypes muqueux qui seraient minces dans les épithéliales.

Myxomes hydatiformes du placenta (mole hydatique).

Des Myxomes sont généralement des t. bénignes et généralement uniques, mais peuvent être multiples. - Récidives non qu'après ablation complète. Les cas de généralisation et de récidive sont des myxo-sarcomes qui viennent encore à l'appui de notre opinion sur la nature de ces tumeurs.

Lipome

Chondrome

Ostéome

Tumeur constituée par du tissu osseux, ayant ord. son siège sur les os ; mais pouvant aussi siéger sur des organes plus ou moins éloignés, ~~vraisemblablement~~ sur des tissus d'origine conjonctive.

Ostéomes compacts ou éburnés et ostéomes spongieux.

Leur forme et de volume variables.

Les ostéomes sont produits par la périoste ou par la maille osseuse.

Difficulté pour les distinguer des exostoses et des ostéophytes.

Odontome

On désigne sous le nom de tumeurs constituées par la dentine et qui se présentent sous forme de petites tuberosités analogues à la goutte de cire qui se trouve fixées à la surface de la dent, au niveau du collet ou du cément.

33e Leçon
7 janv. 91

Myome

On désigne sous ce nom des tumeurs constituées par du tissu musculaire de nouvelle formation : fibres musculaires striées (rabdomyome) ou lisses (léiomyome) surtout.

Les rabdomyomes n'ont guère été rencontrés que comme tumeurs fœtales sur la langue et sur le cœur. Les cas signalés chez l'adulte sont plus ou moins douteux. On peut trouver des fibres striées comme éléments accessoires et exceptionnels dans les kystes dermoïdes de l'ovaire et du testicule surtout.

Les léiomyomes désignés ord. sous le nom de Myomes peuvent se rencontrer partout où il y a des fibres lisses, mais surtout dans l'utérus où ils sont très fréquents. On les rencontre exceptionnellement dans les parois du tube digestif, dans la prostate, dans le scrotum, dans les gdes lèvres, dans la peau. En son ce sont les myomes utérins surtout que l'on décrit.

Tumeurs ord. multiples, non bourgeonnantes, le plus souvent sous la forme nodulaire, plus rarement sous celle de masses irrégulières, diffuses.

Volume très variable, utérus dans les parois duquel ils sont des interstitiels, ou bien forment saillie soit du côté de la cavité utérine, soit du côté de la cavité péritonéale ou en pédiculisant plus ou moins.

Sur la coupe aspect fibreux ou charnu. Les
sommets bombés blanches, brillantes entremêlées
avec une substance grisâtre ou rosée. Ce sont
tumeurs plutôt d'aspect fibreux, d'où l'ancienne
dénomination de tumeurs fibreuses encore usitée
en clinique.

Du reste ces tumeurs contiennent toujours plus ou moins
de tissu fibreux. Lorsque ce dernier prédomine
c'est un fibro-myome. Mais quand
il y a peu de fibres musculaires, celles-ci suffisent
pour caractériser la tumeur.

Les fibres musculaires bien de ces tumeurs contrastent
à celles de l'utérus; leur disposition est comme
mais il n'y a pas similitude complète avec l'indépendance
Examen de préparations.

Parfois difficulté pour distinguer les fibres
lisses des fibres conjonctives. action de l'a. azotique
Les myomes peuvent contenir des V. veineuses
Lorsque il existe une g.de quantité de cellules
avec les fibres musculaires, on désigne la tumeur sous
nom de myosarcome. — Ce simple nom suffit
que pour toutes les tumeurs précédentes étudiées et toutes
en général. Ce ne sont pas des t. de nature différente
mais seulement des t. formés d'éléments plus ou moins
et que comportent avec une plus g.de tendance à se développer, etc. — Par
aspect macroscopique et microscopique de ces tumeurs qui peuvent
à l'œil nu nous celles qui dégénèrent en raison d'un peu d'anémie et d'hyperémie
degrés. grande gaîne, d'intégrité, séparation, hypertrophie; parfois calcification
fréquence des petits myomes qui passent inaperçus.
Effets de la menopause sur les myomes.
intestins, rectum, vessie, bassin, mais les myomes [illegible]

Névrome

Tumeur constituée par du tissu nerveux de nouvelle formation plus ou moins modifié.

Foerster divise les névromes en 1° N. médullaires ou ganglionnaires, 2° N. fasciculés.

Les auteurs considèrent longtemps comme tels ceux qu'on rencontrait seulement dans les kystes dermoïdes ou certaines malformations congénitales.

Robin décrivait aussi les gliomes sous le nom de tumeurs à Myélocytes, mais Virchow avait fait admettre généralement que ces tumeurs étaient de nature conjonctive, Cornil et Ranvier a cherché à les doter de nouveau une origine nerveuse en imitant les caractères de ces tumeurs qui militent en faveur de cette opinion.

Nous croyons aussi que ce sont des tumeurs nerveuses qu'on peut décrire sous le nom de Névromes médullaires ou ganglionnaires.

Aspect macroscopique de ces tumeurs.

Examen microscopique et préparations qui montrent des tumeurs composées de cellules gliocellulaires ou fibrocellulaires à petites et surtout à grandes cellules.

Ces sortes de cellules nerveuses dont le type est profondément différent des cellules embryonnaires à une tendance bien dominante

Les n. fasciculés ont été divisés par Virchow en n. f. myélinisés et n. f. amyélinisés, suivant que ils sont composés de faisceaux nerveux dont les tubes contiennent de la myéline ou offrent les caractères des fibres de Remak. Ces tubes sont considérés comme, excessivement rares.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer des nérvures ainsi composés; mais nous avons observé des tubes se rapportant à la description macroscopique des nérvures et aussi bien à celle des fibres multiples du nerf.

Ce sont des tubes nodulaires à un seul lobe de petits volumes ord. depuis un tête d'épingle mais propre à atteindre le volume d'un aussi pour, siégeant sur le trajet d'un nerf ou sur un territoire nerveux ou sur un système nerveux tout entier. Elles peuvent être isolés ou en nombre très grand - pour envahir dans la direction du nerf ou un peu latéralement.

La surface de section paraît fibreuse à l'œil nu ou avoir l'aspect myxomateux, gliomateux, télangiectasique; d'où la division de Virchow des nérvures en n. simples, fibromes, gliomes, myxomes, n. télangiectasiques.

Les préparations dont les n. formant les tubes primitifs sont constitués par des tubes conjonctifs développés en plus ou moins grande quantité ~~au dépens du tissu conjonctif~~ aux dépens du tissu conjonctif interfasciculaire.

Les tubes secondaires sont constitués surtout par des amas de cellules volumineuses se rapportant aux cellules du nerf et accompagnés d'hémorrhagies plus ou moins abondantes.

Les tubes secondaires indiquent la nature des tubes primitifs.

Lymphome

On comprend encore sous le nom de lymphome du tissu adénoïde et les véritables tumeurs malignes on donne plutôt le nom de lymphadénome ou de lymphosarcome.

Quoique il en soit, la constitution du tissu pathologique est toujours celle du tissu lymphoïde. Il ne s'en diffère que par son extension en forme de tumeur au delà du siège normal du tissu et par sa production dans des organes qui en sont dépourvus à l'état normal comme le foie, les reins, les testicules, la peau, les os; ainsi que par la marche de l'affection. Elle se distingue de l'inflammation pour leur tendance à augmenter sans cesse sans jamais se résoudre, ni suppurer.

Leur point de départ est cependant le plus souvent dans les ganglions lymphatiques et particulièrement dans ceux du médiastin.

Aspect macroscopique des tumeurs, analogie du tissu vivant, leur généralisation.

Ex. microscopique de préparation.

Petites cellules rondes dans un réticulum plus ou moins dense dont le tissu ne présente pas la même charpente constitution que le tissu adénoïde normal.

Quant aux cellules, on ne peut pas les considérer comme embryonnaires

— Lymphangiomes problématiques; plutôt lymphe

Angiomes cavernueux

considérés par la plupart des auteurs comme constitués par l'effet d'altération primitive de vaisseaux pour la production de nouveaux vaisseaux sanguins.

Virchow pense que le point de départ des angiomes réside dans la formation d'un tissu de granulation dans lequel se forment les vaisseaux et les sinus qui caractérisent ces tumeurs.

Angiomes surtout dans la peau et le foie, moins aussi dans d'autres organes.

Aspect macroscopique des angiomes de la peau et du foie.

Ex. microscopique. Espaces cavernaux communiquant les uns avec les autres et contenant du sang. Parois des alvéoles constituées par du tissu fibreux.

Difficulté pour saisir le mode de formation de ces tumeurs.

Toutes les espèces de tumeurs peuvent présenter de nouvelles formations vasculaires qui rappelent qu'un foie secondaire.

56e Leçon
3 février 91

Tumeurs épithéliales.

Epithéliomes de la peau et des muqueuses à épithélium pavimenteux.

Substance obtenue pour le raclage d'une pièce [illegible]

Epithélioma épidermique — lobulé ou globes épid. — épith. de l'œsophage

Epith. pavim. — nombreux globes épid.

Epith. pavim. cancroïde de la lèvre inf. — ouverture des follicules pileux et des glandes — forme diffuse

Epith. de la langue — forme diffuse

Epith. de l'œsophage — type lobulé ?

Cancroïde de la face — type lobulé.

Epithél. de l'aile du nez — type tubulé

papillome du prépuce

— du front

généralisation

à un ganglion adhérent à l'estomac d'origine inconnue

à un ganglion carotidien dans un cas d'épith. de l'œsophage

au poumon dans un cas d'épith. de la face

4e Leçon
3 fév. 1891

Epithéliomes des muqueuses à épithélium cylindrique

Ces tumeurs sont encore désignées par les auteurs allemands sous le nom d'adénomes destructifs ou d'adéno-carcinomes. Indépendamment des tumeurs malignes ainsi désignées il existe aussi des tumeurs bénignes décrites sous le nom d'adénomes simples ou de polypes muqueux.

Rindfleisch fait remarquer que ces tumeurs sont considérées par Förster comme des papillomes destructeurs, tandis que Kleb les regarde comme des adénomes prolifères suivant le point de départ attribué à la néoformation. Il est aussi à noter que les glandes de Lieberkühn sont considérées par certains auteurs comme des véritables glandes tubuleuses, tandis que pour d'autres elles ne sont que des simples cryptes ou dépressions en doigt de gant destinées seulement à augmenter la surface de la muqueuse.

Quoi qu'il en soit les papilles et les glandes sont tapissées d'un épithélium à cellules cylindriques identiques et c'est aux dépens de cet épithélium que se produisent les néoformations.

Ce qui distingue les papillomes, c'est que les néoproductions sont limitées aux papilles; toutefois dans l'épithélioma l'altération gagne la muqueuse en profondeur.

Epithéliomes sur toutes les muqueuses à épithélium cylindrique et autour du niveau des muqueuses du l'estomac et de l'intestin particulièrement, du gros intestin, ou peut aussi les rencontrer sur la vessie, bilieuse, sur la colostomie, sur les parois nasales, etc.

Aspect macroscopique de ces tumeurs de le tube digestif où on les rencontre habituellement.

Examen microscopique. Sa muqueuse et la sous-muqueuse parfois aussi les parties musculeuses sont le siège de bourgeons caractérisés par la présence de cavités ressemblant plus ou moins aux glandes en tubes et tapissés d'un épithélium cylindrique, dans un stroma ~~fibreux~~ variable. Tous ces éléments ont des dimensions plus grandes que à l'état normal indépendamment des autres modifications qui ils peuvent présenter et parmi lesquelles il faut surtout remarquer l'irrégularité de leur organisation.

Toutefois on peut parfois rencontrer une portion de muqueuse où l'on voit des tubes augmentés de volume dans des proportions limitées et d'autres tubes qui paraissent s'enfoncer dans la trame sous-muqueuse où des tubes de nouvelle production

existent aussi en plus ou moins grand nombre.
Les mêmes productions peuvent ~~exister~~ se rencontrer
dans les tunique musculaires et jusqu'au
niveau de la séreuse.

L'épithélium a aussi des dénaturations variées,
et on peut voir dans les tubes des produits
épithéliaux plus ou moins altérés.

Enfin le stroma est ord. constitué
par du tissu conjonctif de nouvelle formation
ou d'aspect fibreux plus ou moins abondant.

Si l'examen ne porte pas sur un
point récent atteint on trouve
la muqueuse réduite à un tissu scléreux
et rétracté entre les fibres duquel on peut
encore trouver des lésions plus ou moins
caractérisées, ou bien la muqueuse a été
détruite et la tunique est limitée par
une surface ulcérée appartenant
ord. à la sous-muqueuse et plus rarement
une portion située plus profondément.

On peut aussi voir dans les parties
voisines de l'ulcération que les lésions se
propagent dans le tissu sous-muqueux.

qui souvent est manifeste et ~~quelquefois~~ avant la muqueuse. On peut aussi voir le tissu sous-muqueux envahi tout le tissu, qui d'abord quelque temps n'apparaît qu'après envahissement du voisinage du vaisseau.

C'est pourquoi en raison de ce fait que MM. Cornil et Ranvier admettent que les lésions cancéreuses débutent par le tissu s. muqueux tandis que la plupart des auteurs allemands les font débuter par la muqueuse.

Les lésions qu'on trouve dans les cas bénins limités à la muqueuse viennent en faveur de cette dernière opinion. Mais d'autre part on n'admet pas d'épithéliome comme tissu malignes tant que le tissu s. muqueux reste envahi.

La question semble impossible à élucider d'une manière certaine.

Les tubes glandulaires peuvent n'être bien appréciables que sur certains points rares et formés tandis que les autres points il n'existe que des nids cellulaires de formes plus ou moins irrégulières et n'ayant de cellules cylindriques qu'à la périphérie et les cellules du centre étant devenues polymorphes par pression réciproque en raison de leur accumulation.

Enfin on trouve en même temps des amas

de cellules ou de cellules dérivées dans les intentions du tissu conjonctif qui leur constitue ainsi des cavités alvéolaires, d'où l'analogie de ces tumeurs avec celles qui sont plus particulièrement désignées sous le nom de carcinomes.

L'analogie est évidente à tous les points de vue. Les différences qu'on peut constater proviennent plutôt de la différence dans la constitution des muqueuses où les tumeurs se sont développées. Car ainsi que le dit Rindfleisch « toutes les muqueuses possèdent chacune une forme spéciale de cancer épithélial ».

Le stroma est le plus souvent plus ou moins ou le rencontre ryf. embryonnaire ou muqueux. Il est toujours plus ou moins abondant.

Vaisseaux parfois nombreux, dilatés et même rompus.

Il n'est pas rare de rencontrer les dégénérescences colloïdes. Les lésions permettent l'aspect attribué au carcinome, parce que les cellules prennent leur caractère particulier, d'où cette proportion

que le cancer colloïde appartiendrait plutôt au carcinome qu'à l'épithéliome cylindrique. Mais en examinant les points où les lésions sont les plus récentes et notamment sur les organes envahis secondairement, on peut retrouver les caractères de la lésion primitive. Toutefois les lésions secondaires ne tendent pas à ~~polier~~ la même dégénérescence que la tumeur primitive.

En tout cas les lésions métastatiques ont toujours les caractères de la lésion primitive. Le stroma lui-même présente un aspect analogue sur les différents points affectés par le même néoplasme, pourvu qu'on compare des lésions du même âge.

Tumeurs à cellules cylindriques à l'opposé par la gravité des précédentes pouvant se présenter sous la forme dite adénoïde en raison de l'analogie de leur structure avec celle des glandes et aussi sous la forme kystique.

Polypes des fosses nasales, de la muqueuse de l'estomac, des kystes de l'utérus.

Cavités closes tapissées de cellules cylindriques avec stroma fibro-embryonnaire ou muqueux sur un point limité de la muqueuse se donnant jamais lieu à des métastases.

Innombrables kystes de la mamelle à épithélium cylindrique ayant probablement pour point d'origine les conduits galactophores.

Kystes prolifères de l'ovaire désignés ainsi sous le nom de kystes gélatiniformes ou multiloculaires considérés par MM. Malassez et de Sinety comme des épithéliomes myxoïdes.

Aspect des kystes à l'œil nu — contenus et contenant. Sur un ovaire ou sur les deux ovaires dont ils entraînent plus tard. Les kystes sont toujours multiloculaires. Nombreux à côté des kystes secondaires en quantité innombrable de forme et de volume variés dans l'intérieur des kystes, mais on trouve aussi des saillies papillifères très nombreuses, souvent de saillies plus ou moins volumineuses ou isolées de bourgeons isolés ou unis.

Épithélium cylindrique tout sur la paroi externe des kystes rarement conservé sur les préparations. Les parois internes et les bourgeons sont revêtus d'une couche d'épithélium cylindrique avec ou sans cils vibratiles, de cellules caliciformes et plus souvent de cellules cuboïdes.

Stroma constitué par un tissu conjonctif de nouvelle formation ou par du tissu muqueux.

Vaisseaux plus ou moins nombreux —

Liquide muqueux ou gélatiniforme, cellules détachées et cellules en dégénérescence muqueuse ou graisseuse, nombreuses granulations graisseuses libres, cristaux de cholestérine, parfois des globules rouges, des granulations et cristaux d'hématoïdine.

Développement des cas kystes.

44e Leçon
24 février 1891

Carcinome
Epithéliom glandulaire

Les tumeurs ainsi désignées sont caractérisées par la présence de cellules de volume et de forme variés, disposées irrégulièrement en amas dans des alvéoles de dimensions variables et dont les parois sont constituées par des travées conjonctives plus ou moins épaisses.

MM. C. et R. font du stroma fibreux des alvéoles un système cavernueux caractérisant le carcinome où les cellules remplissant les alvéoles n'auraient qu'une importance secondaire. Cependant c'est par la description des cellules qu'ils commencent l'étude du carcinome et c'est à elle qu'ils donnent un sens plus d'importance. Aujourd'hui est généralement considéré comme un épithéliom glandulaire.

Analogies du carcinome avec l'épithéliom cylindrique.

Dans les deux cas formes bénignes décrites sous le nom d'adénomes.

On observe le carcinome dans les glandes comme la mamelle, le pancréas, le rein, etc. ou dans les organes qui ~~ne possèdent pas de glandes~~ comme l'estomac, l'utérus, etc. ainsi par métastase dans les ganglions lymphatiques, les viscères, etc.

Variétés de carcinome admises par les auteurs :

1°. Carcinome simple.

2°. C. médullaire ou encéphaloïde

3°. C. fibreux ou squirrhe

4°. C. colloïde ou muqueux

5°. C. mélanique.

autres variétés ou sous-variétés moins importantes : C. télangiectasique, C. ~~squirrhe~~ atrophique, C. myxoïde, etc.

Description du carcinome ou des variétés et des préparations qui s'y rapportent.

Dégénérescence graisseuse et caséeuse et désintégration nécrotique aboutissant à l'ulcération.

Hémorrhagies par le fait de l'ulcération.

Extension des lésions aux parties périphériques, aux ganglions et aux organes plus ou moins éloignés.

Tumeurs bénignes désignées par Cruveilhier sous le nom de corps fibreux de la mamelle, par Velpeau sous le nom de tumeurs adénoïdes et par la plupart des auteurs sous le nom d'adénomes.

Réparations.

Tératomes

Ils sont formés par des productions congénitales renfermant des tissus complexes semblables aux tissus normaux comme de la peau, des poils et des glandes, du tissu conjonctif, des vaisseaux du cartilage, de l'os, des muscles et des nerfs.

Ces tissus sont groupés d'une manière plus ou moins indéterminée et se présentent ~~soit~~ à l'extérieur du tronc ou dans un organe interne.

Les tumeurs situées à l'extérieur du tronc siègent au niveau des régions où il existe des adhérences dans les monstruosités doubles, c.a.d. au niveau de la tête, du cou et surtout de la partie inf. de la colonne vertébrale. Ce sont en somme des indices de monstruosités provenant d'un vice de conformation.

Les tumeurs internes sont de même nature, car elles sont en connexion avec l'appareil génital.

Ces tumeurs ont leur plein développement au moment de la maturité ou elles continuent à croître.

On peut ranger sous le même titre de tumeurs également congénitales, comme les vari, les grossesses, les angiomes.

à Côté de ces tumeurs on peut placer les Kystes dermoïdes qu'on rencontre assez souvent, qui ont pour siège les organes de la génération et surtout les ovaires. On peut cependant les rencontrer dans le péritoine, au niveau du cou, du poumon et l'orbite, sur la surface.

Constitution de ces kystes. Il varient admis par Lebert

47e leçon
3 mars 1891

Processus dégénératifs

Consécutifs aux troubles de Nutrition

—

Dummfaction trouble de Virchow

—

Dégénérescence graisseuse

1: Surcharge graisseuse.

2: Dégénérescence graisseuse proprement dite.

3 Dégénérescence graisseuse nécrobiotique.

—

Dégénérescence amyloïde.

—

Dégénérescence mucoïde, colloïde, hyaline ou vitreuse

—

Nécrose

Nécrose de coagulation.

Cornification.

Nécrose avec ramollissement

gangrène { sèche ou Mommification
humide ou sphacèle.

—

1re Leçon
Nov. 1892

Anatomie pathologique générale

L'anat. path. gén. a pour but l'étude des lésions communes aux divers organes envisagés d'une manière générale.

Elle a pour base l'anatomie générale. En effet, les lésions ~~demandent~~ constituent ~~après~~ un trouble survenu dans les éléments anatomiques, soit dans leur nutrition, soit dans leurs rapports réciproques, dans leur arrangement, dans leur forme, dans leur nombre, etc.

Ces éléments sont continuellement ~~le siège~~ ~~d'échanges~~ ou de renouvellements qui ~~s'opèrent~~ ~~sur~~ leur constitution et leur fonction, de telle sorte que sous l'influence de causes extérieures ou intérieures connues ou encore inconnues, on voit survenir dans ces éléments des modifications plus ou moins profondes. Ils peuvent même être détruits. Mais quels que soient les troubles survenus on observe ~~toujours~~ leur reconstitution plus ou moins parfaite ou une tendance à cette reconstitution tant que les phénomènes de séparation.

Cette manifestation de l'activité vitale permet à des degrés divers au milieu des phénomènes pathologiques les plus complexes, de voir qu'à côté de tous les troubles provoqués à ceux des phénomènes de destruction, il y a toujours lieu de tenir compte des phénomènes de réparation, même lorsque la maladie se termine par la mort.

Les lésions anat. reconnaissent pour cause l'action d'agents physiques ou chimiques ou encore de micro-organismes dont la connaissance nous a été révélée par Pasteur qui ainsi a ouvert une ère nouvelle pour la médecine.

L'étiologie des maladies n'est pas de notre ressort, moins nous en pouvons pas nous désintéresser de la pathogénie des lésions.

Il est un exemple pour de savoir que dans la f. typhoïde on trouve le bacille d'Eberth, dans la tuberculose le bacille de Koch, dans la diphtérie le bacille de Löffler, etc. pour se rendre compte de la multiplicité des lésions qu'on peut observer dans ces maladies. La question est beaucoup plus complexe (nécroses sans lésions; lésions variables suivant des circonstances inconnues tenant à l'état du sujet; lésions primitives engendrant des lésions secondaires; phénomènes de réparation ~~pouvant exister~~ être la cause de nouvelles lésions). Ce sont autant de circonstances qu'il faut bien connaître pour se rendre compte de la production des lésions dont nous avons à examiner

Inflammation

Nous commençons l'étude de l'anat. path. par l'inflam. parce que le processus domine toute la pathologie.

Sans aller aussi loin que Broussais qui ne voyait partout que du phénomène inflammatoire, on peut dire que ce processus joue dans la plupart des affections un rôle ~~prépondérant~~ et que l'on le rencontre avec toutes les lésions à des degrés divers, sous la forme aiguë ou chronique.

Celsus. Color, rubor, tumor, dolor.

De tous temps on a fait jouer le rôle principal aux troubles circulatoires. Galien attribuait la rougeur à une augmentation de l'afflux sanguin et la tuméfaction à une à une augmentation du liquide exsudé des vaisseaux.

Depuis 60 ans on a cherché à faire des troubles circulatoires la caractéristique de l'affection.

Hyperémie, dilatation des V., exsudation ont été rapportés à une influence nerveuse (théories neuroparalytique et neurospasmodique)

Théorie de l'extrême ~~perméabilité~~ spontanée de la

attraction normale des tissus pour les sels comme cause initiale (Virchow). Augmentation d'activité des cellules par un stimulus particulier, d'où stimulus inflammatoire. – Rapport avec la théorie de Brown-Séquard – Autant d'hypothèses.

Inflammation produite par un agent irritant interne ou externe. Mais pour les uns, avec Ribbert et Virchow, cet agent incite d'abord les cellules à multiplication; tandis que d'autres soutiennent avec Cohnheim que l'altération primitive se trouve sur les vaisseaux dont les parois laissent sourdre les liquides contenant des cellules qui en sont pour deux à la multiplication des cellules fixes du tissu conjonctif et proviennent également du sang pour l'exsudation simultanée des globules blancs.

Expérience sur la grenouille rapport avec th. de Cohnheim.

Disposition de l'expérience.

Influence de l'excitation de la grenouille sous l'influence de l'air.

Dilatation des artères, des capillaires et des veines, d'où augmentation de la vitesse du courant sanguin, puis ralentissement qui permet de mieux voir les globules sanguins.

Émigration des globules blancs par diapédèse.

Dans les veines accumulation des globules blancs dans le courant périphérique ralenti, fixation des globules

à la paroi contre laquelle ils paraissent immobiles ou animés d'un léger mouvement d'oscillation. Les globules blancs apparaissent au dehors et on peut les voir traverser la paroi en s'étirant et en prenant des formes diverses.

Mêmes phénomènes dans les capillaires.

C'est au début de l'expérience que l'on a le plus de chances de voir les globules traverser la paroi des V., car plus tard l'accumulation des cellules en dehors des V. est telle que cette observation devient difficile et puis le phénomène est probablement entravé par la dessiccation qui suit la nécessité lorsque l'examen est prolongé.

Au bout de 24 h. lorsque ~~les globules~~ entière est maintenue ~~c'est impossible~~ l'émigration des globules dans une chambre humide, les globules se répandent ~~par diapédèse~~ dans les tissus environnants en raison des nombreux microbes dont ils sont doués.

En même temps émigration de globules rouges et d'une liqueur riche en albumine.

Même émigration des cellules.

Comment se produit l'émi des globules hors des V. ?

Stigmates d'Arnold — voies substances uniquement entre les cellules endothéliales

Cohnheim et Samuel : altération primitive de la paroi V.

Thoma admet encore que les globules possèdent un pouvoir de locomotion dont la perte peut être provoquée par l'injection d'une légère solution saline.

Réflexe nerveux produisant secondairement la dilatation vasculaire.

C'est ainsi qu'agissent les produits solubles de certains microbes pathogènes introduits dans le sang ou injectés dans le tissu cellulaire sous-cutané. Empêchant ou favorisant la diapédèse par action sur les centres nerveux (Bouchard, Arloing, Chauveau, Gley et Gamaleïa).

Activité propre des cellules : Ehrlich, Pfeffer, puis Wright et Bordet (chimiotaxisme)

Action des solutions salines, du chloroforme et de la paraldehyde

Delbet (propriété chimiotactique des leucocytes) — Bordet et Wright

« Et après les recherches de Wright confirmées par celles de Gabritchewsky et de Buchner, les substances les plus attractives pour les leucocytes sont les humeurs animales chargées de produits de désassimilation nocifs et à un plus haut degré encore les sécrétions de certains leucocytes »

Rosenbach (pénétration dans les leucocytes de poisons de diphtérie (Salen) —

Théorie de Metchnikoff (phagocytisme)

— de Ribbert (les leucocytes forment autour du bacille un barrière infranchissable.

Les propriétés attribuées aux leucocytes et sur lesquelles s'appuyait la théorie de Metchnikoff (motilité, irritabilité chimiotaxique et chimiotactique, digestibilité) sont encore à prouver.

Depuis longtemps on sait que les leucocytes peuvent se charger des produits de désassimilation et des substances diverses dont ils tendent à débarrasser les parties affectées. Metchnikoff et les auteurs que nous avons cités, ont encore mis en lumière ces fonctions des leucocytes et montré que leur action s'étendait aux microbes et produits microbiens.

Mais pourquoi limiter l'action des globules blancs à une simple intervention dans les cas pathologiques?

Il n'est pas douteux qu'une présence constante répondant à une action constante qui est le renouvellement des éléments anatomiques et l'enlèvement des produits de désassimilation.

La démonstration de ces phénomènes est certainement difficile, quoique ~~[illegible]~~ leurs manifestations et on ne peut nier le rôle de la circulation et des phénomènes physiques qui permettent au liquide sanguin de pénétrer dans l'intimité des tissus jusqu'à provoquer les phénomènes d'assimilation et de désassimilation qui constituent la nutrition (phénomène de première, de second ordre, vie cellulaire).

Ce ne sont pas seulement les leucocytes qui pénètrent dans l'intimité des tissus, mais aussi une partie liquide, qui ainsi que l'a fait remarquer M. Bouchard ne possède aucune des propriétés attribuées aux leucocytes.

Dans ces phénomènes ne sont que les agents dans l'inflammation légère non évolutive.

Mais l'inflammation peut se terminer autrement.

Suppuration –

Mortification –

Nous reviendrons sur tous ces points dans l'étude que nous allons faire des différents types d'inflammation en les divers points du corps, en nous faisant la démonstration du fait qu'on peut observer à l'œil nu ou au microscope –

9e - Leçon
9 nov. 1892

Inflammation (suite)

Formes de l'inflammation admises par les auteurs.

Remarques à ce sujet.

—

Inflammations aiguës et chroniques

—

Inflammations aiguës avec exsudations séreuses, séro-fibrineuses, muqueuses ou purulentes, ~~nécrosiques~~, ~~ulcératives~~ et ~~gangréneuses~~

Aujourd'hui démonstration de préparations se rapportant à des inflammations aiguës séreuses, séro-fibrineuses et muqueuses.

1° Œdème érysipélateux de la grande lèvre droite

2° Péricardite et pleurésie aiguës

3° Bronchite et broncho-pneumonie -

4° Pneumonie catarrhale et fibrineuse -

—

8me Leçon
22 nov. 1892

Inflammation (suite)

Production de la suppuration -
caractères du pus.

Inflammation donnant lieu :
à un exsudat purulent ;
à la formation d'un abcès ;
à la formation d'une ulcération ;
~~à [illegible]~~ -
Inflammation nécrotique -

Marche de l'inflammation.
Extension -
Métastase -

1re Leçon
16 nov. 91

Inflammation (suite)

Suppuration - Nous avons vu déjà qu'elle se produisait ordinairement sous l'influence des cocci pyogènes (staphylocoques et streptocoques), mais qu'elle pouvait aussi survenir sous l'influence des microorganismes considérés d'abord seuls comme la cause des lésions spéciales de certaines maladies (fièvre typhoïde, tuberculose, syphilis, morve, etc.) Nous avons vu enfin que certaines substances chimiques pouvaient aussi donner lieu à une suppuration aseptique contrairement aux premières expériences faites à ce sujet -

Formation du pus - aux dépens des leucocytes et des cellules lymphatiques, caractère que présentent alors ces cellules dans un milieu indifférent et sous l'influence de l'eau, de l'acide carbonique.

Dégén. graisseuse, muqueuse, caséeuse - altération putride.

Inflammation dominant liée à un exsudat purulent

- Muco-purulent (catarrhe chronique des bronches)
- séro-purulent ou purulent (pleurésie purulente, empyème de plèvre viscérale et pariétale).
  - variété hémorrhagique.
- purulent dans les parenchymes
  (hépatisation grise du poumon)
  (abcès métastatiques du poumon et du rein)
  (abcès du foie)

Inflammation dominant liée à l'ulcération
(ulcère de la jambe)
(Plaques de Peyer en voie d'ulcération et ulcérées (in f. typhoïde))
(ulcérations du gros intestin dans la dysenterie)

Inflammation diphtéritique.
On peut la confondre avec l'inflam. croupale ou fibrineuse des Allemands.
C'est une inflam. nécrosique portant sur les parties superficielles des muqueuses ou des téguments avec production de pseudo-membranes.
(Diphtérite laryngée ou croup des Français)
Les autres inflam. nécrosiques ± étendues ne sont que des inflam. accompagnant les nécroses, la gangrène, etc. nous nous en occuperons en traitant des lésions de dégénérescence.

Marche de l'inflammation - Extension et métastases -

11e Leçon
29 nov. 1892

Inflammation (suite).
Phénomènes de réparation.

Résolution de l'inflammation.

Retour de l'intégrité.

Ce retour est impossible dans le cas où il y a destruction de tissu vasculaire, parce qu'il y a reproduction d'un tissu qui ne permet pas la structure vasculaire normale. Mais on observe toujours la tendance à la reproduction du tissu détruit lorsque la perte de substance n'est pas trop considérable. C'est ainsi qu'on observe la reproduction de l'épithélium, de l'os, et, dans une certaine mesure des tissus glandulaires (foie, rein, etc).

Quantité des organes entiers comme une glande sebacée ou un follicule pileux détruits ne se reproduisent pas.

Les cellules des centres nerveux, le tissu musculaire chez les mammifères ne se reproduisent pas. Mais nous avons cette question pour le point à discussion.

Le nouveau tissu formé pour combler les vides produits par les lésions inflam. porte le nom de tissu de granulation ou tissu de cicatrice.

aspect que présente ce tissu sur une plaie en voie de cicatrisation.

granulations ou bourgeons charnus recouverts d'une pellicule jaunâtre ou jaunâtre, puis d'un pus crémeux.

Ils sont constitués par un amas de jeunes cellules qui à la superficie présentent les caractères du pus; tandis que vers les parties moyennes et profondes se trouvent des cellules mononucléées désignées sous le nom de cellules embryonnaires en raison de la tendance qu'elles ont à former un tissu définitif.

Le tissu nouveau présente immédiatement des vaisseaux de nouvelle formation.

mode de production des v. nouveaux:

anse capillaire qui s'agrandit et une bagette pourvue de prolongements forment de nouvelles anses. Les prolongements servent pour point de départ des cellules conjonctives, des cellules plasmatiques ou les cellules endothéliales du capillaire ancien.

Il se formerait sur les V. anciens des bourgeons se prolongeant sous la forme d'un filament de protoplasme tendant constamment à s'allonger en extrémité effilée ou en massue. Noyaux sur cette masse protoplasmique granulaire. Bourgeons aboutissant à

un V. ancien ou du même V. ou le recouvrant ou encore à un autre bourgeon. Bourgeons secondaires.
Le bourgeon primitif est solide et creux par liquéfaction des parties centrales, d'où communication avec la lumière du vaisseau.

Les nouveaux V. seraient ainsi des canaux intracellulaires produits par l'excavation de cellules allongées sous forme de filets. Au début paroi homogène, puis noyaux et cellules endothéliales.

Ce mode de formation des V. aurait été observé dans l'expansion membraneuse de la queue des têtards.

On ne voit rien de semblable au niveau des plaies.

Thiersch a vu après peu d'heures après une blessure il existe, partant des V. blessés, un système de canaux interstitiels qu'on peut injecter par les V. ancien. Ce système de canalicules annonce dès le début la nutrition de la néoformation et précéderait la vascularisation véritable.

Pour Rindfleisch les canaux sont intercellulaires et non intracellulaires. Les cellules contenues dans les exsudats s'allongeraient et se disposeraient en séries parallèles entre lesquelles pénétrerait le sang venu des capillaires voisins.

Néoformation des V. indépendante après Mm. C. et R. attribuant à la production de cellules vaso-formatrices observées sous le gd épiploon de jeunes lapins.

d'après l'observation des faits : formation immédiate
L'~~amas~~ de sang ou milieu des exsudats qu'il
paraissent d'abord infiltrés d'une manière plus
ou moins régulière. Puis dans les points où
les cellules commencent à être abondantes, on les
voit entourer et limiter les amas sanguins
transformés alors en canaux plus ou moins long.
ou par ~~à~~ suite de l'organisation du nouveau
tissu ~~et~~ sa transformation en tissu conjonctif ;
on voit les ~~vaisseaux~~ vaisseaux volumineux avec des
parois constituées par du tissu conjonctif
tapissé de cellules endothéliales.

Les V. nouvellement formés communiquent
~~manifestement~~ en certains points avec les V.
~~destinés~~ anciens où il y a ainsi des V. de nouvelle
formation. Donc les V. de nouvelle formation
peuvent être injectés par les V. anciens.

C'est ce qu'on peut très bien observer dans
les inflam. de la plèvre, du péricarde, etc.

Les granulations ou bourgeons charnus des plaies
présentent des bourgeons vasculaires ou de vaisseaux anastomosés.

Transformation des cellules embryonnaires en
tissu conjonctif. Schéma - hypothèse.
Il est probable que le tissu conjonctif qu'on voit
se produire entre les cellules est non pas cellulaire, mais
extracellulaire. Si les cellules étaient fusiformes, c'est qu'elles sont
poussées par les fibres conjonctives. Elles sont d'autant plus petites que les fibres
conjonctives sont plus développées et plus denses.

Pour que la cicatrisation soit complète, il faut que le tissu soit recouvert d'une couche épithéliale. Formation de cette couche de la périphérie au centre, et aussi en des points plus ou moins éloignés des bords ; d'où les hypothèses sur le mode de production de cet épithélium. En tout cas rôle important de l'épithélium ~~[illegible]~~ en raison de la production du nouvel épithélium à son voisinage à la périphérie et au niveau des points de transplantation (Reverdin)

+ On peut voir sur une préparation de plaie du pied en voie de cicatrisation qu'il existe sur le bord de la portion ulcérée une couche mince de cellules épi~~dermiques~~ qui diminue graduellement de la périphérie vers le centre jusqu'à paraître [illegible] et devenir invisible d'une manière insensible. Cette couche

+L'épithélium de nouvelle formation peut être ~~plus~~ ou moins modifié. Les organes spéciaux qui ont été complètement détruits ne se reproduisent pas (poils, glandes).

Modifications de la cicatrice qui d'abord rouge et saillante, devient blanche et déprimée par suite de la rétraction du tissu conjonctif et des modifications survenues dans les vaisseaux.

C'est la réunion par seconde intention.

Réunion par première intention : même processus bien que les granulations ne soient pas visibles.

Réunion immédiate de même.

Pour qu'une plaie guérisse par première intention il faut qu'elle soit aseptique.

Si les surfaces de la plaie ne sont pas rapprochées, on facilite les phénomènes de réparation par les pansements qui maintiennent la plaie dans un état aseptique. On observe alors à la surface du tissu embryonnaire une couche fibrineuse grisâtre d'aspect diphthéroïde qui offre de l'analogie avec celle qu'on observe sur les séreuses.

Si la plaie n'est pas aseptique, suppuration pouvant avoir des caractères variés suivant la nature de l'agent infectieux.
L'inflam. peut être entretenue longtemps par la présence des tissus nécrosés qui résistent à l'élimination de la suppuration.
Résistance des tissus osseux, tendineux, aponévrotique, élastique.
Résistance des tissus transformés en matière caséeuse. Ils peuvent encore être absorbés à la longue après dégénérescence. Ou bien les liquides s'évaporent et il y a production de masses compactes ou calcaires avec coque fibreuse.
Comment se produit la disparition des parties nécrosées au sein des tissus enflammés?
Rôle des cellules lymphatiques qui transportent les parties liquéfiées, désagrégées ou en dégénérescence graisseuse des globules sanguins, des particules étrangères pour les rejeter au dehors par la suppuration ou pour les faire cheminer dans les lymphatiques jusque dans les ganglions du cou ou delà suivant la nature des substances transportées.
Désagrégation possible des cellules de transport qui répandent dans les tissus plus ou moins loin du point enflammé les substances qu'elles transportent. Celles-ci peuvent être repris par d'autres cellules ou restent fixées dans les tissus surtout dans les points où il s'est formé un tissu conjonctif plus ou moins dense.

dans les ganglions les substances migratrices transportant du pigment sanguin, restent pour la plupart dans les vaisseaux lymphatiques, ou bien elles pénètrent dans les follicules.

Les substances étrangères entraînent en grande partie dans le ganglion lymphatique le plus proche, mais une petite partie peut atteindre le ganglion plus éloigné et même les v. sanguines.

Probablement pour les substances étrangères passent à travers les ganglions sans celles qui contiennent le dépôt-graine.

Les matières solubles ou destructibles finissent toujours par être éliminées après un temps plus ou moins long. Les cellules s'attachent à leur surface et emportent quelques pareilles.

Les corps étrangers inattaquables sont pénétrés par les cellules s'ils présentent des asperités, des pointes, des cavités. - Restent dans des tissus fibreux.

Mêmes phénomènes dans la profondeur des organes qu'à leur superficie.

14e Leçon
6 Xbre 1892

Inflammation (suite)

Inflammation interstitielle.

Elle diffère des inflam. étudiées précédemment en ce qu'elle n'aboutit pas à la suppuration.

analogie avec les inflam. terminées par résolution, mais avec production de tissu conjonctif qui existe toutes les fois que l'inflam. a persisté tout fait peu ou s'est produite à plusieurs reprises.

Dans l'inflam. aiguë de la plèvre, mêmes après résolution rapide on remarque un certain degré d'épaississement de la surface de cette membrane, ce même phénomène peut se produire d'une manière insensible (c.à.d. par un processus plus lent, ou de sécrétion moins abondante) pour aboutir à la plèvre vitre qui est à proprement parler une infl. interstitielle de la plèvre semblable à celle qu'on observe au sein du parenchyme.

Ex. d'une préparation de bronchite chronique qui permet de voir l'analogie de la lés. aiguë et de la lés. chronique, ainsi que la transition d'une à l'autre forme d'inflammation.

De là à la sclérose pulm., il n'y a qu'un pas.
Nous avons alors un type d'inflam. interstitielle,
ce qui la caractérise c'est sa diffusion à
une portion plus ou moins étendue du parenchyme
pulmonaire mais prédominance dans les points
où existe du tissu conjonctif.

Ex. d'une sclérose demi-ancienne produite par un
oedème persistant de nature non exprès expansif
dans une plèvre en voie de cicatrisation — par un
persistance du revêtement épithélial.

Du reste quel que soit l'organe où l'on
rencontre de l'inflam. interstitielle, celle-ci est
partout caractérisée par la production d'une
quantité plus ou moins grande de jeunes
cellules et de tissu conjonctif.

ex. d'une préparation de néphrite interstitielle
où ces deux éléments se trouvent en abondance
et d'une autre préparation où la production
conjonctive est telle et prédominante que les
cellules ne semblent pas plus abondantes qu'il
faut. ~~ex.~~ ~~observation~~ attention pour les
trouver plus nombreuses en certains points.

Il n'est pas douteux que le processus
soit le même dans les deux cas, on peut admettre

que dans le dernier cas le pronostic est plus sévère bien qu'il s'agisse d'une lésion dont l'évolution a causé pour suite de l'action moins forte ou moins persistante de la cause d'irritation ou encore pour suite de la résistance plus ou moins grande du tissu aux causes d'inflammation.

Dans la cirrhose du foie où l'inflam. a lieu ord. d'une manière assez lente, on trouve les types les plus variés, depuis la production abondante de cellules ou peu de fibres conjonctives, jusqu'à une production abondante de tissu conjonctif dans les cirrhoses accumulées ou hypertrophiques où il y a cependant production abondante de cellules.

Etat des éléments spécifiques dans les inflam. interstitielles.

Surtout difficulté d'apprécier l'état dans lequel se trouvent les éléments de notre et les cellules épithéliales, endothéliales et glandulaires en raison des circonstances qui se sont présentées durant la maladie et de celles dans lesquelles se font les autopsies et des manipulations employées pour les préparations.

Cependant on peut se rendre compte de certaines lésions par l'expérimentation notamment qui ont fait admettre des inflam. [illegible]

à la fois interstitielle et parenchymateuse.

Mais il n'y a pas deux sortes d'inflammation et les altérations des éléments spécifiques sont en rapport avec l'intensité du processus et les troubles vasculaires qu'il occasionne.

Immunisation troubles des éléments

vaisseaux de coagulation

mais reproduction plus ou moins rapide des éléments altérés ou détruits ~~mais~~ avec ~~augmentation~~ de nombre (ex. de la bronchopneumonie de la bronchite chronique)

Éléments jeunes abondants dans les cas de production abondante de cellules

Éléments atrophiés dans les cas de sclérose étendue et de circulation + ou - entravée (tissu cellules et petits tubes au sein d'une plaque sclérosée dans le rein).

Éléments disparus lorsque la sclérose est considérable (organes glandulaires, tissu musculaire)

Hypertrophie et hyperplasie des éléments dans les inflammations. Actes productifs qui paraissent coïncider avec circulation abondante ~~[illegible]~~ plus active et aussi avec augmentation de la fonction.

Dans tous les cas même processus général différences dans l'évolution et la terminaison.

17e Leçon
8 Xbre 1892

Inflammations nodulaires

Ces inflam. sont décrites sous le nom d'inflam. spécifiques ; mais toutes les inflam. spontanées peuvent être rangées sous ce chef en raison de leur production par des agents microbiens.

Les inflam. nodulaires comprennent

la Tuberculose — de la pseudo-tuberculose, les tubercules nécrosés autres que T. bacillaire & Hoch

la Syphilis

la Lèpre

la Morve

l'Actynomycose

Infl. caractérisée, d'après les auteurs, surtout par la formation de granulations qui présentent au centre une tendance à la dégén. vers la périphérie une marche envahissante (nombreux dépôts) —

Extension des lésions de proche en proche dans les lymphatiques, les v. sanguines.

Elles sont incurables, d'où la dénomination de granulations infectieuses.

Elles sont causées par un agent infectieux microbien ?

Tuberculose

Historique marquant les étapes principales de l'étude de la tuberculose : Bailliet, Beale, Erdmann, Cohnheim, Ondrut, Cruveilhier, Zahn, Rokitansky, Virchow, Robin et Empis – Nimier.

Dualisme et unicisme –

Villemin (1868) dont les exp. démontrent à la fois le caractère infectieux de la maladie et l'unicité des lésions.

Contestée on n'a commencé à croire à l'unicité que depuis les travaux de Grancher et de Ehrard (1872).

La découverte du bacille de la tuberculose par Koch en 1882 a achevé la démonstration. Et cependant c'est dans les lésions les moins caractéristiques comme tuberculeuses qu'on démontre le plus difficilement le bacille.

Caractère des nodules tuberculeux à l'état tuberculose sous forme de nodules d'apparence granulée de la masse caséeuse

réunis sous la forme de granulations grises demi-transparentes ou jaunâtres (granulations miliaires) –

Ex. à l'œil nu –

Ex. microscopique :

Etat du tissu péri ou interglomérulaire

Evolution des granulations tuberculeuses –

Pathogénie des nodules tuberculeux

qui peuvent quelquefois résulter directement de l'infection bacillaire, mais qui se rencontrent habituellement que comme une affection métastatique –

20e Leçon
20 Xbre 1892

Tuberculose (suite)

Caséification du tubercule.

On peut déjà l'observer dans les granulations miliaires. On l'explique par la production d'une nécrose de coagulation dans les éléments situés au centre du nodule.

Nous avons vu que les éléments subissent une évolution qui devait amener en résultat en raison de leur nutrition épithéliale et de l'absence de vaisseaux.

Mais à côté de ces nodules tuberculeux on en voit d'autres où il existe au centre une masse plus ou moins volumineuse composée de petites cellules et matières solides d'exsudats fibrineux qui a subi rapidement la transformation caséeuse, soit en raison de la nutrition même et l'affection (par l'effet des microbes ou de leurs produits) soit par le fait de l'abondance de l'exsudat et de la rareté des vaisseaux.

ex. de granulations miliaires en caséification

Ce sont ces granulations devenues jaunâtres isolées ou ~~agglomérées~~ que Laennec a décrites sous le nom de tubercules crus.

Mais cet auteur emploie le même dénomination pour désigner des tubercules pouvant acquérir le volume d'un noyau de cerise, d'une noisette et même d'une amande. S'agit-il encore de granulations miliaires? Ce n'est pas probable. Et du reste Laennec emploie aussi le terme de tubercules miliaires et non celui de granulations miliaires qui sont décrites ensuite et qui pour lui ne constituent qu'une variété de tubercules et sont ~~superposées~~ de même nature.

C'est qu'en effet dans le poumon on trouve deux sortes de nodules tuberculeux les uns caractérisés par le follicule décrit précédemment et les autres par des lésions broncho-pneumoniques.

ex. des nodules tuberculeux broncho-pneumoniques se différient des nodules broncho-pneumoniques ord. en ce que les lésions tubérculeuses immédiates la transformation caséeuse

ce sont les tubercules qui ont de la tendance à envahir les parties environnantes de proche en proche, ainsi qu'on peut s'en rendre compte sur les préparations où à côté de bronchopneumonies limitées, on voit qui sont plus ou moins étendues de nombreux à forme des nombreux caséeux plus ou moins volumineux des tubercules pulmonaires suivant l'exposé de Grancher ou massifs suivant Hanot.

Ces auteurs admettent les limites constitués dans des grandes masses ~~tuberculeuses~~ à celles de follicule tuberculeux parenchymateux trouvent une partie centrale caséeuse et une zone périphérique embryonnaire.

Mais il suffit de remarquer que si la partie centrale caséeuse est constante, la zone embryonnaire périphérique peut faire défaut et que dans cette zone on suffit pour caractériser le tubercule pulmonaire qu'on peut la rencontrer autour de toutes les parties nécrotiques.

c'est la constitution même du tubercule pneumonique qui diffère de celle du tubercule tuberculeux.

Dans le premier cas, encombrement abondant de cellules et de filaments qui meurent rapidement tandis que dans le second les cellules conservent un nombre relativement restreint avant le temps d'évolution pour constituer les cellules épithélioïdes.

Même différence entre ces deux formes au point de vue de l'évolution des cellules qui lentement celles de la première origine et celles de la première chronique. Ce n'est pas que les follicules tuberculeux ne puissent se produire rapidement mais il est probable que les ~~degrés~~ ~~imperfection~~ sont atteints ou agissent sur un point très limité (on sait en effet qu'il est très rare de rencontrer des bacilles dans les follicules tuberculeux), de telle sorte que les jeunes cellules ne meurent pas et suivent leur évolution épithélioïde.

Ce même processus inflammatoire avec tendance à la cicatrisation immédiate peut se rencontrer sur tous les organes aussi bien que le processus granulique et il n'est pas nécessaire d'admettre qu'il a été provoqué par les poisons des follicules tuberculeux qu'on ne sait pas évoluer de cette manière.

tous les organes aussi bien que le processus tuberculeux, etc.

Ces lésions cérébrales sont bien tuberculeuses car inoculées, elles produisent la tuberculose et ce sont elles qui renferment le bacille de Koch.

Nous savons aussi que ce sont elles qui sont le point de départ de la production des granulations tuberculeuses.

Mais nous devons examiner auparavant ce que deviennent ces lésions.

Désorganisation des cellules et des tissus qui les renferment, d'où ramollissement et perte de substance se traduisant sur les surfaces libres par la production d'ulcération et au sein du parenchyme par des cavernes.

Ex. de préparation de lésions tuberculeuses cérébrales ulcérées sur la [illegible], sur l'intestin, etc.

Ex. de cavernes pulmonaires

23e Leçon
27 Xbre 1892

Tuberculose (suite et fin)

1

Phénomènes de réparation des lésions tuberculeuses constatées par ~~Lebert, Cruveilhier~~, etc. et par les auteurs contemporains.

Granulations fibreuses de Virchow et phthisie fibreuse qui l'on approche à la forme ord. de la phthisie; mais le processus est le même et il n'y a de différence que dans l'intensité du processus de réparation en raison de circonstances connues ou inconnues.

Examen des préparations au point de vue des phénomènes de réparation:

1°: dans les granulations tuberculeuses

2°: dans les masses caséeuses

3°: dans les lésions accompagnées d'ulcération

Bien que les caractères présentent aussi la tendance à la réparation; elles sont analogues à des plaies suppurées, chroniques et vont ordinairement en s'agrandissant en raison de la tuberculisation de leurs parois et des phénomènes nécrotiques dus à l'oblitération des vaisseaux du voisinage.

Existe-t-il des cavernes complètement guéries ? Oui ; mais elles sont très petites, à parois lisses et minces, contenant un liquide blanchâtre homogène, ne communiquant pas avec les bronches. à l'ex. mic. différence très grande de leur paroi avec la paroi des cavernes ordin. ces dernières étant limitées par un tissu de granulation très vasculaire, tandis que les cavernes guéries ont une paroi constituée par des fibres conjonctives denses, serrées, renfermant peu de cellules et pas de vaisseaux. capsule s'arrêtant à la périphérie de la nouvelle conjonction.

Quantes les lésions limitées ou diminuées peuvent guérir. Effet des poussières de charbon, d'oxyde de fer, de fer, etc. dans les poumons. Il n'y a que les lésions étendues qui ne guérissent pas complètement.

C'est ce qu'on peut observer sur la plupart des phtisies. Les cavernes qui ne sont pas de tendance à la guérison sont cacéiformes rapp. : ce sont toutes guéries quelles formes de tuberculose pulmonaire à marche très rapide se désignent sous le nom de phtisie galopante.

Indépendamment de ces cas, on voit cependant la tuberculose évoluer de plus en plus sérieuse.

Extension de la tuberculose -

de proche en proche par les voies conjonctives et lymphatiques, ainsi que par les v. sanguines.

Ce sont les lésions cavitaires et surtout les lésions cavitaires ulcérées qui ont le plus de tendance à l'extension de toutes manières.

Examen des préparations où l'on voit l'extension de proche en proche ~~[illegible]~~ des lésions cavitaires à une petite distance sous forme de tubercules, à une distance plus ou moins grande, toujours sous la forme de granulations, soit par le système lymphatique, soit par le système vasculaire ou moins fréquemment. Dans le poumon, observe-t-on tantôt des granulations tuberculeuses, tantôt des granulations tuberculeuses ? C'est un point qui n'a pas été élucidé. Nous serions porté à croire que ~~cela dépend surtout~~ de la caractère plus ou moins infectieux de la lésion initiale et en outre que l'infection par les vaisseaux sanguins doit toujours avoir le caractère granulique (ce qui n'empêche pas que ce caractère se rencontre aussi avec les autres modes d'infection). C'est surtout une question à étudier avec des faits examinés à ce point de vue.

Tous les organes ne sont pas également atteints en raison de conditions anatomiques différentes des organes et surtout de leur situation par rapport au siège primitif de l'affection.

Il résulte de ce que nous avons vu que les granulations tuberculeuses généralisées et nos localisées ~~procèdent~~ ordinairement de lésions tuberculo-caséeuses ou scrofuleuses ~~primitives~~ plus ou moins limitées et que ces lésions ont plus de tendance à la généralisation lorsqu'elles communiquent libre avec l'air, sans que ce soit une condition indispensable.

Quantofois ~~on admet ainsi que la tuberculose~~ unique plus ou moins généralisée peut se produire d'emblée. Sans nier ce mode d'invasion, nous croyons que dans bien des cas considérés comme tels, il y avait des foyers caséeux ou des ulcérations inaperçus.

En tout cas les tuberculoses locales sont bien produites d'emblée par pénétration de l'agent ~~infectieux~~ ~~mais~~ les conditions ~~dans lesquelles~~ l'infection ~~et le résultat du rapport de l'élément~~ ~~pathogène~~ sont encore mal connues ~~d'ailleurs~~ et plus tard de Bach.

C'est ainsi que la tuberculose peut être diminué à distance sur le moyen par le fait du contact prolongé de la matière infectieuse surtout ~~lorsque le~~ moyen est altéré. Les altérations inflam. ante. ou concomitantes sont donc favorables à son développement. Il est fort à résulte d'exp. récentes que les bacilles de la tuberculose peuvent ~~passer~~ rester dans l'organisme sans lésion appréciable.

Si l'estomac et le duodénum sont ord. indemnes, cela est dû probablement aux sécrétions glandulaires et à la présence de bile qui s'opposent au développement des bacilles.

La tuberculose est donc inoculable à distance sur le même individu, ce qui prouve que l'affection ne confère pas l'immunité pour une autre détermination. Cependant remarquons à ce sujet. –

Elle est inoculable de l'H. aux animaux, des animaux à d'autres animaux et probablement de l'homme à l'homme. C'est ce qui résulte des exp. de Villemin (1865)

Découverte de l'agent infectieux par Koch (1882)

Séparation de bacilles de la tuberculose –

Inoculation d'une culture pure de bacilles produit la tuberculose

D'après Koch, les bacilles ne pourraient être engendrés que entre les temps. de 30° à 41°; d'où probablement leur non-pullulation en dehors du corps. –

Dans les différents organes multiplication lente et plutôt dans les régions où ils se sont posés à des ~~dépôts~~ points, d'où l'immunité relative de certains tissus, mais les points qui sont le siège d'inflam. sont des lieux d'élection pour leur développement expérimental.

Prédisposition héréditaire ou individuelle, de sorte que certains sujets deviennent plus favorables que d'autres à l'inoculation et dans certaines conditions.

26e Leçon
10 janv. 1893

Syphilis

(Voir la leçon correspondante des années précédentes)

31e Leçon
24 janv. 1893

Tumeurs

Pour étudier les tumeurs il est nécessaire de les classer et comme le dit avec raison M. Quénu « le classement des tumeurs est une des tâches les plus ardues de la pathologie ». C'est que pour les classer, il faut savoir ce qu'elles contiennent et comment elles se distinguent des autres productions morbides.

Pendant longtemps toute tuméfaction était considérée comme une tumeur.

à la suite des travaux de Bichat et de Duguyotren on divisa les tumeurs en 2 classes : formations nouvelles accidentelles et productions sur germes.

Homoeoplasie et hétéroplasie de Cohnheim.

1838 J. Müller a formulé sur la nature des tumeurs des idées tout opposées qui sont généralement adoptées aujourd'hui. Pour lui « toute tumeur est formée d'un tissu ayant son analogue dans l'organisme normal soit à l'état embryonnaire, soit à l'état de complet développement ».

Remak : tissus parth. qui le descendent de la prodigie des tissus nommés. Virchow a résumé cette idée dans l'aphorisme omnis cellula e cellula.

Virchow s'est efforcé de démontrer que le type qui en général régit le développement de la formation de l'organisme, régit également le développement de la formation des tissus ; qu'il n'existe nulle part un type différent, nommé indépendant ».

Homologie et hétérologie, termes qui ont perdu toute valeur.

Virchow fait provenir toutes les cellules différenciées des cellules conjonctives indifférentes.

Cohnheim les fait provenir des globules blancs du sang, mais en donnant ~~quant~~ ~~quelques~~ pour origine des cellules embryonnaires latentes incluses au milieu des tissus de l'organisme.

Robin admet la spécificité des éléments anatomiques c'est un le même tissu qui s'est placé M. Bard en partant cependant du fameux aphorisme de Virchow : omnis cellula e cellula et en ajoutant ejusdem natura.

Il a aussi modifié la loi de Müller en remplaçant l'expression analogique par celle d'identique et en spécialisant jusqu'au tissu embryonnaire.

Les auteurs qui ont traité la question depuis ces

dernier temps vont en commun partagés entre ces deux manières d'interpréter les faits.

Il est certain que tout dépend de la manière dont on comprend la constitution et le fonctionnement de l'organisme.

Pour moi, qui n'ai pas pu observer la production des jeunes cellules par les cellules adultes au sein des tissus et qui ai pu constater au contraire l'émigration des cellules hors des V. j'ai cherché à me rendre compte des phénomènes observés en admettant la ~~[illegible]~~ destruction des deux organes des jeunes cellules par la circulation dont la place est assez importante pour qu'on ne l'oublie pas et leur évolution comparée aux cellules de chaque tissu.

Mais dans les tissus ~~il n'y a pas [illegible]~~ ~~[illegible]~~ entre le tissu prouvé et forcément ~~[illegible]~~ et le tissu normal. C'est là pour moi un ~~[illegible]~~ point capital.

On peut y trouver des cellules jeunes non différenciées comme dans le tissu normal et seulement des cellules de cette espèce ou bien ~~[illegible]~~ des cellules ~~[illegible]~~ analogues à celles du tissu normal pour en déterminer la nature, mais ord. avec des modifications, des déviations évolutives ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~.

La charpente conjonctivo-vasculaire du tissu nouvellement formé est aussi modifiée. Cette nouvelle production anormale est très vraisemblablement en rapport avec la production anormale des cellules.

~~Puis~~ La néoproduction a la tendance à s'étendre constamment, soit en formant une exubérance de plus en plus considérable, soit en envahissant les parties voisines et parfois ~~les organes~~ plus ou moins éloignés. Enfin le cancer ne tuerait pas encore comme avec gravité.

C'est en tenant compte de ces observations que nous pouvons définir une tumeur, un tissu nouvellement formé, sans cause connue jusqu'à ce jour, constitué par une production exubérante locale d'éléments anatomiques en évolution anormale, ~~[illegible]~~ dont la structure est analogue à celle d'un tissu normal, mais en diffère toujours sous quelques rapports.

Nous avons dû rejeter la définition de M. Roland et Ranvier, même modifiée par Hanotaux lorsque M. Quénu a remarqué: 1° tumeurs sont des néoformations distinctes d'un processus inflammatoire, puisque le mouvement inflammatoire précède la tumeur et qu'il y a certaines phénomènes inflammatoires en dehors de la tumeur.

Les hématomes des kystes pour intentions ne sont pas des tumeurs (réfutation de l'opinion de Virchow).
+ Les angiomes simples, les anévrysmes cirsoïdes ne sont pas des tumeurs). — Il en est de même des angiomes, des lymphangiomes, etc.
+ Les tumeurs tératoïdes de Virchow (angiomes ou nævi congénitaux et kystes dermoïdes congénitaux) doivent plutôt figurer au nombre des malformations congénitales en raison de l'époque ou du lieu de leur production, de leur constitution et de la manière dont elles évoluent.

La division des tumeurs par Virchow en +. histioïdes et +. organoïdes suivant qu'elles sont simples ou composées ne doit pas être maintenue, parce qu'il n'y a pas de tumeur simple à proprement parler.

La plupart des auteurs admettent deux grandes classes de tumeurs suivant que le tissu d'origine appartient au feuillet moyen ou aux feuillets internes et externes de l'embryon, d'où la division des +. de nature conjonctive et des +. épithéliales.

Mais les cellules germinatives qui doivent constituer les organes génitaux apparaissent dans le mésoderme

et cependant comme le fait remarquer Hertwig on ne peut pas séparer des tissus épithéliaux les tissus de l'organe sous prétexte qu'il appartiennent au feuillet moyen.

Il ajoute que le développement des feuillets ou blastodermes a été donné ces dernières années l'objet de nouvelles recherches. D'où il résulte que le feuillet moyen n'a pas une origine différente mais qu'il dérive tout de l'entoderme (Kölliker) soit plus généralement de l'endoderme (Duval, etc.) Quant soit d'origine épithéliale.

En conséquence nous ne croyons pas devoir permettre dans l'adoption de ces deux classes de tissus.

Il est aussi à remarquer que les tissus attribués au tissu conjonctif tout comme celles attribuées au tissu embryonnaire tendent à diminuer peu à peu à mesure que certains sont mieux connus et peuvent être rattachés aux divers organes dont les éléments sont différenciés.

C'est tout ce que j'ai cherché à vous démontrer.

Classification des tumeurs

1° Tumeurs de nature épithéliale ou endothéliale et glandulaire comprenant les tumeurs de la peau et des muqueuses ainsi que des glandes annexes et de toutes les glandes de l'économie y compris les glandes dites vasculaires sanguines et les ganglions lymphatiques.

2° Tumeurs de nature cartilagineuse

3° Tumeurs de nature osseuse.

4° Tumeurs de nature musculaire.

5° Tumeurs de nature nerveuse.

6° Tumeurs de nature vasculaire.
(type des vaisseaux sanguins et lymphatiques)

7° Tumeurs de nature conjonctive sous les variétés muqueuses et graisseuses.

Nous ne avons pas admis de classe spéciale pour les sarcomes, parce que nous croyons que beaucoup de ces tumeurs sont constituées par des éléments analogues à ceux des organes où ils se sont développés et aux degrés d'évolution cellulaire très variables.

Nous connaissons aussi les tumeurs conjonctives les sarcomes qui n'auront pas pu être classés. Beaucoup de tumeurs conjonctives doivent être attribuées aux éléments qui constituent l'organe. – Ce n'est pas la prédominance du tissu conjonctif qui doit caractériser

Dans chacune des classes, chacune tumeur se rapprochant le plus de l'organe normal peut, à un degré moindre, se rapprocher de l'organe de la classe voisine. Il y a des tumeurs qui ne peuvent être classées.

aspect général des tumeurs sous la forme nodulaire ou à l'état d'infiltration.

Forme et volume variables.

Croissance rapide ou lente parfois avec des temps d'arrêt relatifs.

Tumeurs ord. solitaires ou délicat, s'étendant par les voies conjonctives, lymphatiques, pouvant aussi s'étendre au loin par les lymphatiques, les v. sanguines.

Tumeurs à nuances plus ~~[illegible]~~ sur le sein sujets (ord. cancéreux) -

Tumeurs cancéreuses et malignes.

Cachexie cancéreuse.

Altérations régressives ... ulcérations ..

hémorrhagies, etc -

34e Leçon
31 janv. 1893

Tumeurs de nature épithéliale ou endothéliale et glandulaire

Tumeurs formées aux dépens des cellules qui recouvrent la peau et les muqueuses ou qui tapissent les glandes et dont les cellules de nouvelle formation se rapportent plus ou moins à l'un de ces types physiologiques.

Le stroma est constitué par un tissu conjonctif plus ou moins développé et plus ou moins vasculaire. Ces tissus peuvent être si abondants qu'on a voulu et qu'on veut encore leur faire jouer le rôle prédominant.

Déjà on est revenu de la conception du carcinome de Virchow.

Hannover, Thiersch et Waldeyer.

Rindfleisch. Carcinomes épithéliaux et c. glandulaires. Le mot carcinome alors à celui de cancer, moins en France il ne s'applique guère qu'aux tumeurs d'origine

glandulaire dont le type s'éloigne notablement du type normal et qui sont dits épithéliomes ou métatypiques. On désigne sous le nom d'épithéliomes celles qui sont encore constitués par des noyaux irréguliers, mais dont la constitution se rapproche beaucoup du épithélium normal. Enfin on décrit sous le nom d'adénomes des tumeurs où l'on remarque des formations glandulaires analogues aux glandes normales.

Ziegler considère les carcinomes comme le premier degré de processus de formation glandulaire en les opposant aux adénomes qui correspondent à un type glandulaire défini. M. Brouardel a adopté cette manière de voir dans sa classification.

Mais il n'y a pas de type physiologique jusqu'à une glande ressemblant au carcinome où les cellules sont de forme variée, souvent plus volumineuses qu'à l'état normal et ont un stroma non comparable aux parois glandulaires physiologiques. Les formes dites adultes ne sont pas non plus comparables aux tissus sains.

On doit admettre l'assimilation des éléments des tumeurs aux éléments épithéliaux des surfaces cutanées, muqueuses et glandulaires, mais avec une déviation plus ou moins marquée du type physiologique et avec des cellules jeunes et anciennes dans toutes les tumeurs qui évoluent de vite d'une manière anormale.

Quant au stroma, il ne peut jouer qu'un rôle secondaire comme à l'état physiologique.

Ce n'est pas assez d'avoir rayé le carcinome des tumeurs de nature conjonctive, il faut encore éliminer les fibromes et les sarcomes glandulaires, sans peine de tout confondre.

Il y a aussi d'autres tumeurs de nature douteuse dont l'origine est à trouver.

Il existe certainement des tumeurs désignées sous des dénominations qui ne peuvent pas encore se rapporter à des éléments épithéliaux, ~~ou endothéliaux~~ ou glandulaires, mais je crois que leur nombre va toujours en diminuant.

Sous ~~faciliter~~ l'étude des tumeurs que nous avons eu vue ; nous croyons utile de procéder des tumeurs qui se rapprochent le plus du type physiologique à celles qui s'en éloignent le plus, afin de suivre la chaîne qui les relie.

C'est ainsi que nous étudierons d'abord les tumeurs dites adénoïdes ou adénomes, puis les épithéliomes et enfin les carcinomes auxquels le nom d'épithéliomes diffus a aussi été donné et qui conviennent parfaitement surtout pour les tumeurs se rapportant aux épithéliums de la peau et des muqueuses. Il y ajouterai les formes sarcomateuses qui non pourtant se rapportent aux dires épithéliums et qui s'éloignent encore davantage du type physiologique.

Les tumeurs que nous avons eu vue peuvent être divisées en 3 groupes principaux.

A. Tumeurs formées aux dépens de l'épithélium pavimenteux de la peau et des muqueuses et des glandes annexes.

B. Tumeurs formées aux dépens de l'épith. cylindrique des muqueuses et des glandes.

C. Tumeurs formées aux dépens des cellules des diverses glandes ne rentrant pas dans les groupes précédents.

—

A. Tumeurs formées aux dépens de l'épith. pavimenteux de la peau et des muq. et des glandes annexes.

1° { Papillomes cornés et muqueux
{ Kystes sébacés.

2° Epithéliomes comprenant les variétés suivantes

a - forme lobulée (cornée ou perlée et colloïde)

b - forme tubulée (pouvant présenter des points lobulés et des dégén. colloïde ou graisse).

c - forme diffuse (analogue au carcinome)

d - forme sarcomateuse (sarcome mélanique fuseau et d'autres tumeurs sarcomateuses)

papillome du front —

— préputial

Kyste vésicule du lion Chevalier

Epithélioma épidermique

Epith. pav. (globes épidermiques)

Epith. pav. (cancroïde de la lèvre inf.)

Eczéma éléphantiasique de la main (epith. pav.)

Cancroïde de la face (kyste vésicule) (forme cylindrique)

Epith. du col utérin (origine vaginale)

Cancer de l'Oesophage

Epithélioma de la main.

Cancer de la langue (Epith. diffus)

Cancer de l'aile du nez (epith. tubulé)

Epithélioma mélanique (tolon fon diffus)

Epith. mélanique de la cuisse dissection (forme solide)

E. Coyet fournitures pour microscope -
49 Boul.d St Michel - Paris -

37e Leçon
[illegible] février 1893

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

Tumeurs dites épithéliales ou glandulaires suivant qu'on leur attribue une origine épithéliale ou glandulaire.

1°. Tumeurs bénignes ou polypes des muqueuses dites aussi adénoïdes ou adénomes.

2°. Tumeurs graves ou Epithéliomes des muqueuses et des glandes à épithélium cylindrique comprenant les variétés suivantes :

a. forme adénoïde ~~pure~~ ou adénome destructif.

b. forme diffuse ou Carcinomatose (carcinome des auteurs)

c. forme sarcomateuse.

C. Tumeurs formées aux dépens des diverses glandes n'appartenant pas à la peau ou aux muqueuses.

—

Remarquons relativement aux rapports de ces tumeurs avec les précédentes, parce que certaines glandes ont un canal excréteur à épithélium cylindrique ou un revêtement à épithélium cubique.

1° Tumeurs bénignes ou adénomes comme Kystomes et dits kysto-adénomes ou kysto-épithéliomes.

2° Tumeurs graves ou épithéliomes glandulaires comprenant :

a. forme adénoïde grave.

b. forme diffuse ou carcinomatosa (carcinome du sein).

c. forme sarcomateuse

42e Leçon — Tumeurs à nature cartilagineuse

21 février 1873

— Elles sont constituées par du tissu cartilagineux plus ou moins modifié. Ex. mus. mémoire pour la cartilage.

Les ecchondroses de Virchow ~~sont des~~ productions hypertrophiques

Origine des vrais chondromes dans l'os et le périoste (chondromes, périchondromes), dans la parotide, le testicule, très rarement dans les autres régions.

Les tumeurs peuvent présenter les caractères du cartilage hyalin, du fibro-cartilage, des cartilages à cellules ramifiées en étoile. C'est le tissu du cartilage hyalin qu'on rencontre le plus fréquemment.

Description des tissus constituant les tumeurs (cellules cartilagineuses ~~fondamentales~~ et vaisseaux)

Cellules isolées, rarement constituées par une seule cellule. Cellules juxtaposées de volume variable, avec petits amas plus ou moins considérables pouvant produire les tumeurs les plus volumineuses jusqu'à 1 à 2m de circonférence. Consistance molle ou dure selon les tissus les intermédiaires suivant la constitution du tissu.

Dégén. graisseuse ou mucoïde.

Variétés de chondromes suivant l'aspect des lobes et la constitution hyaline, fibro-cartilagineux ou muqueux.

Chondromes ossifiants ou chondromes ostéoïdes ou ostéo-chondromes.

Chondrofibromes et chondrosarcomes de Virchow.

Chondromes kystiques ou diffus —

Ainsi que pour toutes les tumeurs on peut admettre deux formes principales:

1° Chondromes bénins à développement lent ne se généralisant pas (ecchondroses et plus profondes)

2° Chondromes malins avec prédominance des éléments cellulaires, développement plus rapide, pouvant se généraliser par le système vasculaire.

Origine des chondromes dans des îlots cartilagineux au sein des glandes d'après Virchow. — C'est la théorie que Cohnheim a aussi appliquée à l'origine de toutes les tumeurs

Tumeurs de nature osseuse

1° Tumeurs bénignes : ostéomes

2° Tumeurs malignes : ostéosarcomes

Les ostéomes sont constitués par du tissu osseux apparent, pour siège les os ; mais pouvant aussi siéger sur des organes plus ou moins éloignés ?

Ostéomes compacts ou éburnés & ostéomes spongieux

Tumeurs de forme et de volume variables ayant pour origine le périoste ou la moelle.

· Difficultés pour les distinguer des exostoses et des ostéophytes.

En somme les tumeurs primitives des os sont plutôt constituées par les chondromes comme tumeurs bénignes ~~[illegible]~~ graves et par les ostéosarcomes comme tumeurs malignes. Il existe aussi des tumeurs des os de nature kystique ~~[illegible]~~ kystiques, mais elles ne sont pas des tumeurs vraies, elles ne sont pas des tumeurs malignes, elles sont des kystes hydatiques ou congénitaux osseux.

On a décrit des ostéosarcomes gélatineux, fibrocellulaires, ostéoïdes ou ossifiants, suivant les caractères constitutifs de tumeurs chez lesquelles ~~[illegible]~~ siège ~~[illegible]~~ médullaire ou périostique et aussi parostéal. Siège sur les os longs, membres, côtes, maxillaires, pour les commissures, etc. ~~[illegible]~~ pour les vertèbres.

Fibromyomes de nature musculaire

Constitués par du tissu musculaire à nouvelle formation.
Rhabdomyomes et Léiomyomes (Zenker).

Les premiers n'ont guère été rencontrés que comme tumeurs fœtales, sur la langue, dans le cœur. Ils sont signalés chez l'adulte comme ± douteux.

Les léiomyomes désignés ord. sous le nom de Myomes peuvent se rencontrer partout où il y a des fibres lisses, mais surtout dans l'utérus où ils sont fréquents, ou les rencontre exceptionnellement dans les parois des voies digestives, dans la prostate, dans le scrotum, dans les ganglions, dans la peau.

Tumeurs ord. multiples, rarement uniques, le plus souvent sous la forme nodulaire - volume variable.

Les ~~myomes~~ utérins que nous avons principalement en vue sont interstitiels, intra ou extra cavitaires.

1° forme bénigne, constituée par un tissu musculaire se rapprochant beaucoup du tissu normal, mais en différant toujours par la disposition des fibres plus irrégulière+, peuvent présenter l'aspect fibreux (fibromyomes).

+ (Il n'y a pas similitude comme l'indiquent les auteurs)
Tumeurs ne se généralisent pas.

2° forme malignes dans laquelle on remarque que les fibres musculaires ~~se différencient moins, ressemblent du type précédent à ...~~

b une prédominance de l'élément cellulaire : Myosarcomes

Ces tumeurs se généralisent souvent, mais elles peuvent acquérir un volume considérable avec formations hystérogènes apparentes qui n'sont pas toujours dues à des phénomènes d'hypermnésie, peuvent présenter un contenu de liquides par perforation au sein du tissu dégénéré (substance amorphe avec pus de cellules).

Tumeurs de nature nerveuse.

Constituées par des tissus nerveux de nouvelle formation. —

On admet avec Förster qu'il existe des névromes médullaires ou ganglionnaires et des névromes fasciculés.

1° Névromes ganglionnaires.

Sous la plume de certains chirurgiens, ils seraient constitués par des tumeurs rencontrées dans les kystes dermoïdes ou dans des malformations congénitales.

Robin a décrit les gliomes sous le nom de tumeurs à myélocytes. M. Bard a démontré que ces tumeurs devaient bien être rapportées à des éléments nerveux en raison de l'analogie que présentent les cellules de ces tumeurs avec celles des éléments nerveux embryonnaires.

Mais les cellules des néoplasmes n'ont pas conservé l'aspect des cellules embryonnaires ; elles dérivent plus ou moins des types normaux tout en gardant avec eux une certaine analogie. C'est ainsi qu'on peut avoir des gliomes considérés par les auteurs comme des sarcomes avec les types globocellulaires et fusocellulaires à petites et à grosses cellules.

Si ces tumeurs ne se généralisent pas, cela doit tenir à des conditions anatomiques spéciales, mais elle n'ont pas besoin de cela pour être graves, en raison de leur siège.

2° Névromes fasciculés. Ils sont dits myélinique ou amyélinique ou admettent ainsi des formes plexiformes. MM. C. & R. admettent comme névromes les névrites des moignons d'amputation. Enfin on décrit des névromes ganglionnaires, cependant tumeurs multiples, sur le trajet des nerfs, plutôt sous la forme fibreuse et molle, Cornil. Elles peuvent aussi s'étendre aux muscles des organes internes, en sont plutôt fibreuses, d'où la forme bénigne et la forme grave. — Enfin, on doit les considérer comme des tumeurs

45e Leçon
28 février 1893

Sommaire de notions conjonctives.

Nous constituons par du tissu conjonctif à un degré plus ou moins marqué en développement et offrant 3 variétés de tissus qui on peut rencontrer bien différenciés ou plus ou moins combinés ensemble :

fibreux, lipeux et muqueux.

Ces tissus ont ord. pour origine le tissu conjonctif sous-cutané et ~~sous-muqueux~~ aussi que celui des aponévroses, des gaines vasculaires, nerveuses, musculaires.

Mais les auteurs admettent encore une origine dans tous les organes primitifs tous renfermant du tissu conjonctif, et notamment dans la peau et les muqueuses, dans les nerfs, dans les muscles, dans les glandes, etc. Or, il ne nous paraît pas qu'on puisse mettre au second rang les éléments qui jouent le rôle le plus important dans ces organes et nous croyons beaucoup plus

rationnel de rapporter ~~aux~~ élément les tumeurs où on les trouve dérivés d'une matrice manifeste quelle que soient les productions conjonctives concomitantes.

Nous avons vu que les mêmes dimensions avaient eu lieu au sujet du carcinome qui est considéré aujourd'hui comme une tumeur épithéliale quelque soit la production du tissu conjonctif.

Il ne faut pas oublier, en effet, que malgré le rôle indispensable rempli par le tissu conjonctif dans tous les organes, ~~qui peut donner~~ de leur constitution et de leur nutrition, il doit forcément céder le pas aux éléments qui caractérisent les organes.

Il ne s'agit pas seulement d'une vue théorique. Cela ressort surtout de l'étude de ces tumeurs lorsque l'on les considère non seulement au point de vue de leur constitution mais aussi au point de vue de leur ~~développement~~ et de leur évolution.

Pour les glandes, comme la muqueuse, disposition irrégulière des glandes, tapissées de cellules ayant les mêmes caractères que celles qui on trouve dans le stroma ou les cellules des parties conjonctives.

Pour les poches et les muqueuses, on reconnaît manifestement dans le stroma les éléments qui caractérisent ces organes par cette relation constante entre les cellules du stroma et celles qui tapissent les muqueuses, ou les glandes.

Dans les kystes et dans les tumeurs où les productions conjonctives paraissent moins déterminées, on doit encore selon nous rapporter les tumeurs aux cellules, même au nombre de Schwann ou de sarcolème formant partie constituante des éléments essentiels de ces organes.

Dans tous ces cas aussi origine des tumeurs en rapport avec les éléments caractéristiques des organes, sur lesquels les tumeurs continuent à se produire ou à se reproduire si elles ont été enlevées.

Les tumeurs de nature conjonctive ne doivent être considérées comme indépendantes que lorsqu'elles appartiennent au tissu conjonctif indifférencié ou à ses produits dans à revenir plus tard [illegible]

Fibromes

Description macroscopique.

1° forme bénigne, fibrome fasciculé

2° forme maligne :

a. fibro-sarcome

b. sarcome conjonctif.

Lipomes

Description macroscopique

1°. Lipome proprement dit.

2° fibro-lipome.

Myxomes

Leurs constituants peuvent être un tissu embryonnaire ou tissu muqueux représentant à l'état physiologique pour le cordon ombilical de la vie fœtale (Virchow), peut être un tissu conjonctif en voie de formation ou arrêt de développement (Ranvier).

Quant les auteurs signalent la coexistence possible des myxomes avec les autres tumeurs ayant subi la dégénérescence mucoïde ou colloïde. Or il est prouvé bien que les prétendus myxomes peuvent

ne permet que des tumeurs se rapportant à toutes espèces de tumeurs épithéliales pour constituer la forme colloïde de ces tumeurs se [illegible] à toutes celles précédemment étudiées

~~Il arrive~~ à celles que nous attribuons ~~[illegible]~~ au tissu conjonctif ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~ la même transformation des éléments.

cette manière de voir est plus conforme à l'obs. du fait de l'origine des tumeurs que l'on ne trouve jamais sur le cordon ombilical, ni dans le corps vitré.

Siège des ~~Myxomes~~ dans le tissu conjonctif sous-cutané.

aspect macroscopique de ces tumeurs.

a. fibro-myxomes

b. ~~Myxolipomes~~

c. Myxo-sarcomes

Les Kystes hydatiques du placenta sont aussi considérés comme des myxomes.

En général les myxomes sont des tumeurs bénignes ne se généralisant pas, mais pouvant être multiples. Récidives sans après ablation complète.

En cas de généralisation les récidives sont des myxo-sarcomes.

Evolution du tumeur.

Extension & généralisation.

Récidive.

Cachexie.

Pathogénie

Homoeoplasie et hétéroplasie de Robin.
3. homoeomorphie et hétéromorphie de Robin

Les idées représentées par ces divisions ont complètement cessé d'avoir cours depuis que F. Müller (1858) a formulé la loi qui porte son nom et qui est encore généralement adoptée : toute tumeur est formée d'un tissu ~~ayant~~ son analogue dans l'organisme normal, soit à l'état embryonnaire, soit à l'état de complet développement.

Remak a dit aussi que les tissus pathologiques sont les descendants ou les produits des tissus normaux : omnis cellula in cellula.

Virchow surtout s'est efforcé de démontrer qu'il le type qui régit le développement et la formation de l'organisme, régit également le développement et la formation des tissus ; qu'il n'existe nulle part un type nouveau, indépendant : omnis cellula e cellula.

Les idées soutenues par Müller, par Virchow ont ~~réalisé~~ un grand progrès ; mais

elles ont engendré l'opinion encore généralement partagée que les tumeurs proviennent d'un vice de développement des tissus ; qu'elles sont des monstruosités cellulaires (Sed)

ainsi Cohnheim a été amené à ~~admettre~~ comme origine aux tumeurs des germes inclus dans les tissus.

~~[illegible]~~

Virchow pensait jouer le principal rôle aux cellules conjonctives ; toutefois depuis les travaux de Schiech et de Waldeyer on attribue la production des tumeurs à la multiplication anormale des cellules épithéliales.

Cependant on a recherché si les tumeurs ne se comportaient pas comme des ~~[illegible]~~ infections et on ~~[illegible]~~ de les inoculer. ~~[illegible]~~ Expériences répétées surtout depuis les remarquables exp. de Villemin sur la tuberculose. (ainsi que le fait remarquer M. Kelsch dans un rapport sur le tumeur, depuis toutes les lésions pour démontrer la nature infectieuse du cancer. Sed. (Sed 24 6 93)

Exp. de l'homme aux animaux, des animaux aux animaux et de l'homme à l'homme. contradictoires

objections - Discussion -

développement des tumeurs principalement sur les régions exposées aux causes d'irritation et de contagion.

au point de vue histologique : prolifération cellulaire abondante analogue à celle des ~~tissus~~ inflammatoires, quoique sur des allures particulières.

Extension, généralisation en carcinose aiguë.

Transmission probable du sujet malade aux sujets sains, observations de contagion dans certaines localités, dans cycles, maisons, le long d'un cours d'eau, etc (Armandet, Guelliot, Kissinger)

L'hérédité ne ~~[illegible]~~ intervient dans la lutte, qu'en prédisposition.

Enfin recherche des parasites 1887. Staphylocoques et diplocoques, bacille qui paraît être cause de la gravité de tumeur.

Théorie coccidienne. objections.

En ou les microbes des tumeurs sont encore à trouver. Trois combinaisons de maladies sont ~~nettement~~ classées parmi les plus nettement infectieuses dont on n'a pas encore découvert les microbes.

M. Kelsch arrive à conclure que si l'on admet que la production des cellules épithéliales sous l'influence des microbes, on peut au moins admettre que la cellule imprégnée par une graine spécifique devient apte à se multiplier à l'infini. Mais en tout cas on ne peut admettre que le parasite du cancer soit la cellule cancéreuse. Le mot microbe doit être supprimé.

Déjà l'année dernière j'inclinais à croire au développement des tumeurs sous l'influence d'une cause parasitaire, tout en considérant la production cellulaire liée à une multiplication cellulaire déterminée.

Il me semble aujourd'hui que la question doit être élargie et qu'on peut virtuellement considérer les tumeurs comme analogues aux bésons infectieux et on voit dans la production anormale des éléments anatomiques qu'un trouble local particulier résultant d'une irritation dont la cause nous est encore inconnue.

C'est une erreur de dire que les microbes sont des agents de destruction et non de production qu'une production épithéliale ne peut avoir lieu sous leur influence. Je crois avoir démontré que dans la tuberculose origine en tout tout d'abord des cellules épithéliales qui sont produites sous l'influence des agents microbiens

[illegible] dans l'état de repos [illegible] à l'état normal [illegible] dans toutes les inflammations [illegible] une destruction d'organes, [illegible] la grande conjonctive [illegible] la reproduction des cellules, [illegible] glandulaires plus ou moins modifiés, mais indique la tendance constante de l'organisme à maintenir la constitution [illegible]

Tumeurs adénoïdes considérées par certains auteurs comme des productions inflammatoires. Et cependant ~~Ap~~ plus bénigne peut à un moment donné prendre un caractère malin et on peut trouver tous les intermédiaires entre les tumeurs bénignes et malignes.

Ce qui domine dans les tumeurs, c'est un processus formatif prédominant des éléments cellulaires plus ou moins modifiés ou dévoyés et du tissu conjonctif avec production d'un réseau vasculaire très variable, d'où des troubles profonds dans les phénomènes de nutrition et de rénovation des éléments de l'organisme.

Les phénomènes d'extension et de généralisation des lésions sont tout à fait en rapport avec ce que nous observons dans les maladies infectieuses.

Mais ce qui caractérise plus particulièrement les tumeurs, c'est leur tendance à s'accroître et à se généraliser avec production d'éléments semblables à ceux de la lésion première.

Ce dernier point est l'argument le plus puissant de ceux qui soutiennent l'hypothèse de la spécificité cellulaire, soit de la production d'un monstrueux cellulaire, soit de la production des cellules par ~~la~~ une première cellule ayant subi l'influence d'un corps inconnu.

Il me semble difficile d'admettre une aberration de production, un vice de développement qui à un moment donné se portant sur divers points de l'économie pour donner lieu à des péritonites, un enrouement de la série, à des phlébites, à des endocardites, contagieuses et envahissant les parties voisines ~~[illegible]~~ les séreuses, les muqueuses, etc. tout comme les lésions produites par un vulgaire agent infectieux.

On peut en dire autant de l'hypothèse de la production des tumeurs par la multiplication d'une cellule infectieuse, car on ne peut méconnaître qu'il existe constamment des phénomènes inflammatoires caractéristiques.

Quel est donc le mode de production de la néoplasie provenant d'une cause inconnue ou d'une cause infectieuse à déterminer ?

Il n'est plus question de la génération spontanée dans un blastème, ni même de la théorie de Virchow qui avait détrôné celle de Robin laquelle faisait provenir toutes les tumeurs du tissu conjonctif.

On admet généralement que les cellules engendrent les cellules et pour le moment c'est la karyokinèse qui a toutes les faveurs. On avait constaté le mode de division indirecte des cellules dans la plupart des cellules normales et dans les tumeurs épithéliales, dans les carcinomes et même dans les fibromes et les myomes.

Il est bien certain que les phénomènes pathologiques ne doivent être envisagés que comme une exagération ou déviation des phénomènes normaux que les cellules donnent reproduisent par le même mécanisme à l'état path. et à l'état normal.

cette question qui domine toute la pathologie divise encore les observateurs. Le temps nous manque pour la discuter dans cette leçon.

Conditions dans lesquelles nous avons pu observer la Karyokinèse. Impossibilité de trouver des préparations démonstratives pour les tissus normaux et path. de l'homme et des animaux sup. nous ferons de nouvelles recherches.

Sous le moment nous inclinons à croire qu'à l'état path. comme à l'état normal les phénomènes de nutrition et de reproduction des éléments anatomiques sont sous la dépendance de la circulation et que la diapédèse des globules blancs joue le principal rôle.

Cette manière d'interpréter les faits concorde avec l'importance qu'on doit attribuer à la circulation à peu près oubliée dans la théorie cellulaire et avec l'observation de phénomènes faciles à constater, tellement que dans l'inflammation les phénomènes cellulaires ne sont que secondaires à la production des jeunes éléments à côté de la reproduction des cellules par Karyokinèse —

Définition

Si maintenant nous voulons délimiter ce que nous entendons sous le nom de tumeur nous dirons que c'est une production néoplasique (afin d'éliminer les productions congénitales qui diffèrent absolument des tumeurs telles que nous les concevons et doivent être considérées comme des malformations) caractérisée principalement (il est impossible de donner tous leurs caractères dans une définition) par un processus formatif prédominant et en général manifestant extensif, (il n'est pas question naturellement de tératomorphe et il s'agit des phénomènes habituels de nutrition dans lesquels on voit prédominer le phénomène de formation et en même temps d'extension dans le voisinage puis au loin) (on ne doit pas attribuer le processus à la production d'un germe congénital inclus, ni à un mode particulier de développement ou d'aberration cellulaire, à une monstruosité cellulaire, c'est pourquoi nous dirons encore), résultant d'un trouble local dans les phénomènes de rénovation de nutrition des tissus.

On pourrait ajouter que ce trouble paraît relever d'une cause infectieuse dont la nature n'a pas encore pu être exactement déterminée, mais la question reste ouverte suivant la prudente conclusion de M. Kelsch.

4e Leçon
8 nov. 1893

Des Tumeurs (suite)

Nous avons défini une tumeur : une production néoplasique caractérisée principalement par un processus formatif prédominant et en général manifestement résultant d'un trouble local dans le phénomène de rénovation et de nutrition des tissus.

En conséquence on doit pour juger parmi les tumeurs, les malformations congénitales décrites depuis Virchow sous le nom de tumeurs tératoïdes (congénitales ou non congénitales, kystes dermoïdes congénitaux) on désigne aussi ces productions sous le nom de tumeurs complexes en raison de la multiplicité des tissus dont elles se composent. Mais ce sont en réalité des tissus semblables aux tissus normaux produits anormalement en un point par suite d'une malformation ou d'un trouble de développement de l'élément d'un organe.

Il ne s'agit pas d'une néoplasie puisque le début de la production remonte à la période congénitale et qu'on n'assiste qu'à un développement plus ou moins marqué de la production qui du reste peut rester stationnaire ou rétrocéder, suivant la disposition des vaisseaux. ~~qui n'a pas~~ Dans les ~~les~~ les phénomènes de nutrition s'accomplissent du point commun, ~~de~~ ~~les~~ ~~ainsi modifiés~~ ~~autres parties du corps~~ ~~de la~~ ~~de production~~ ~~le caractère~~ ~~propre~~ ~~tout~~ ~~bénigne~~. C'est ainsi qu'elles n'envahissent pas les tissus voisins ~~et~~ ni se généralisent après leur ablation elles ne récidivent jamais. Enfin ces productions peuvent devenir le siège de véritables tumeurs, de telle sorte qu'on a été porté à admettre des tumeurs des tumeurs, ce qui ne se voit jamais pour les tumeurs véritables. Si ce phénomène ne tient pas des tumeurs, il peut le principal argument pour considérer les tumeurs comme des productions monstrueuses.

La plupart des auteurs ne considèrent pas comme tumeurs, ~~les angiomes~~ simples et les anévrysmes, cirsoïdes; mais y font figurer les angiomes caverneux. M. Quénu dit que les angiomes et les lymphangiomes sont des tumeurs, en vertu de leur définition propre. Il ajoute qu'il y a production d'un tissu nouveau, le tissu vasculaire, qui tend à persister et à s'accroître, tout en faisant remarquer que ~~les tumeurs~~ ~~vasculaires~~ ~~sont incapables~~ de disparaître spontanément.

~~Cependant~~ cet auteur fait figurer la description de ces productions dans un appendice aux tumeurs.

Mais il suffit de savoir que toutes ces productions ont une origine congénitale et ne se comportent pas comme les tumeurs d'après notre définition pour que nous les rejetions de notre classification des tumeurs. Les angiomes ~~communs~~ internes ne doivent pas faire exception parce qu'on ne peut pas reconnaître leur présence pendant la vie. Ils ne se comportent pas autrement que les angiomes externes ~~[illegible]~~

Du reste les formations nouvelles résultant d'un trouble local dans la nutrition et la rénovation des tissus portant sur tous les éléments de ce tissu. Il y a ~~dév.~~ ~~[illegible]~~ développement anormal de vaisseaux et ~~très~~ fréquemment un développement exagéré pouvant donner à la tumeur un aspect particulier qui la fait désigner par son nom d'origine auquel on ajoute l'épithète télangiectasique [illegible] alors en même temps que celle des autres éléments. —

— Opinion de Rindfleisch

Les Kystes ne constituent pas une classe particulière [illegible]

On ne peut pas non plus à l'exemple de Virchow diviser les tumeurs en t. histoïdes et t. organoïdes, suivant qu'elles sont simples ou composées, parce qu'il n'y a pas de tissu simple à proprement parler.

La plupart des auteurs admettent une 2 ème classe de tumeurs, suivant que le tissu d'origine de la tumeur appartient au feuillet moyen ou aux feuillets internes ou externes de l'embryon; d'où la division de t. de nature conjonctive et t. de nature épithéliale.

Mais, comme le fait observer M. Quénu, les cellules germinatives qui doivent constituer les organes génitaux apparaissent dans le mésoderme et cependant on ne peut pas séparer des t. épithéliales les t. de l'ovaire sous prétexte que ces organes appartiennent au feuillet moyen. Cet auteur ajoute que le développement des feuillets du blastoderme a été dans ces dernières années l'objet de nouvelles recherches d'où il résulte que le feuillet moyen n'a pas une origine différente, mais qu'il dérive soit de l'ectoderme (Kölliker) soit plus vraisemblablement de l'endoderme (Duval, Hertwig, etc). Il vaut donc mieux d'origine épithéliale

On sait que ces auteurs ont abandonné ces origines des t. dans le pensée qu'elles étaient [illegible] d'une altération de développement, opinion que nous avons abandonnée [illegible]

Donc en se fondant sur l'embryologie, on voit qu'il n'y a pas de formation particulière pour une catégorie de tissus. Et cela ressort encore mieux de l'examen attentif des lésions sous idée préconçue.

Dans l'état normal on trouve partout des cellules, sur la paroi des vaisseaux, dans les glandulaires et autres, dans les parois des vaisseaux et sur les faisceaux conjonctifs, etc. jeunes cellules jeunes probablement en diapédèse qui cheminent entre les faisceaux conjonctifs et vont servir à renouveler les cellules ~~fixes~~ au fur et à mesure de leur disparition. C'est tout au moins ce qui paraît évident pour les épithéliums placés superficiellement. Il en sera encore autrement pour les cellules

Or ce sont ces mêmes éléments qui vont constituer la néoplasie. Elle ne sera jamais formée uniquement par des cellules ou par des tractus conjonctifs ou par des vaisseaux; mais on y retrouvera tous ces éléments ou des formations plus ou moins abondantes portant ~~plus~~ sur toutes les parties constituantes de l'organe ~~particulier~~ ~~sur~~ dans une portion plus ou moins limitée ou seulement plus particulièrement sur une ou des parties.

ex.: le épithélioma, fibrome, ou myome ou musculaire de l'intestin.

C'est la localisation du processus formé sur le point d'origine de la lésion qui imprègne à la tumeur un aspect en rapport avec cette origine; d'où les dénominations de tumeurs épithéliales, fibreuses, musculaires, etc. rappelant en fois l'origine et la caractère principal de la tumeur.

y du caractère principal parce que avec les éléments prédominants on en retrouve d'autres qui sont accessoires ou tout au moins moins prédominants.

ex.: t. musculaire avec production de tissu conjonctif de voisinage.

Il ne suffit pas cependant d'une production prédominante de certains éléments lorsque tous les éléments d'une portion d'organe sont atteints, pour qualifier la tumeur.

ex.: avec une tumeur épithéliale de l'estomac on observe souvent une production exagérée de tissu conjonctif et des couches musculaires de la paroi.

Or si dans la plupart de ces cas les productions épithéliales sont tellement abondantes qu'elles constituent réellement et incontestablement la lésion prédominante, il arrive bien souvent que les lésions épithéliales paraissent moins développées que celles du tissu conjonctif

ou mucoïdes. Dans ces cas ce sont les troubles survenus dans les éléments dont la fonction est prédominante qui doivent servir à caractériser la tumeur. (car on retrouve ces éléments dans l'histoire de la généralisation de la tumeur) Non conséquent dans l'ex. choisi pour peu que l'on reconnaît manifestement la néoformation épithéliale, c'est d'une tumeur épithéliale qu'il s'agit quelle que soit l'intensité du processus formatif sur les autres points.

En agissant autrement on s'expose à des conséquences résultant des divers points examinés pouvant faire conclure, à propos de la tumeur, à une t. épith., conjonctive, mucoïde ou vasculaire par suite de la prédominance de production de ces éléments sur certains points. (en cas tumeur formée de éléments diff. mieux la prédominance)

De même quand on a constaté une néoproduction mucoïde, il s'agit toujours d'un mucocèle quelle que soit la quantité de tissu conjonctif produit en même temps.

En agissant autrement on risquerait de revenir à l'ancienne conception du carcinome considéré par Virchow, Cornil et Ranvier, comme une tumeur appartenant à un tissu conjonctif, dans les cas où ce tissu est abondant (sarcome), tandis que les caractères de cellules indiquent leur nature.

C'est qu'en effet les nouvelles productions cellulaires ont lieu non seulement dans le lieu où les cellules doivent se trouver, mais aussi dans les tissus sous-jacents entre les interstices des tissus conjonctifs interfasciculaires ou aux dépens de ces tissus plus ou moins altérés ou détruits et remplacés par un tissu de nouvelle formation.

Il semble donc que non seulement le processus formatif soit exagéré, mais qu'il soit encore vicié, de telle sorte que les nouvelles cellules évoluent au sein des tissus d'une manière plus ou moins anormale,

dans les points où elles sont arrêtées. La circulation doit être alors profondément modifiée et si l'on ne peut dire exactement en quoi consistent les troubles, il est certain que d'une part il y a production abondante d'éléments et d'autre part difficulté d'absorption et d'élimination des déchets organiques. Il en résulte des productions anormales soit pour leur constitution, soit pour leur évolution.

Aspect général des tissus, sous la forme nodulaire ou à l'état infiltration, de volume variable.

Croissance rapide ou lente, parfois avec des temps d'arrêt relatifs, mais ord. avec un caractère manifestement extensif.

L'extension a lieu en partie par la formation de nouvelles productions au sein du nouveau tissu et en partie par l'envahissement des tissus voisins. Le mode d'extension dépend

de la nature de la tumeur et surtout de ses connections vasculaires.

D'une manière générale on peut dire que ce sont les tumeurs dont la circulation est la même ou moins que s'accroissent pour elles-mêmes et qui présentent le plus grand développement, tandis que dans la cavité ce sont les phénomènes inverses qui sont observés. Et donc ce dernier cas ce sont encore les parties qui fonctionnent le moins, ~~doit~~ la circulation est le moins assurée qui subit le moins de l'envahissement néoplasique.

Les conditions de la nature des tumeurs ont aussi une influence considérable sur leur évolution ultérieure (phénomènes de ~~dégénérescence~~, de ~~dégénérescence~~ d'ulcération, d'hémorragie, etc)

Ces phénomènes sont en rapport avec l'évolution des éléments plus ou moins dévié dans des ~~phénomènes de mortification résultant de~~ troubles circulatoires locaux.

En même temps tendance à la cicatrisation qui ne peut pas s'obtenir en raison de la reproduction entre les plus conjonctives de cellules ayant les mêmes caractères que celles des tumeurs ou moins pour celles qui sont malignes.

Tumeurs malignes et tumeurs bénignes - que ~~doit-on~~ on entende par ces dénominations ?

D'une manière gén. ce sont les tumeurs qui s'éloignent le plus du type normal et qui se développent le plus rapidement qui présentent les caractères de malignité, c.a.d. d'extension au loin par métastase ou généralisation ; et ce sont celles qui sont produites le plus lentement, qui se rapprochent le plus de la texture du tissu d'origine qui sont bénignes - mais il n'y a pas de limite précise, de caractère anatomique absolu pour indiquer d'une manière certaine la bénignité ou la malignité d'une tumeur.

Une tumeur de type bénigne peut devenir maligne

Les tumeurs bénignes peuvent présenter une grande gravité par suite de leur siège (glandes, cerveau, épithélioma de l'œsophage, etc.)

~~Les tumeurs bénignes~~ Les tumeurs bénignes se présentent aux second nombre de cause nature ou de nature différente c.a.d. des tissus organes et de nature organes différents. Il s'agit de productions multiples simultanées pour la même ou pour des causes différentes ou tout ou moins.

cachexie cancéreuse. Elle résulte de l'autointoxication par les déchets organiques ou les toxines ~~dont~~ l'élimination est entravée ou pour des produits septiques divers, surtout pour les tissus dont la circulation n'est pas assurée ou ne permet pas le développement continu sans phénomènes de dégénérescence ou de mort des éléments, ce qui est le propre des tissus épithéliaux et glandulaires.

Les phénomènes de généralisation accélèrent la cachexie.

Il résulte en effet soit de la production pure soit des productions secondaires que les fonctions des organes importants sont troublées et que la nutrition de l'organisme est en même temps plus ou moins entravée.

Telle est la marche habituelle des tumeurs.

On peut ~~toujours~~ juger de l'extension par l'adhérence, mais les récidives sont fréquentes. Conditions qui les favorisent — non récidive des tumeurs bénignes? — Celles qui diminuent les cellules qui ne sont pas bien limitées.

L'étude des tumeurs nécessite une classification que chaque auteur s'est efforcé d'établir suivant la manière dont il envisage la pathogénie des tumeurs. L'obscurité qui règne à ce sujet a eu pour effet de rendre les classifications très variables et confuses.

J'ai cherché à m'affranchir de la classification en rapportant à l'organe supposé de chaque tumeur et répondant à l'idée de production aberrante d'éléments ou de mouvements cellulaires, pour m'attacher à l'idée d'un trouble local analogue aux autres troubles dits inflammatoires sous l'influence d'une cause parasitaire qui est soupçonnée, mais qui n'est pas encore démontrée.

Ce n'est que lorsqu'on connaîtra les causes des tumeurs que l'on pourra véritablement les classer en indiquant leur étiologie ~~leur cause~~ et ~~leur~~ lieu initial de production dans chaque organe.

Pour le moment notre classification basée sur les considérations générales que nous avons fait valoir, ne peut servir qu'à grouper les tumeurs d'après ~~[illegible]~~ leur origine tissulaire ~~les formant~~ dans le but seulement de ~~qui les caractérisent pour~~ faciliter leur étude.

Nous l'avons simplifiée autant que possible en divisant les tumeurs seulement en cinq classes principales avec ~~des~~ subdivisions nécessitées pour ~~les caractères~~ ~~de production~~ ~~[illegible]~~ ~~pathologiques~~ ~~[illegible]~~ ~~[illegible] ou des caractères [illegible]~~ dans les divers organes à constitution analogue et dans chaque organe en particulier — C'est ainsi que nous ~~[illegible]~~ successivement:

1° Tumeurs des tissus épithéliaux ou endothéliaux et glandulaires.

2° Tumeurs du tissu conjonctif.

3° Tumeurs des tissus cartilagineux et ~~osseux~~

4° Tumeurs ~~des~~ tissu musculaire

5° Tumeurs du tissu nerveux

—

Suppression des sarcomes admis par tous les auteurs à ~~tort~~ selon moi; puisque les t. décrits sous ce nom se rapportent à des tumeurs des divers organes ou du tissu conjonctif —

6e Leçon
6 Xbre 1893

Tumeurs des tissus épithéliaux, endothéliaux et glandulaires.

—

Nous avons vu que c'est la localisation du processus formatif sur le point d'origine de la lésion qui imprime à la tumeur un aspect en rapport avec cette origine, d'où les dénominations de tumeurs épithéliales, fibreuses, musculaires, etc. rappelant à la fois l'origine et le caractère principal de cette tumeur.

En conséquence les tumeurs des tissus épithéliaux, endothéliaux et glandulaires, seront celles qui auront leur origine dans ces tissus et seront caractérisées par un processus formatif ~~[illegible]~~ où figurent les éléments de ces tissus dont la fonction est prédominante.

ainsi il ne s'agit pas de tumeurs de la peau, des muqueuses et des glandes, mais des tumeurs des tissus épithéliaux ou glandulaires de la peau, des muqueuses et des glandes; ces organes peuvent présenter, quoique rarement, des tumeurs de nature fibreuse ou musculaire. Mais dans ce dernier cas les épithéliums de revêtement des surfaces cutanées ou muqueuses, ainsi que les des glandes sont restés intacts ou tout au moins refoulés.

Mais d'autre part pour que ces éléments épithéliaux ou glandulaires soient ~~prédisposés~~ ~~à une évolution exagérée~~, ~~ils doivent~~ sur qui donnent à la tumeur son caractère principal quelle qu'soit la production simultanée des autres éléments du tissu qui, comme à l'état normal, ne jouent qu'un rôle secondaire ~~quoique étroitement~~ et indispensable.

Ce n'est pas à dire qu'il faille intégralement compte de l'état de ces divers éléments qui suivant les cas peuvent se présenter sous des aspects variés et donner aux tumeurs des caractères particuliers ; mais il en résulte aussi des modifications correspondantes dans les injections, il s'agit alors de caractères secondaires.

C'est parce qu'on n'a pas tenu compte de cette donnée fondamentale qu'on a admis pendant longtemps la conception de Virchow au sujet du carcinome.

Les travaux de Hannover, de Schiefferdecker et Valbuena ont démontré que on ne pouvait pas persister dans cette voie. Actuellement tous les anatomo-pathologistes sont d'accord sur ce point ; car je ne suppose pas que MM. Cornil et Ranvier persistent dans leur erreur.

Mais si l'accord est parfait pour les carcinomes dont les cellules s'éloignent le plus du type normal et

à plus forte raison pour les épithéliomes dont les productions cellulaires se rapprochent plus manifestement des épithéliums normaux. Voilà que le désaccord existe à nouveau au sujet des tumeurs décrites sous le nom de tumeur adénoïde ou adénome, dans lesquelles se trouvent des formations épithéliales ou glandulaires analogues aux glandes normales.

Voudrait que certains auteurs considèrent ces tumeurs comme des productions glandulaires atypiques en les opposant aux productions glandulaires indiquées dites atypiques, prototypiques ou métatypiques; d'autres auteurs, surtout dans les dernières publications, considèrent les productions épithéliales ou glandulaires comme secondaires et font jouer le rôle principal au stroma, de sorte que pour eux il s'agit de fibromes, myomes, etc. ou

sein des tissus épithéliaux ou glandulaires une production plus ou moins abondante des éléments essentiels de ces tissus dont on ne tient pas compte.

Ainsi, autrefois les lésions du stroma conjonctif étaient considérées comme capitales parce qu'on ne reconnaissait pas dans les productions cellulaires, les éléments essentiels des épithéliums ou des glandes plus ou moins dévié. Et voilà que maintenant on recommence à admettre ces lésions primitives du stroma parce que les productions épithéliales ou glandulaires concomitantes sont trop bien caractérisées !

Il est vrai que lorsqu'il y a peu de stroma on dit qu'il y a hypertrophie

glandulaire simple (tout en continuant à les classer parmi les tumeurs) et en disant que ces cénoses considérées ainsi sont très rares.

Les tumeurs vraies appartiendraient d'après Mr Coyon au stroma en raison de l'origine périvasculaire du néoplasme et parce que suivant Mr Cornil et Ranvier, après l'ablation totale du faux adénome du sein, s'il se produit une récidive, la tumeur nouvelle ne renferme aucun appareil de cul-de-sac glandulaire.

Or, lorsqu'il y a production anormale du stroma et du tissu glandulaire on n'aurait pas le droit de dire que le processus ~~et est de toute vraisemblance de~~ formatif n'atteint que le stroma. Mr Quénu fait aussi remarquer qu'on est étonné de voir au centre même d'un fibrome des cul-de-sac glandulaires en aussi grand nombre. Un fibrome naissant dans le tissu périvasculaire, encapsulé dès son origine, et se développant

unité aux dépens de son propre tissu, ne devrait-il pas refouler à la périphérie les cellules de soc de la glande ? Il en même autem émet l'idée qu'on pourrait considérer de tels néoplasmes comme de véritables tumeurs mixtes, en un mot, constituant une espèce spéciale, et pouvant évoluer suivant des circonstances indéterminées vers le type épithélial et vers le type conjonctif.

Mais ces auteurs comme la plupart des contemporains supposent toujours que le développement des tissus conjonctifs et épithéliaux sont indépendants, tandis que il résulte de notre manière de concevoir les phénomènes de développement de nutrition et de régénération des tissus que ils sont liés d'une manière indissoluble ; de telle sorte que l'on ne peut pas supposer un processus formatif normal ou anormal isolé dans ~~certaines~~ cellules épithéliales de la peau, des muqueuses, des glandes.

sous ceux les éléments conjonctifs vasculaires qui font partie du tissu participant à la néoformation.

Lorsque le processus est très lent (peut être par le fait d'une atténuation de l'agent irritatif ou d'une résistance partielle de l'organisme) les formations nouvelles se rapprochent des productions normales dont elles ne sont guère que l'exagération mais toujours cependant avec une déviation manifeste. Que les conditions inverses se produisent consécutivement ou d'emblée, les formations nouvelles s'éloignent ~~d'autant plus~~ du type normal jusqu'au point où les productions cellulaires ont pu pendant longtemps ne pas être rapportées à leur véritable origine. Je crois que ceci est assez connu pour beaucoup de tissus classés par les auteurs parmi les fibromes, les myxomes, etc.

Il n'est donc pas étonnant que certaines tumeurs aient d'abord l'apparence de tumeurs bénignes, puisque pendant l'allure de tumeurs malignes, que certaines d'entre elles puissent présenter des modifications dans leur constitution en harmonie avec leur nouveau mode d'évolution, que les productions épithéliales s'éloignent davantage du type normal jusqu'à n'être plus aussi facilement reconnaissables ; mais ces productions ou à une généralisation dues à une récidive, sont de même nature de les productions cellulaires pour n'avoir pas l'aspect absolument cancéreux à celles de la première tumeur, ou contiennent moins de productions épithéliales de même nature, mais plus ou moins dévoyées. Et durant certains adénomes, la généralisation peut avoir leur aspect primitif ; puisque les auteurs ont admis aussi une classe d'adénomes malins.

Quant à savoir pourquoi un tissu présentera une production prédominante de cellules ou de fibres conjonctives, cela nous échappe totalement. Nous savons bien que d'une manière générale il paraît y avoir un certain antagonisme entre ces productions, mais encore cela n'est pas absolu ~~tout dépendant~~ il faut tenir compte non seulement du nombre des cellules, mais aussi de leur degré de développement, non seulement de la production du tissu conjonctif, mais de l'état sous lequel il est produit; ainsi, que des phénomènes de dégénérescence, dans lesquels peuvent subir les différents éléments, etc. Du reste même dans les productions inflammatoires, nous ne savons pas encore plus pourquoi il y a production plus ou moins abondante de cellules ou de tissu conjonctif — il faudrait connaître le mode de ~~production~~ du tissu conjonctif au siège lésé, et [illegible]

Quoiqu'il en soit, ce qui est peut douteux, c'est la corrélation qui existe entre les productions de ces divers éléments, puisque les épithéliums glandulaires peuvent dériver pour le tissu conjonctif interposé.
Donc il faut faire toutes les tumeurs de nature ou de provenance conjonctive — le voulait Virchow, ou bien il faut les rapporter à l'élément qui joue le rôle principal dans le tissu épithélial ou glandulaire, quelle que soit le développement pris par ces divers éléments dans la néoplasie.

Nous croyons que cette dernière manière de voir est plus rationnel et permet mieux de classer les tumeurs ; de ces séparer des tumeurs ayant une autre provenance que celle des tissus épithéliaux ou glandulaires et aussi d'établir des subdivisions importantes parmi les tumeurs de cette grande classe.

Dans l'étude des divers processus pathologiques, on a coutume de procéder des processus aigus aux processus chroniques. Si nous agissons de même pour l'étude des tumeurs, nous aurons de la peine à ~~reconnaître~~ retrouver l'origine de certaines tumeurs, ~~tandis qu'en~~ procédant d'une manière inverse nous pouvons suivre la chaîne qui relie les tumeurs en rapprochant le plus du type physiologique, de celles qui s'en éloignent le plus, jusqu'à pouvoir rentrer dans cette chaîne des tumeurs considérées comme n'en faisant pas partie et prévoir le moment où d'autres tumeurs pourront aussi être rapportées à leur origine véritable.

C'est ainsi que nous étudierons d'abord les tumeurs dites adenoïdes ou adénomes, puis les épithéliomes et enfin les carcinomes auxquels le nom d'épithélioma a été aussi donné depuis longtemps surtout pour les tumeurs se rapportant aux épithéliums de la peau et des muqueuses.

S'y joindront les formes sarcomateuses qui nous paraissent se rapporter aux divers épithéliums ou cellules glandulaires jusqu'à ce que quelques-unes parfois s'éloignent encore davantage du type physiologique.

Du reste entre toutes ces tumeurs on trouve des cas où la transition est ~~insaisissable~~.

Les tumeurs que nous avons en vue peuvent être divisées en 3 groupes principaux.

A - Tumeurs formées aux dépens de l'épithélium pavimenteux de la peau et des muqueuses et des glandes annexes.

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

C - Tumeurs formées aux dépens des cellules propres des diverses glandes en rentrant pas dans les groupes précédents.

A

Tumeurs formées aux dépens de l'épithélium pavimenteux de la peau et des muqueuses et des glandes annexes.

1° a. Papillomes cornés et muqueux

b. ~~[illegible]~~ sébacés et mates lumineux

2° Epithéliomes sur les variétés suivantes :

a. forme lobulée (cornée ou perlée et colloïde)

b. forme tubulée

c. forme diffuse ou alvéolaire

d. forme sarcomateuse

1° Tumeurs bénignes, ordinaires ou ordinaires formées aux dépens de l'épithélium pavimenteux de la peau et des muqueuses et des glandes annexes.

a. Papillomes, cornés et muqueux
verruqueux et verrues des vieillards ou cornes des vieillards

Ce ne sont pas des tumeurs adultes; car leur constitution indique une déviation dans les phénomènes de formation.

Du reste on tend plutôt aujourd'hui à considérer ces lésions comme dues à une hypertrophie ou à une inflammation ~~chronique~~ chronique des tissus.

Caractères des hypertrophies et des inflammations ~~chroniques~~ chroniques.

Ce sont bien des tumeurs, mais avec un caractère de bénignité qui peut cependant disparaître pour prendre le caractère malin. C'est là un caractère essentiel des tumeurs. Du reste constitution particulière avec tous les types intermédiaires depuis la tumeur bénigne jusqu'à la tumeur maligne.

b. Tumeurs de Kystes sébacés de nature bénigne.

milium, comédons de K. sébacés considérés comme des produits de rétention par obstruction du canal excréteur des glandes sébacées et ces derniers ont aussi été considérés comme produits par le développement d'une ~~une invagination~~ épithéliale.

Comparaison avec certains kystes dermoïdes qui sont dus à une malformation.

Il n'est pas nécessaire d'admettre une invagination, la formation essentielle suffit au déversement des éléments qui peut donner lieu à une production de matière graisseuse ou plus ou moins abondante d'où la formation de kystes

Polyadénome de Broca - adénome sébacé à Balzac Mémoires

~~[illegible]~~

~~[illegible]~~

c. adénomes des glandes sudoripares décrits par Jarmin.

Certains auteurs les considèrent comme des glandes tubulées d'autre comme des K. ayant une autre origine.

Toutes certaines parties peuvent ~~[illegible]~~ être le siège de dégénérescence malignes et métastases.

9e. Leçon
2 Xbre 1893

Tumeurs formées aux dépens de l'épithélium pavimenteux de la peau et des muqueuses et des glandes annexes (suite).

—

Epithéliomes. - Représentent les formes malignes des t. à épithélium pavimenteux qui sont les moins graves parmi les cancers, d'où le nom de cancroïdes qui est synonyme à les désigner.

Siège sur tous les points de la peau et des muqueuses à épithélium pavimenteux avec prédilection au voisinage des orifices naturels, peau des lèvres, du nez, des paupières, des parties génitales externes, et l'anus et de toute la surface cutanée notamment sur la face, sur les points où existent des cancers d'irritation, sur les cicatrices entretenues par des poils, sur les muqueuses sur la langue et la bouche, l'arrière-gorge, l'œsophage, le larynx, la glotte (glottes vocales) et la vessie, etc. -

par d'épithéliomes primitifs des os, comme l'admettait Virchow ; pas même dans l'hypothèse de débris épithéliaux d'origine embryonnaire qui persisteraient au centre des maxillaires, comme l'ont admis MM. MM. Verneuil, Recklin, Malassez et encore M. Quénu.

Description générale se rapportant au mode de configuration de toutes les tumeurs osseuses en raison de la diversité de leur aspect suivant les régions — A toutes ces parties devait fondée une description spéciale pour les tumeurs de chaque région —

D'une manière générale les épith. de la peau présentent un moins grand développement et se développent plus lentement que sur les muqueuses et ont aussi moins de gravité : tumeurs plutôt bénignes, indolentes, ou infiltrantes mais en grande profondeur :

Epithéliom des vieillards : tr. à peine saillantes d'une croute évoluant très lentement.

cancroïde des lèvres -

épithélioma des muqueuses à épith. pavimenteux

épithélioma de la langue -

Cancer de l'œsophage -

Cancer du ~~[illegible]~~ (portion vaginale) -

etc. etc.

Cependant il s'agit toujours d'un cancer ~~avec~~ ulcéreux à surface grenue formée à entonnoir sur l'angle (cancer fragile de Cruveilhier).

~~Sur les Gonflés~~ l'aspect des surfaces est aussi caractéristique; elles sont d'un blanc jaunâtre ou grisâtre ou rosé, ou mamelonnée ou de type ~~[illegible]~~ sous de sec pour le raclage ne prennent image de matière jaune sous forme de filaments analogues aux comédons. Fréquemment une image de surface en voie d'ulcération et plus ou moins résistante profondément en raison du stroma conjonctif plus ou moins résistant.

Examen microscopique des éléments obtenus pour le raclage se composent en gros cellules épithéliales analogues à celles de la bouche isolées ou unies à d'autres cellules mucolabiles à un état plus ou moins avancé d'une évolution kératogène différenciant leur forme de l'épithélium.

On admet en général deux formes principales : épith. lobulé et épith. tubulé. Nous ajouterons à ces deux formes les formes diffuses et sarcomateuses —

Epithélioma lobulé

C'est celui qu'on rencontre le plus fréquemment. Caractère de cet épithélioma : lobules ~~[illegible]~~ travées épithéliales ou isolés au sein du tissu conjonctif plus ou moins profondément situé.

Description histologique de l'épithélioma lobulé.

Disposition des cellules épithéliales comme sur la peau. — Stroma d'aspect varié. — Vaisseaux dans le stroma, mais jamais dans le tissu épithélial (dixit Ch. Ch. Coindet et Ranvier). mais les V. dans n'importe quelle production ne sont jamais que dans le stroma conjonctif.

Ulcération des V. ou vaisseaux ou ulcération, tendance à la cicatrisation sur certains points.

Variétés de l'épithélioma lobulé

1° Epith. corné.
2° Epith. muqueux ou colloïde.
3° Epith. mixte.
4° Epith. perl'de C. de R. Cuntstable.

Description de ces variétés avec préparations à l'appui.

Epithélioma tubulé

~~probable ou Cylindrome de Billroth - Voir les tétradénomes de Robin.~~
~~Adénomes de Spoca~~

Caractérisé par des cordons pleins d'épith. parvenant anastomosés les uns aux autres ou formant de longs tubes ou boyaux parallèles ~~rendévisant~~ ou plusieurs branches qui restent isolés ou s'anastomosent avec tubes voisins (description).

Stroma conjonctif embryonnaire, muqueux ou fibreux ou vaisseaux.

Parfois grps. lobules kératinisés, de même que épithélioma lobulé ont aspect tubulé.

1 Epithélioma lobulé et tubulé. Malheureusement à propos de ces deux variétés, il faut ajouter que les cellules épithéliales ont une tendance à se kératiniser.

9e Leçon
12 X. 1873

Epithélium lobulé

Epithélium ~~cornéé~~ épidermique ~~cornéé~~

Epith. pavé corné de la langue
— — de l'épiglotte
— — de la lèvre inf.
— — (Leçon éléphantiasis)
— — de la verge
— — de l'œsophage
— — de la main +
— — du col utérin

Epith. tubulé (oeil entier)
— — (iris)

11e Leçon.
19 Xbre 1893

Epithéliome pavimenteux (fin)

—

Forme diffuse — Les cellules épithéliales en forme plus de colonnes ou de tubes pleins sont répandues par groupes irréguliers à travers les faisceaux du tissu conjonctif à la façon des cellules glandulaires dans le carcinome. (Le nom dénomination pourrait convenir à cette forme de cancer dont la gravité est en général aussi plus grande que celle des formes étudiées précédemment.

Ex. des préparations d'un épithéliome diffus de la langue et d'un épithéliome diffus de la peau du talon. Ce dernier porte aussi l'épithélioma mélanogène opaque dans la préparation on voit de la peine à trouver des cellules nettement pigmentées.

Forme sarcomateuse. - Cette expression est conservée uniquement pour rappeler que la plupart des tumeurs de ce genre sont décrites par les auteurs sous le nom de sarcomes.

Il y a probablement des sarcomes de formes diverses dont les cellules sont de nature épithéliale et se rapportent à l'épithélium de la peau ou des muqueuses à épithélium pavimenteux. Mais faisant abstraction pour le moment des cas contestables nous ne décrirons ici que ceux appartenant avec certitude à cet épithélium après les épithéliomes mélanifères considérés par les auteurs comme des sarcomes et exceptionnellement des carcinomes mélanifères.

cp. des préparations d'épithélioma mélanifère de la peau de la peau et d'épithélioma mélanifère de la peau du scrotum.

Correction qui permettent de rapporter les cellules path. au type des cellules épithéliales avec pigmentation anormale.

Origine, évolution et métastase des épithéliomes pavimenteux

Origine par division des cellules ou par apposition - opinion des auteurs.

Evolution variable suivant des particularités nombreuses. - Récidive après ablation.

Envahissement de proche en proche ou destruction du tissu propre qui est remplacé par le néoplasme (conditions favorables) et par quel mécanisme s'opère cet envahissement?

Métastase ou généralisation - Ex. de prédilection des ganglions, poumons, foie, reins, etc.

Lésions secondaires semblables à celles de la tumeur primitive, en tenant compte de la période évolutive pour les divers points examinés.

Conditions favorables.

Comment s'opèrent les métastases? opinion des auteurs.

16e Leçon
9 janv. 1894

B.

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

Ce sont les tumeurs qui s'on rencontre principalement sur la muqueuse du tube digestif du cordon ~~à l'estomac~~, mais venir sur les autres muqueuses à épithélium cylindrique (fosses nasales, bronches, voies biliaires, vessie, utérus).

On peut aussi rencontrer des tumeurs constituées par des cellules ayant ~~conservé~~ le type cylindrique dans la profondeur des glandes. Mais dans ces cas l'origine des tumeurs devraient être rapportée aux muqueuses qui tapissent leurs conduits excréteurs.

~~Les caractères~~ que présentent les cellules dans cette dernière catégorie de tumeurs diffèrent semblables de ceux de la première ; les productions

épithéliale cylindrique ne prenant pas ordinairement le développement que l'on remarque assez fréquemment sur le premier.

Mais même sur celles-ci, on trouve un germe d'un organe à l'autre des différences assez grandes. Il y a bien faut même que tous les cas se présentent sous un aspect identique. L'aspect sous lequel se présentent ces lésions est très variable quoique la disposition fondamentale se retrouve dans tous les cas de l'épithélioma du type cylindrique.

Mais à côté de ces cas où le type épithélial est plus ou moins manifeste, se trouvent d'autres cas où les productions épithéliales s'éloignent de ce type à tel point que pendant longtemps on n'a pas rapporté ces tumeurs à leur véritable origine.

Waldeyer a fait pour ces tumeurs ce que Johannes avait fait pour les tumeurs à épithélium pavimenteux que nous avons précédemment étudiées

Nous adopterons pour l'étude de ces tumeurs une division analogue à celle qui nous a servi à étudier les tumeurs à épithélium pavimenteux.

1° Tumeurs bénignes : adénoïdes, adénomes ou polyadénomes.

2°. Tumeurs malignes composantes :

a. Épithélioma cylindrique ou adénocarcinome ~~[illegible]~~ ou adénocarcinome

b. Épithélioma atypique à forme diffuse ou alvéolaire

c. — — — embryonnaire ou sarcomatoïde

d. Cancer colloïde des épithéliomas typiques et atypiques.

1° Tumeurs bénignes : adénoïdes ou adénomes ou polyadénomes formés aux dépens des muqueuses à épithélium cylindrique.

Ce sont les tumeurs désignées sous le nom de polypes que l'on rencontre sur ces muqueuses en particulier sur celles des fosses nasales, des tubes digestifs, de la vessie, de la cavité utérine. — forme, volume, consistance, ½. variables.

Montrons pour les fosses nasales le caractère muqueux de la substance fondamentale le fait aussi considérer [illegible] les muqueuses. nous reviendrons ultérieurement sur ce point.

Ex. de préparations à +. adénoïde de l'estomac et de la cavité [illegible]

2° Tumeurs malignes composées :

a. Epithéliom cylindrique proprement dit désigné aussi sous le nom d'adénome destructif, d'adéno-carcinome.

Caractères macroscopiques.

Surface inégale sous forme polypeuse, mais ne saillant pas de partie saine (utérus, rectum)

Indurée de forme et de volume très variables

Constituant pour la plupart des tumeurs dites encéphaloïdes ou médullaires, etc.

Aspect extérieur et aspect du cancer — une abondante bronchorrhée ou ulcérée.

Les lésions peuvent aussi se présenter sous la forme d'un simple épaississement de la paroi avec transformation et aspect tomenteux un peu irrégulier de la muqueuse (estomac, canal cholédoque)

Examen des préparations microscopiques :

1°. Epithéliom cylindrique de l'estomac

2° — — — du rectum

3° — — — de l'utérus

4° — — — des voies biliaires ou cholédoque

5° — — — de la vessie

—

9e Leçon
6 janv. 1894

B. Épithéliom atypique, métatypique ou polymorphe, diffus ou alvéolaire, carcinome proprement dit.

Caractères macroscopiques dans la majorité de ces, semblables à ceux de la variété précédente, c.a.d. se rapportant à la variété macroscopique dite encéphaloïde ou médullaire; mais pouvant aussi se rencontrer dans la variété dite squirrheuse et dans le cancer en nappe plus commun que l'épith. cylind.

Ce qui caractérise ces cancers, c'est plus la présence de l'épithélium cylindrique, mais surtout la présence de cellules qui apparaissent de formes diverses et répandues d'une manière plus ou moins diffuse dans les parois de l'organe, présentant alors des caractères suffisants pour indiquer leur nature épithéliale ou glandulaire. Des ces cancers intermédiaires ne sont pas fréquents.

Exam. des préparations microscopiques se rapportant au carcinome proprement dit

aux cellules atypiques répandues dans les cavités alvéolaires ou disséminées dans les interstices du tissu conjonctif.

Les cellules de nouvelle formation sont 2 ou 3 fois plus volumineuses que celles qui tapissent les glandes, mais en général beaucoup plus petites que à l'état normal et de forme variée suivant la situation qu'elles occupent dans les cavités alvéolaires et les interstices du tissu conjonctif, isolées ou groupées en nombre variable, etc., principalement dans les tissus muqueux et sous-muqueux, moins souvent aussi dans les couches musculaires et sous-séreuses, jusqu'à produire des nodosités sur la séreuse.

Prolifération concomitante du tissu conjonctif toujours en quantité plus ou moins grande et souvent très grande, surtout dans les formes squirrheuses et dans certaines formes du cancer en nappe.

Avec l'hyperplasie conjonctive on remarque en général une production abondante de fibres élastiques.

Les tissus conjonctifs et élastiques qui forment la substance fondamentale dans laquelle se trouvent les cellules présentent sur les coupes une transparence particulière et même dans certains points de plus accentuée une réfringence hyalin telle que ces points forment comme des taches claires ou blanches au sein de la préparation. Ce caractère est important, car nous le trouvons aussi dans les carcinomes dont les cellules s'éloignent encore davantage du type normal.

Il est aussi à remarquer que les muscles de la musculaire muqueuse et des couches profondes présentent en général un développement moins prononcé en même temps que le tissu conjonctif interfasciculaire. Nous avons constaté à maintes reprises de l'hématoxyline qui était en nous entre les cellules.

Les parois vasculaires sont aussi le siège de transformations cellulaires et conjonctives

qui peuvent diminuer leur calibre et même les oblitérer. C'est ce qui paraît se produire principalement au niveau des veines dont beaucoup sont oblitérées et remplacées par des tissus néoplasiques dont les dispositions rappellent les parois vasculaires.
Rapprocher la t. ulcéreuse ou vrai sarcome des artères oblitérées par sarcomes.
Par contre on voit des nouveaux vaisseaux plus ou moins volumineux et en plus ou moins grande abondance dans les tissus de nouvelle formation. Quelques uns peuvent présenter de dons rénovations à des épanchements sanguins localisés, ou à des hémorrhagies à la surface du mucosum, principalement lorsque les tissus sont ulcérés.
Parfois des lésions présentant analogies à celles dites inflammatoires.
Cette ulcération est attribuée par les auteurs à l'altération régressive des éléments cellulaires. Sans nier que nous cette

inflammatoire, il peut produire un certain degré d'anémie du néoplasme (résultat de la rétrocession accidentelle de tissu nécrosé); nous croyons que les ulcérations profondes qui l'on rencontre si communément sont déterminées par des oblitérations vasculaires et surtout par celles de gros troncs artériels qui ne sont pas pourvus de leurs anastomoses des hémorrhagies plus ou moins abondantes.

Dans les précédentes leçons nous avons pu examiner un jeune où nous avons surpris la formation d'une lésion ulcéreuse par un travail d'élimination se produisant autour d'une portion dont la trame n'était pas encore détruite.

Mais lorsque l'on trouve un dom que peu de sang qui tente à peine les liquides contenus dans la muqueuse, il peut se faire que le sang provienne soit de plus vaste d'une portion ulcérée soit surtout des vaisseaux fragiles nouvellement produits sur la muqueuse où le néoplasme s'est développé.

De ces certains cancers en bourgeon se présentent pour d'ulcérations ou altérés en se produisant que leur ne pouvait être limité comme aspect

C. Epithélioma atypique à forme embryonnaire ou sarcomateux.

Cette forme s'éloigne encore davantage du type glandulaire. Cellules rondes abondantes à noyau petit, rond très coloré, à protoplasma peu abondant et tellement clair qu'on croirait qu'il n'existe que du noyau.

Ces cellules ~~se trouvent~~ forment des groupes compacts ou sont répandues d'une manière diffuse à travers le tissu conjonctif hyperplasié comme dans la forme précédente et aussi au hyperplasie musculaire. Dans le premier cas elles se rencontrent dans des espaces alvéolaires plus ou moins larges et limités par d'épaisses cloisons fibreuses; ~~et~~ Dans le second elles sont répandues dans un tissu conjonctif à travers les fibres élastiques. Dans le deux cas l'aspect du tissu néoplasique fait songer

au tissu adénoïde des follicules lymphatiques, mais on peut s'assurer que le reticulum caractéristique de ce tissu fait défaut.

On peut constater cet aspect hyalin particulier que présente le tissu fondamental dans les cas de ce genre comme dans ceux de la forme précédente.

Enfin cas intermédiaires, entre les deux formes, où dans la forme précédente on trouve quelques aspects ou signes atteindre un accentuation.

Examen des preparations.

Ces cas se rapportent plutôt à des cancers en nappe.

d. Cancer colloïde est caractérisé par l'aspect particulier, muqueux, gélatineux en colloïde, que prend la tumeur à l'œil nu et qui correspond à une altération ~~particulière~~ des cellules et du ~~tissu conjonctif~~ attribuée à une dégénérescence spécial dite muqueuse, gélatiniforme ou plutôt colloïde.

On peut l'observer ~~dans~~ l'épithélioma typique cylindrique ; mais aussi ~~dans~~ dans tous les cas l'épithélioma atypique, dans les formes alveolaires et infiltrantes.

Il est probable que l'aspect hyalin particulier que nous avons signalé dans toutes les tumeurs est déjà une altération en rapport avec la production de cette substance qui est considérable et caractéristique dans la forme colloïde.

origine - Evolution - Métastase -
origine dans le tissu muqueux ou sous-muqueux
suivant les auteurs.

Quoique il en soit on trouve toujours
des tissus envahis.

Extension par multiplication ou par
apposition. Cette dernière hypothèse est
plus probable. Il est devenu manifeste
que il se produit une hyperplasie portant
sur tous les éléments constitutifs de la muqueuse,
mais avec des altérations et des déviations plus
ou moins prononcées. On peut voir les
mêmes altérations que dans les inflammations,
sauf que les productions cellulaires
sont plus abondantes tout en conservant
un caractère envahissant.

C'est aussi en raison de l'envahissement des
vaisseaux lymphatiques et sanguins qu'on voit
se produire des métastases plus ou moins éloignées.
Dans toutes les formes d'épithélioma des muqueuses
que nous avons à étudier.

Exposé des préparations en rapportant aux métastases
ganglionnaires et viscérales des deux formes d'épithélioma glandulaire et pavimenteux.

9-2.
6 jours. 74

préparations

Cancer de l'estomac (carcinome) 203 b.

— — — 142 a

— — — 214 a

— — — Soulier

Cancer de l'estomac f. atypique diffus 232

— — — en nappe — f. diffus 66 a

Cancer de l'estomac f. sarcomatum 68

Cancer de l'estomac Epith. cylindrique colloïde

— — Carcinome colloïde 35 a

— — — — 35 a

Cancer de l'estomac simulant un ulcère — transformation glandulaire des épi

Cancer de l'estomac (épithélium cylindrique) propagé au foie

Epithélium cylindrique de l'utérus propagé au foie

Cancer de l'estomac (Carcinome) propagé au ganglion

— — — — au foie

— — — — au poumon

Cancer du Cæcum —

— du Rectum —

—

22e Leçon
23 janv. 1894

C. 1

Tumeurs formées aux dépens des cellules propres des diverses glandes n'appartenant pas à l'appareil ni aux muqueuses.

Impossible de décrire les tumeurs de toutes ces glandes en raison du peu de temps dont nous disposons et nous devons nous borner à l'étude de celles qu'on rencontre le plus fréquemment.

C'est ainsi que nous prendrons pour type des tumeurs des glandes en grappes celles du sein.

1° Tumeurs bénignes ou adénomes

2° Tumeurs malignes conjonctives

a. forme glandulaire dite épithélioma tubulé

b. forme alvéolaire ou diffuse dite carcinome

c. forme sarcomateuse

d. forme colloïde

1° Tumeurs bénignes ou adénomes

Caractères macroscopiques -

Caractères microscopiques permettant d'admettre :

les d'adénomes purs comme c.a.d. ne mettant aucune modifications à cette glande

adénomes simples se rapprochant de l'état de la muqueuse pendant la grossesse

la lactation.

adénomes aux variétés nombreuses dépendant de l'état de glandes de tissu conjonctif ; d'où les variétés admises par les auteurs de fibroadénomes, myxoadénomes et sarcoadénomes.

adénomes aux formations kystiques modérées ou considérables aux états variables du tissu conjonctif.

Tumeurs circonscrites -

Considérations sur leur origine et leur évolution.

Cas intermédiaires entre les adénomes et les épithéliomes.

Généralisations de certaines adénomes connus d'abord pendant longtemps comme tumeurs bénignes

2° Tumeurs malignes des épithéliums ou Carcinomes.
Description macroscopique [illegible]
- a. forme glandulaire simple ou tubulée sur stroma variable.
Bien qu'il y ait prédominance des cellules disposées en acini ou en bourgeons, on trouve toujours des cellules éparses à leur mode diffus.
- b. forme alvéolaire ou diffuse ou Carcinome.
Prédominance des cellules dans la forme encéphaloïde et de tissu conjonctif dans la forme squirrheux.
- c. forme sarcomateuse ou plus ou moins de tissu conjonctif et toujours des points où les cellules sont éparses dans ce tissu sous forme diffuse.
En grands amas de cellules occupent la place des glandes et l'stroma disparu de celles-ci, après les productions cellulaires sont en lieu.
- d. forme Colloïde. - L'altération porte à la fois sur les cellules et sur le stroma conjonctif.

Considérations sur leur origine et sur leur évolution.

Généralisation surtout par les lymphatiques

29e Leçon
30 janv. 1894

Tumeurs du foie

1° Tumeurs bénignes

adénome ou adéno-carcinome ou carcinome cirrhotique

Rokitanski, Rindfleisch, Kelsch et Kiener, Sabourin, Hanot et Gilbert, Perrenoud, macroscopiques, isolés, jam. dans le reste du foie, mais quelquefois associés à des épithélioma nodulaires ou carcinomes. adénome primitif de cirrhose secondaire ; pour Sabourin cirrhose compliquée d'adénome ; pour Kelsch et Kiener ainsi que pour Hanot et Gilbert bénignes ~~[illegible]~~. Pour nous c'est aussi notre opinion conformément au texte à la fin nous avons admis pour toutes les autres tumeurs. Mais il est possible que cette divergence d'opinion provienne de ce que d'une confusion possible de l'adénome avec le foie cloisonné ou angiome signalée du reste par les auteurs. Les cas où nous avons cru à la possibilité de l'adénome avec point de vue macroscopique étaient après examen microscopique des cas de cirrhose. Il est donc possible que parmi les observations de auteurs il y ait à la fois des cas de cirrhose avec prolifération abondante de canaux biliaires et des cas de véritables tumeurs bénignes ou tumeurs primitives par dégénérescence conformément aux tumeurs malignes comme dans tous les organes.

2° Tumeurs malignes. Cancer massif ou nodulaire. Epithélioma alvéolaire ou tuberculeux ou trabéculo-alvéolaire ou diffus.

cas de pièce. { ~~[illegible]~~ ~~[illegible]~~
Cancer alvéolaire 230e 1890
Cancer trabéculaire 49, 1893

29e Leçon
3 février 1894

Tumeurs du tissu conjonctif

Les auteurs décrivent comme appartenant à ce tissu les sarcomes, les myxomes, les fibromes, les lipomes et des tumeurs mixtes ~~présentant~~ des caractères associés à plusieurs de ces tissus.

Ils admettent leur origine périphérique dans tous les organes, puisque tous possèdent du tissu conjonctif et notamment dans la peau et les muqueuses, dans ~~les tissus conjonctifs~~ sous-cutané et sous-muqueux, dans les aponévroses, dans les muscles et dans les nerfs et même dans les glandes.

Nous avons vu que pour les

glandes aussi bien que pour la peau et les muqueuses, quelle que fut la production conjonctive, il fallait rapporter l'origine de la tumeur aux éléments caractéristiques de l'organe qui en était le siège, en raison de l'altération concomitante plus ou moins marquée de ces éléments et de l'importance plus grande qu'ils prennent toujours au cas de généralisation.

Du reste, c'est le nom commun qui avait fait pendant longtemps donner la prépondérance aux tissus conjonctifs dans les carcinomes considérés aujourd'hui comme des tumeurs épithéliales quelle que soit l'importance de la production conjonctive dans ces tumeurs.

nous n'insisterons pas davantage sur ce que nous avons dit au sujet des glandes de la peau, des muqueuses, ~~où~~ nous avons décrit les prétendues tumeurs conjonctives (fibromes, sarcomes, myxomes) ou des tumeurs de épithélium cutané, muqueux ou glandulaire.

Pour ~~les epithéliums~~, les muscles et les nerfs où les productions conjonctives paraissent rares et déterminées, nous croyons aussi qu'on doit rapporter ~~l'origine~~ de ces tumeurs aux cellules qui peuvent être considérées comme les éléments essentiels de ces organes et notamment pour les muscles aux cellules nucléées dans le sarcolème et pour les nerfs à celles qu'on trouve dans la membrane de Schwann. Dans ces cas origine des tumeurs en rapport avec les éléments caractéristiques des organes sur lesquels les tumeurs contiennent à se produire ou à se reproduire lé elles restent exclusivement de génération par la production prédominante ou exclusive des éléments. Nous n'insisterons [illegible]

Il est certain que d'autres tumeurs comprises encore dans le type conjonctif, doivent être rapportées aux cellules des tendons, des aponévroses et des membranes séreuses.

Les tumeurs que nous avons en vue sont celles qui ont pour origine le tissu conjonctif sous-cutané, sous-muqueux, périglandulaire, et peut-être aussi celui des gaines vasculaires. Mais encore dans ce cas, faut-il attribuer l'origine véritable de ces tumeurs aux cellules propres de ce tissu.

On voit par conséquent combien il est difficile de ne pas les confondre avec celles qui se trouvent dans les tissus épithéliaux et qui ont pour origine des cellules cheminant dans le tissu et appartenant aux organes voisins.

Nous allons étudier les trois formes de tissu conjonctif décrites par les auteurs sous le nom de fibrome, lipome et myxome, trois noms se rattachant à l'origine pathogénique.

Fibrome

Description macroscopique

Etude microscopique

1° forme bénigne

a. fibrome lamellaire

b. fibrome fasciculé et fibrome hyalin

2° forme maligne

a. fibrosarcome

b. sarcome

Lipome

Description macroscopique

1° forme bénigne

a. Lipome proprement dit

b. fibro-lipome

2° forme maligne

lipo-sarcome (forme très rare).

Myxome

Caractères microscopiques

Avant Virchow les tumeurs de ce genre étaient considérées comme analogues aux tumeurs colloïdes. Mais depuis celui-ci les a rattachées au tissu muqueux représenté à l'état physiologique par le cordon ombilical du corps vitré (Virchow) ou pour des tissus conjonctifs en voie de formation avec arrêt de développement (C. de R.).

Nous les auteurs signalent la confusion possible de ces tumeurs avec toutes celles que nous avons déjà étudiées depuis lont désignées sous le nom de muroïdes ou de colloïdes, mais sans indiquer les caractères permettant de les distinguer.

Or il se pourrait bien (c'est du moins notre avis) que toutes les tumeurs décrites comme des myxomes fussent soit des tumeurs appartenant à la peau, aux muqueuses ou aux glandes, soit à d'autres cellules, voire même à celles du tissu conjonctif que nous avons vu, mais avec la transformation muqueuse et colloïde considérée comme une dégénérescence, mais dont la cause nous échappe.

cette manière de voir est certainement plus conforme à l'observation des faits et à l'origine des tumeurs de la gelée qui on n'trouve jamais sur le cordon ombilical, ni dans le corps vitré.

1° tumeurs bénignes

a. ~~Myxofibrome~~

b. Myxo-lipome

2° tumeurs malignes

Myxosarcome.

Les môles hydatiques du placenta sont aussi considérés par les auteurs comme des myxomes.

29-2.
13 fév. 93

Tumeurs du tissu conjonctif

Fibromes

Tumeur de la cuisse — 175 — 1889

Tumeur de l'avant-bras — 74 — 1886

Tumeur de la cuisse (sarcome) 74 — 1890

Sarcome fuso-cellulaire de la jambe

Sarcome — globo-cellulaire du sein (épith. glandulaire)

Sarcome du dos (épithélioma) 64[6] — 1890

Lipomes

Lipome frontal.

Myxomes

Myxome de la fesse — 21 — 1886

id — id — 1894

id — id — 1896

Myxome d'un doigt — 160 — 1880

Polype de l'apophyse mastoïde — 1889

32 : 2 :
20 fev 74

Enchondrome
Chondrome malin

Ostéome
Ostéosarcome
Myxome du bras

52e Leçon
20 février 1894 Tumeurs du tissu cartilagineux et osseux

Virchow considère les tissus fibreux, cartilagineux et osseux comme des équivalents histologiques et les tumeurs résultant de modifications anormales des tissus cartilagineux et fibreux. Les tumeurs de ces tissus sont encore désignées dans les auteurs comme tumeurs du type conjonctif.

Bouffée remarque au sujet de l'opinion de MM. Cornil et Ranvier qui n'admettent pas que les tumeurs ~~cartilaginées~~ cartilagineuses aient pour origine le cartilage.

Les chondromes de nature inflammatoire ne sont pas considérés comme des tumeurs. Mais des tumeurs bénignes ne peuvent elles pas se développer aux dépens du cartilage? C'est très probable quoique les faits que nous en avons pas découverts.

En tout cas toute tumeur tant soit peu volumineuse doit être vascularisée et doit se développer aux dépens d'un organe pourvu de vaisseaux. C'est aux dépens de l'os ordinaire. Mais ce n'est pas une

raison pour faire des tumeurs cartilagineuses des tumeurs hétéroplasiques lorsqu'elles siègent sur l'os, ainsi que Mlle. C. et R. l'admettent. L'os, en effet, a été formé aux dépens du cartilage et il n'est pas étonnant que des productions cancéreuses reproduisent le type qui a présidé tout d'abord à la formation de l'os.

Il est vrai qu'on admet aussi la formation de tumeurs cartilagineuses dans la plupart des organes, notamment dans la parotide, le testicule, la mamelle, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles, les poumons, etc. (C. et R.).

On a rapproché la persistance de germes présentant un développement anormal à un certain moment. C'est l'origine de la théorie de Cohnheim aujourd'hui abandonnée pour les raisons que j'ai données.

Dans la parotide dont les tumeurs cartilagineuses sont indéniables, on peut remarquer le rapport de cette glande avec le cartilage de l'oreille dont la nutrition se fait entièrement à distance par des V. dont le rapport avec celles de la parotide permet d'expliquer dans un certain nombre les productions cartilagineuses au sein de cette glande etc. provenant du rétrécissement de l'appareil [illegible] Dans les [illegible], [illegible] cartilage et dans bien des cas tumeurs de rétrécissement [illegible] [illegible] [illegible]

Avant ~~en admettant~~ les relations intimes des tissus cartilagineux normaux, nous décrirons d'abord les tissus constitués pour du tissu cartilagineux désignés sous le nom de chondromes.
~~Enchondromes, périchondromes, pour quoi faire.~~

Ce tissu peut avoir l'aspect du tissu C. hyalin le plus souvent, mais aussi du tissu C. muqueux, du tissu fibrocartilagineux et du tissu cartilagineux à cellules ramifiées qu'on rencontre dans certains sarcomes. Toutefois les auteurs font remarquer que le plus souvent on rencontre sur la même tumeur des portions où le tissu a la consistance hyalin, tandis que d'autres portions ordinairement moins étendues peuvent présenter des caractères se rapprochant plus ou moins des autres formes du tissu cartilagineux. Nous ajoutons que ce tissu n'a jamais l'aspect du cartilage normal.

– Description des chondromes au point de vue macroscopique et

– On peut diviser les chondromes en tumeurs bénignes et T. malignes –

1° Chondromes bénins

Enchondromes, ecchondroses et fibro-chondromes de Virchow – chondromes ossifiants –

2° Chondromes malins

Chondromes diffus et chondromes kystiques multiples à grand développement

Sarco-chondromes de Virchow

ex. des préparations :

4 Enchondrome de M. Vinant — 1894

1 ~~Chondrome~~ (comme de contrôle) — 81 M. Malin

2 Enchondrome malin du doigt — 139 – 1889

3 Chondrome malin — 3

5 Enchondrome de la parotide — 82 – 1886 ~~132 – 1890~~

6 Enchondrome ? de la glande s. maxillaire ? syphilis avec de la parotide — 132 – 1890

Les tumeurs du tissu osseux peuvent aussi être divisées en t. bénignes et t. malignes, celles étant pour ainsi dire les seules manifestations de tout cas de beaucoup les plus fréquentes.

1° Tumeurs bénignes
ou ostéomes

Tumeurs produites par une production anormale de tissu osseux différent du tissu sain qu'on confond volontiers avec les ostéomes ou exostoses des ostéophytes, bien qu'entre les autres voient d'accord pour ne pas les confondre en principe.

a. - ostéomes compacts et denses

b. - ostéomes spongieux.

2° tumeurs malignes
ou ostéosarcomes

a. - fibro-sarcome

b. - sarcome folliculaire

c. - sarcome myéloïde ou à médullelles

d. - myxosarcome

~~f. sarcome simple à myéloplaxes (Remarque au sujet de cette espèce de sarcome qui peut se développer dans l'épaisseur des os longs)~~

1° ex. de préparations d'ostéosarcome
1° Epulis
1° ostéo. du fémur — 169 n 1884.
2 ostéosarcome à tendance fibreuse 216. 1890
3 ostéosarcome — 19 1887
4 ostéosarcome de l'astragale S. Ewing — 1886
S. fasciculé myoïde
5 Myxome de l'os — M. Sollier 121 — 1887
6 Enc. du mesenteric inf (epithél. pavimenteux) 161 — 1889

—

29 nov. 1894 - ostéosarcome de la cuisse droite.
S. de Olivier

---

10 janv. 1895 - ostéosarcome de l'extrémité inf. du fémur droit
sur granulomatose
S. de Vallay

---

19 janv. 1891 - ostéosarcome extrémité inf. du fémur droit
[illegible]

---

8 Xbre 1894 - Sarcome central de l'humérus - Mr. Sollmann

---

28 Xbre 1894 - ostéosarcome de l'tibia - Mr. Sollmann

---

30 juin 1895 - Myeloïdome (sarcome myéloïde) - Mr. Sollmann

35e Leçon
27 février 1894

Tumeurs du tissu musculaire

Les auteurs décrivent sous le nom de Myomes des tumeurs constituées par du tissu musculaire et suivant que ce tissu est à fibres lisses ou striées, on les désigne sous C. et R. sous les noms de Myomes à fibres lisses ou striées ou aussi Fonte sous ceux de léiomyomes et de rabdomyomes.

1° Myomes à fibres lisses ou léiomyomes ou Myomes (car, ainsi que nous le verrons ci-dessous, jusqu'à ces seules tumeurs musculaires admises d'une manière incontestable pour les autres peuvent se rencontrer partout où il y a des fibres lisses. Elles sont surtout fréquentes dans

l'utérus ou dans son vaginage. On les rencontre exceptionnellement dans les parois du tube digestif, dans la prostate, dans le scrotum, dans les grandes lèvres, dans la peau, etc.

Leurs ord. multiples, rarement uniques, le plus souvent sous la forme nodulaire, avec vaste.

Les myomes utérins que nous avons principalement vus sont interstitiels, intra-mural ou intracavitaires. Dans les autres organes ils débutent comme interstitiels et deviennent polypeux ~~pédiculés~~ selon la tendance générale à un pédicule. C'est ainsi que pour l'intestin, ils font ordinairement saillie en dehors ou en dedans de l'organe.

Aspect macroscopique des tumeurs chez homogènes, parfois au milieu nacré et magnétique d'aspect fibreux indéfini d'où leur ancien nom de tumeurs fibreuses, mais pouvant aussi présenter des parties molles ou même ramollies contenant une bouillie muqueuse ou gélatiniforme qui leur donne un aspect kystique que Cruveilhier désignait sous le nom de kyste.

Les auteurs ont de la tendance à considérer ces points mous, gélatineux, comme des parties en dégénérescence. Mais rien ne prouve qu'une dégénérescence puisse donner lieu à des phénomènes de ramollissement. Nous devons reconnaître que les cas que nous avons jusqu'ici pseudokystes se rapportent non à des processus de dégénérescence, mais au contraire à un phénomène de formation dans les cas d'accroissement rapide pour la production de tissus très volumineux. C'est ce que nous verrons bientôt par l'examen des préparations qui sont absolument démonstratives.

Les myomes sont en général des tumeurs bénignes, ne se généralisant pas. Cependant ils peuvent prendre un caractère malin soit par un développement rapide, soit par la généralisation.

Quelquefois il ne faut pas prendre pour des myomes généralisés, des tumeurs concomitantes d'autres organes, comme cela nous est arrivé dans un cas où l'examen microscopique nous a permis de reconnaître l'erreur de l'examen macroscopique; d'autant qu'il est très fréquent de rencontrer des myomes utérins chez les femmes succombant à d'autres tumeurs.

Les myomes de nature toujours bénigne, à accroissement très lent, peuvent déterminer des accidents graves par la compression des organes contenus dans le petit bassin et notamment par la compression des uretères.

« Les fibres musculaires apparaît dans les myomes, dit Mme C. de R., les mêmes caractères que à l'état physiologique »
Or, si sur certains points on trouve des fibres musculaires avec l'aspect physiologique, il est incontestable que sur d'autres l'aspect est bien différent. Et même d'une manière générale il existe toujours entre le tissu d'une tumeur et celui d'un organe sain une différence notable. C'est ainsi qu'on trouva en général les fibres musculaires bien moins longues et moins larges avec une disposition beaucoup plus irrégulière et avec une vascularisation non seulement moins régulière, moins ample, beaucoup moindre, indépendamment des formes télangiectasiques admises par les auteurs et que nous n'avons pas encore eu l'occasion d'observer. Dans certains cas enfin, tous les éléments de tissu élastique en quantité anormale. Enfin formes sarcomateuses ou embryonnaires

des formes accidentelles ou tératologiques et plus rapprochées du type primitif dans les jeunes, tendant à la formation de nouvelles, mais rares dans les jeunes.

Examen des préparations qui peuvent être classés sous deux chefs principaux comme les autres tumeurs :

1° Tumeurs bénignes

2°. Tumeurs malignes

Ces deux variétés peuvent présenter des myomes purs, des fibro-myomes des myxomyomes ; mais la dernière variété comprend plutôt les sarco-myomes qui indiquent un développement plus rapide. Ce sont ces seules tumeurs qui sont susceptibles de généralisation.

Il est encore à remarquer que les myomes désignés sous le nom de malins ne se rencontrent que dans l'utérus ou dans son voisinage.

2° Myomes à fibres striées ou rabdomyomes.

Pour les auteurs considérant comme très rares ces tumeurs qui même n'auraient été positivement observées que comme tumeurs fœtales sur la langue et sur le cœur. Les cas observés chez l'adulte sont plus ou moins douteux. "Quelques uns de ceux dont on a pu suivre la marche clinique, dit M. Coyne, ont donné lieu à des récidives et se sont comportés comme des sarcomes mous et fusocellulaires; de plus dans un assez gd nombre des obs. citées, les tumeurs présentaient des caractères mixtes, c.a.d. que les fibres musculaires étaient diminuées dans des masses sarcomateuses ou myosarcomateuses. On doit par conséquent avoir des doutes sur la véritable nature de la plupart des faits de Myomes à fibres striées d'autant que le diagnostic anatomique n'est pas toujours facile".

du laissant de côté, comme nous l'avons toujours fait, les cas se rapportant à une vice de conformation et aux productions tératoïdes ; nous voyons qu'il n'existe pas manifestement de tissus constitués par du tissu musculaire à fibres striées, mais qu'on rencontre des tissus d'aspect fibreux, mycromateux désorganisés dans lesquelles se trouvent répandues des fibres striées. La question est donc de savoir si l'on doit considérer ces tissus comme appartenant au tissu musculaire ou au tissu conjonctif. C'est la question que nous nous sommes déjà posée maintes fois à propos des divers organes ou des tissus de même aspect sont rencontrées. Quant au résultat la corrélation intime qui existe entre les éléments qu'on rencontre dans

la tumeur composée, ou plutôt, en raison même de cette corrélation, nous avons toujours incliné à rapporter aux éléments de l'organe principal les déviations produites dans les formations cellulaires, ou les considérant comme étant de même nature.

Il est certain que si l'on veut ne considérer comme moyens que les tumeurs constituées par des fibres ~~[illegible]~~ de nouvelle formation à l'aspect physiologique, il faut les rayer de notre cadre, car on ne trouve aucune tumeur ainsi formée.

Il ne faut pas non plus considérer comme des moyens ces tumeurs où l'on ne trouve qu'une désorganisation des fibres musculaires dans une masse fibreuse, myomatose ou sarcomatose.

Mais pour toutes les autres tumeurs n'a-t-on considéré comme tumeurs ~~[illegible]~~ que celles constituées par les éléments physiologiques de ces tissus ?

sur du tout. Non seulement les produits nouvelles en diffèrent toujours, mais nous elles peuvent devenir méconnaissables, à tel point qu'on admettra alors des formes embryonnaires plus ou moins modifiées en tout cas des formes atypiques ou métatypiques à côté des formes considérées comme typiques. Pourquoi dès lors ne pas admettre pour les muscles ~~stri~~ ce qui est admis pour d'autres organes et comme nous venons de le voir pour les muscles à fibres lisses, c'est à dire des tissus constitués, ~~comme~~ que dans les autres organes, seulement pour les éléments cellulaires de ces organes?

Ce qui plaide en faveur de cette manière de voir, c'est la multiplication des noyaux qui est très manifeste sur les fibres musculaires dessinées dans la masse de la tunique et non détachées comme dans les cas de lésions du tissu conjonctif, d'inflammation par ex. où les fibres sont alors détachées. examen des préparations -

Tumeurs du tissu nerveux

Les auteurs admettent encore que la plupart des tumeurs formées par du tissu nerveux de nouvelle formation, désignées sous le nom de névromes et qui les devient avec Forster en névromes médullaires ou ganglionnaires et névromes fasciculés. Mais en s'attenant à la définition des auteurs il ne faudrait considérer comme névromes que du vrai de conformation ou productions tératoïdes.

1° Névromes fasciculés

Nous commencerons par leur étude en raison de leur analogie avec les tumeurs des muscles ~~à fibres~~ striés.

On les a divisés en myéliniques et amyéliniques. On admet encore des névromes plexiformes sur lesquels on est loin d'être fixé.

Description macroscopique des névromes

1° forme bénigne

2° forme maligne

Examen microscopique.

Constitution de ces tumeurs par des masses fibreuses, myxomateuses ou sarcomateuses dans lesquelles on trouve disséminés des fibres nerveuses.

Y a-t-il multiplication des fibres nerveuses? Semble-t-il l'on démontré et ainsi que le fait remarquer M. Quénu les cylindraxes qui ~~sont~~ constituent pour les prolongements de cellules multipolaires ne se divisent pas.

Et du reste quand on examine les tumeurs fraîches, on voit que bien ici se contente sans augmentation, tout ce que seulement écartement d'éléments

des tubes nerveux comme on peut
très bien s'en rendre compte en examinant
les tissus de plus en plus volumineux.

Mais alors faut-il à l'exemple de
Mr Quénu rayer ces tissus du cadre
nosologique ou plutôt ne pas les considérer
comme appartenant au système nerveux?

En faveur du maintien de ces tissus
comme de névrome, on peut faire
valoir les mêmes considérations que
pour l'adoption des myomes des
fibres musculaires striées, avec d'autant
plus de raison que les myomes
contenus dans les membranes de
Schwann sont ceux d'une véritable
cellule dont le protoplasma contenu dans cette membrane entoure le
segment interannulaire qui peut être
considéré comme une cellule. Ce sont
encore des éléments cellulaires qui sont produits
anormalement sous une forme atypique
et dans les cas malins ce sont ces myomes
qui on rencontre en abondance chez les porteurs de sarcomes

Dans le myome fibreux, le tissu conjonctif, le plus souvent comprime
les éléments nerveux intimes, parfois hétérotopie, mais non tumeur.

2° Névrome médullaire ou ganglionnaire.
aspects macroscopique.

Robin a décrit les gliomes sous le nom de tumeurs à Myélocytes.

M. Brand a cherché à prouver que ces tumeurs devaient bien être rapportées à un élément nerveux en raison de l'analogie que présentent les cellules de ces tumeurs avec celles des éléments nerveux embryonnaires.

Mr Quénu admet cette interprétation, tandis que Mr Coyne refuse à ces tumeurs la nature nerveuse.

Cependant analogie de substance de ces tumeurs avec celle du tissu nerveux au point de vue macroscopique et microscopique.

Toutefois les cellules de ces néoplasmes ne présentent pas seulement l'aspect des cellules embryonnaires. Elles sont globo-cellulaires ou fusocellulaires à petites ou à grandes cellules, n'ayant souvent aucun rapport avec les cellules embryonnaires; mais présentant seulement une certaine analogie avec les cellules normales dont elles ne sont toujours que des types plus ou moins dévié par de prédispositions probables [illegible] en conditions anatomiques spéciales, mais toujours gardant en raison [illegible] tissu.

COLLECTION
R. TRIPIER

COURS
D'ANATOMIE
PATHOLOGIQUE
5
1888-93

APPAREIL
CIRCULATOIRE
GÉNÉRALITÉS